

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

**Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education**

**ESSAI DE THEORISATION DE L'ACTION PSYCHIQUE  
DE LA TECHNIQUE OSTEOPATHIQUE FONCTIONNELLE  
EN VUE DE CONTRIBUER A LA COMPREHENSION DU  
TRAUMATISME  
DU POINT DE VUE PSYCHOSOMATIQUE**

**Tome 1  
RECHERCHE THEORIQUE ET PRAGMATIQUE**

Promoteur  
**Professeur Robert Steichen**

**Chantal Ropars**

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade  
de Docteur en Sciences Psychologiques  
et de l'Education

Couverture :  
**ΔΙΠΕΤΕΣ ΕΝΥΠΝΙΑΖΩΝ**  
Œuvre du sculpteur grec contemporain Andréas Galanakis  
Tête originale représentant un Esprit Saint dormant sur terre,  
figure de la mythologie grecque.  
Interprétation par l'auteur de l'ambiance psychique inspirée par l'ostéopathie

De tout cœur ma gratitude

A Robert Steichen, qui m'a patiemment fait découvrir une moitié du monde inconscient qui m'était étrangère. Pour sa curiosité bienveillante envers l'inconnu et la différence.

A Jean Florence pour sa présence constante, sa clarté d'esprit et sa bonne mesure concernant la curiosité au sujet de l'inconscient.

A Etienne Masquelier dont l'aide, les conseils et les connaissances ont été si précieux pour la recherche.

A Régine Herzberg qui a assuré ma supervision avec constance et perspicacité.

A Laurent Stubbe et Bernard Giaux pour leur courageuse participation au traitement des patients AIVIO, en dépit des nombreux imprévus.

A mes patients : Anne, Emmanuel, Fabrice, Jean-Louis, Lise, Horacio, Michel, Nicole, Ophélie, Pascal, Pauline, Robert, Sylvie, Tizy et Yasmine qui ont bien voulu partager leurs réflexions sur l'ostéopathie devant la caméra.

Aux Amis de l'Atelier de Recherche en Anthropologie Clinique qui ont accueilli mes tâtonnements et bricolages avec générosité.

A mes élèves et ceux qui m'honorent de leur confiance pour l'enseignement.

A Francine Chiche et Tizy de Magnée pour leur intérêt fidèle dans le groupe de recherche. A Francine particulièrement pour son enthousiasme constant et les congrès.

Aux chercheurs qui ont eu la gentillesse de me recevoir et/ou partager leurs connaissances : H. Atlan, R. de Beaurepaire, B. Bermond, S. Consoli, J. Cottraux, F. Haour, R. Stickgold.

A Pierre Bergot, Robert Meslé, Linda Sperling et Antoine Nogier pour les statistiques toujours urgentes.

A Josette Closter, Dafni Filippou, Jean Florence, Régine Herzberg-Poloniecka, Sophie Jarry, Etienne Masquelier et Robert Steichen pour leurs réflexions et leur engagement moral dans le Comité d'Éthique.

Au Dr. Frédéric Nunzi, qui, le premier, a ouvert ses portes à ma recherche avec audace et générosité en mettant à disposition le laboratoire d'analyse et l'automate Alpha Prime. Mes remerciements aussi pour la supervision des analyses. A Eric Monce des laboratoires SFRI Diagnostics pour son soin de l'automate Alpha Prime et la supervision des analyses.

Mes remerciements aussi au laboratoire AES pour la donation du matériel. Merci tout spécialement à Sylvie Raymondaud pour les analyses biologiques.

A Magali Fischer et le laboratoire IBL-Hamburg qui ont aidé beaucoup la recherche AIVIO par leurs tarifs très préférentiels et leurs conseils.

A Jacques Desevré des laboratoires BIOSEB qui a pris le temps de confectionner un prototype de palpomètre pour une recherche unique.

A tout le personnel de l'Hôpital Notre Dame Reine Fabiola de Charleroi et en particulier au Docteur Denis Glorieux, pour sa détermination à faire aboutir ce projet. A Thierry Féroumont, qui a facilité cela au quotidien, à Pascale Guillaume, les soignants des Urgences et de la Rééducation pour leur coopération, au Docteur Lechat, Docteur Bouley, Françoise Noël, Bégonia Rodriguez et Christine Legay et le Comité d'Ethique pour leur engagement, au Personnel des Archives, de l'Accueil et de la Sécurité qui ont eu la patience d'aider. Merci à tous d'avoir accueilli cette recherche AIVIO utilisant l'ostéopathie pour la prise en charge des victimes d'Accidents de la Voie Publique.

A Alain Berthaut et Audrey Jacquinet de la Sécurité Routière pour leur investissement dans l'hébergement administratif de la recherche.

Aux Assurances Longueville qui ont contribué à l'effort financier.

A Loïc Cruard et à l'Imprimerie P.44 et à Trèfle communication pour l'aide importante aux impressions.

A Laurent Stubbe et Jean-Marie Maury qui ont prêté main forte par les locaux de l'Académie d'Ostéopathie de France pour cette recherche.

Toute mon affection et ma gratitude

A mes parents qui ont su ouvrir la route, me donner l'ouverture d'esprit et le goût de l'aventure qui leur sont si caractéristiques, pour leur patience à lire et corriger les épreuves et pour leur générosité à s'intéresser à ma recherche et me laisser disposer de ce temps.

A Christian, Adèle, Carole et Damien qui ont aussi mis toute leur bienveillance pour m'accompagner dans ce chemin.

A mes amis pour leur soutien constant et leur aide pratique, tout particulièrement

A Rolande Blang pour les recherches archivistiques et le contrôle de la randomisation.

A Anne-Lise Dehée pour la conception graphique des affiches et flyers et leur réalisation.

A la famille Escobedo pour la chaleur de leur accueil à toute heure.

A Dafni Filippou qui a eu cette incroyable idée de vente d'œuvres d'art et y a tant aidé.

A Sophie Jarry pour les longues traductions, les corrections et conseils.

A Michel Jouannot pour la réalisation des interviews et l'animation du groupe.

A Daniel Julien pour la réalisation totale du DVD des interviews.

A Philippe Lagarde, le magicien d'Excel.

A Jacques Poirier qui a créé et modifié si patiemment le logiciel informatique.

A Marianne Roger pour le site web et sa patience.

A Damien Villière pour la conception graphique et la réalisation des visuels AIVIO.

A Patricia Vincent pour les analyses, les voyages, les courbes et tout ce temps partagé.

A Nicole Vivie pour l'ingénieuse confection des boîtes portoir.

A mes amis, enseignants et thérapeutes qui guident toujours mes pas.

A ceux qui ont incité et aidé mes premiers pas en ostéopathie, tout particulièrement :

Michèle Dangréau et Alain Andrieux, Laurie et Pierre-Yves Dodin, Tania et Franck Gilly, Laure et Patrice Laurent, Fabienne et Thierry Marchand.

A Robert Courbon et Jacques Pialoux pour leur enseignement sur l'énergétique chinoise.

A Philippe Garnier et Giorgos Petroulakis pour leurs enseignements sur l'inconscient.

A Anne Poirier, Janine Ropars et Nicole Vivie pour leur enseignement du Yoga.

Aux artistes amis ou/et patients, qui ont offert leurs œuvres : Alexandre et Emilie, Andreas Galanakis, Brigitte Codert, Chrissa Kandila, Chrissa Theodorilou, Christos Kokinos, Dimitris Moraros, Dimitris Kataropoulos, Hara Kolaïti, Kleoni Flessa, Kosmas Panoritis, Kostas Frangopoulos, Kostas Dimopoulos, Maria Kataropoulou, Popi Eythymiadou, Yves Pascal, Yves Chaudouet, Sylvie Haliot, Simone Perrotte, Paule Sémo, Nicole Vivie, Nathalie Beobon, Mariana Pezin, Lydie Léonardi, Loïc Cruard, Emmanuel Pierrot, Geneviève Chouraqui, Francine Chiche, Florence Pétel, Céline Chassard, Amalia et Damien Villière, Anne-Lise Dehée, Alain Carpot et Sigolène Prébois.

A Paolo Doss pour sa généreuse proposition de spectacle gratuit pour cette recherche.

A Danielle et Paul Beck pour leur grande œuvre sur l'approche du mourir.  
A mes amis et à mes patients pour leur formidable chaîne de solidarité.  
A tous mes patients pour le partage de leur recherche personnelle.  
A mes amis, pour leur bonté suprême.

**La bonté suprême est comme l'eau**

Guider en suivant la nature  
Sans contraindre  
Sans asservir

Aider à croître  
A faire le vide dans le mental  
A faire le plein dans le ventre  
A assouplir la volonté  
A endurcir les os

Donner largement à tout homme  
Dire des paroles authentiques  
Agir au temps favorable

Sans rien attendre

Sans rien revendiquer

Habiter à même le sol  
Se placer au cœur du réel

Et l'œuvre accomplie  
Se retirer

**La bonté suprême est comme l'eau**

Poème de feu Yves Donois <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ma reconnaissance émue à Yves Donois - philosophe et psychologue dont l'intérêt s'est porté sur les arts thérapeutiques et traditions du monde entier- ainsi qu'à son épouse Elisabeth et leurs filles pour leur généreuse donation du fonds de bibliothèque à l'Académie d'Ostéopathie de France au bénéfice de tous les ostéopathes francophones.

Cet écrit concerne le traumatisme. Nous l'appelons traumatisme somato-psychique pour désigner le fait qu'il s'agit d'un accident qui arrive au corps mais que nous n'ignorons pas que ce corps est aussi une personne.

Ce qui arrive au psychisme quand le corps reçoit un traumatisme est complexe. Cela parle souvent de peur, d'angoisse, d'effroi, peut aller jusqu'à la névrose traumatique. Comprendre que le psychisme peut aider ou au contraire empêcher la guérison du corps a été l'incontournable découverte des années de pratique en tant que praticienne du corps.

Une des difficultés vient du fait que le traumatisme arrive à un corps qui non seulement est habité par une personne, mais qui de surcroît a une histoire, un caractère, une structure psychique, d'autres troubles corporels, des troubles psychosomatiques.

Dans des cabinets d'ostéopathie, il est certain que nous travaillons avec des personnes porteuses de troubles neuro-végétatifs, myofasciaux, organiques fonctionnels, organiques lésionnels, cancéreux. Parmi nos patients, il y a des bébés, des femmes enceintes, quelques psychotiques et même parfois des personnes très malades que nous accompagnons jusqu'à leur mort.

Ainsi le sens somato-psychique des troubles (le corps est blessé mais cela se répercute sur le psychisme) s'intrique avec le sens psycho-somatique (le psychisme est blessé mais cela se répercute sur le corps) et la pathologie traumatique avec la pathologie non traumatique.

Cela pose question : le trouble dont le patient se plaint, est-il traumatique, somato-psychique ou psycho-somatique ? Cela reprend bien sûr le grand débat sur le partage des eaux : qu'est-ce qui est de l'ordre du somatique ou du psychique ?

Les conceptions monistes (corps/esprit ne font qu'un) semblent finalement avoir gain de cause mais l'important reste de savoir comment faire. Le patient doit se décider : quel praticien fréquenter, du corps ou de la psyché ? Le praticien doit décider : que va-t-il dire ou faire ? L'adresser ailleurs ? Il semblerait qu'aujourd'hui encore cela dépende plutôt du premier praticien consulté que de l'indication. Malheureusement.

Le but avoué est surtout de réfléchir sur ce qu'il convient de faire pour que la victime puisse guérir des dommages occasionnés. Pour nous y aider, nous avons la chance d'avoir un outil prodigieusement « nouveau » (1784) puisque la technique ostéopathique nous offre la chance extraordinaire de sentir dans nos mains le moment où la guérison se met en route au moins du point de vue somatique. On peut désormais s'interroger en bénéficiant du fait qu'on le sent dans nos mains : qu'est-ce qui vient de se passer ? Qu'en pense le praticien, le patient ? Nous illustrerons ce travail avec l'avis de quelques patients dans le dvd joint au document papier...

Ecrire quand nous arrivons à peine, après des années de recherche, à finir de lire tout le corpus de savoirs déjà élaborés au cours des années passées est assez étrange.

L'université va conserver ce mémoire pendant quelques années et après ? Qu'est-il utile d'écrire ? Pour qui ?

Quel était notre but en commençant ce doctorat ? Notre mémoire nous ramène à notre formation de psychologie sur les bancs de l'université, avec un professeur qui nous parlait de psychosomatique. Notre énervement était constamment sous-jacent. Cette théorie, ces somatisations dont nous entendions parler, ce n'était pas du tout notre expérience, et pourtant, nous en avons vu passer, résister et guérir un grand nombre dans nos mains ! Nous voulions mais ne savions pas comment en parler !

Et une autre source du désir d'écrire émerge de notre mémoire. Celle-ci est plus proche car finalement encore actuelle. Quand nous parlons aux futurs ostéopathes dans nos cours de psychologie – et presque tous ceux que nous formons sont kinésithérapeutes – nous interrogeons sans cesse le rapport psy/corps. Avec leur expérience de praticiens du corps ils n'avaient jamais envisagé de pouvoir s'intéresser, travailler avec le psychisme des patients et les accompagner dans leur chemin autrement qu'intuitivement. Il faut dire qu'ils faisaient un travail globalement déconsidéré des patients et rarement adapté à leurs besoins. Les massages sont assez peu performants dans la guérison des lombalgies, ce n'est plus un mystère pour personne<sup>2</sup>. Avec leurs nouvelles responsabilités de praticiens de première intention les apprentis ostéopathes découvrent avec intérêt les corpus psychologiques qui donnent enfin du sens à leur prise en charge des maladies somatiques parce qu'ils comprennent mieux leurs patients. Nous écrivons aussi pour eux afin d'expliquer plus longuement les détails psychologiques.

Enfin et surtout il y a toute notre révolte contre l'absence de soin en regard des troubles que l'on sait déjà prendre en charge, que ce soient les troubles somatiques ou psychiques, et ceci pour des raisons pécuniaires. Nous regrettons cette dénégaration de méthodes capables de guérir des pathologies anodines qui, faute de traitement, vont gâcher de trop nombreuses années de vie. Nous condamnons l'absence d'éthique des laboratoires pharmaceutiques, riches à milliards qui laissent une immense partie des humains sans les quelques médicaments minimum qui pourraient les sauver et qui multiplient les remèdes de confort masquant les pathologies encore anodines sous-jacentes, cela aussi certes nous fait écrire.

Terminons par l'envie de partager ce qu'il nous a été donné d'apercevoir, une forte envie de partager combien il est passionnant de travailler de concert avec l'homéostasie. Nous concevons que cela paraît prétentieux, mais nous tenons à cette idée car elle est au cœur de l'ostéopathie fonctionnelle et que c'en est sans doute la plus grande spécificité. Par ailleurs nous sommes complètement consciente que si connaissances il y a, elles ne nous

---

<sup>2</sup> Moyer, A., Rounds, J., and Hannum, J.W. (2004) A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin*, Vol 130, N° 1, 3-18.

*Le massage thérapeutique ne montre pas d'effet immédiat dans l'évaluation de la douleur. Ce résultat contraste avec la notion communément admise que le massage thérapeutique procure une analgésie par compétition avec les stimuli douloureux, cohérente d'une certaine façon avec le modèle théorique de la douleur dit « du portillon ». p.13 Traduit par nous.*



appartiennent pas et nous n'avons aucun mérite à les avoir sédimentées en nous, c'étaient d'immenses de chances de rencontres avec des êtres remarquables.

Aussi avons-nous tenté d'écrire sans jargon, ou le moins possible. Nous parlerons dans la langue des praticiens de santé, et notamment pour ceux qui n'ont pas eu de formation dans certains des domaines ici abordés.

Que les psychologues, les ostéopathes, les soignants de toute spécialité et les scientifiques surtout veuillent excuser ce parti-pris et remplacer les mots naïfs et usuels en mots savants car ils leur sont plus familiers et disent mieux, plus justement, ont une plus grande portée et provoquent davantage d'associations fructueuses. Tout cela, nous le reconnaissons pleinement. Nous tentons juste d'assembler des connaissances en mots courants qui aideraient à adopter un langage commun pour formaliser une réflexion commune et mettre en œuvre un travail en réseau.

Nous avons tenté sans grand succès d'être concise dans chaque chapitre théorique. Nous avons laissé nos pensées s'étirer davantage dans les chapitres cliniques afin de rendre mieux-compte des nuances et de notre contre-transfert. Si l'ennui apparaît, il n'est sans doute pas indispensable de lire toute la clinique ; la rigueur universitaire nous a poussé à tout rédiger et la longue rédaction nous a permis de comprendre bien des choses. Cela aussi était un but de ce travail : comprendre un peu mieux ce qui se passait dans nos mains qui nous donnent finalement l'impression d'en savoir davantage que nos neurones.

Nous parlons depuis nos formations en relaxation, acupuncture, ostéopathie et psychologie qui ont toutes été apprises et pratiquées longuement. Nous considérons que le yoga, la méditation, une psychanalyse personnelle, les soins d'acupuncture et d'ostéopathie ont fait partie intégrante des enseignements qui ont nourri notre réflexion. Nous travaillons depuis plus de quinze ans dans tous ces domaines, soit en cabinet privé, soit en institution (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs). Nous parlons aussi depuis nos expériences partagées en tant que formateur auprès des personnels hospitaliers, des professionnels de la petite enfance et des ostéopathes en cours de formation. Enfin, notre expérience professionnelle s'est déroulée en France, en Belgique, en Suisse, au Luxembourg et en Grèce.

## PLAN DE LA THESE

### **Tome 1**

1. *Préambule et table des matières*
2. *Introduction*
3. *Recherche théorique*
  - A L'ostéopathie
  - B Réparation du corps après des traumatismes corporels
  - C Modifications biologiques dues au stress
  - D Le traumatisme psychique
  - E Action psychique de l'ostéopathie
4. *Recherche pragmatique*
5. *Conclusion*

### **Tome 2**

Il présente la clinique. Par éthique concernant la confidentialité des données, il ne sera pas publié.

### **Tome 3**

Il contient les références et la documentation, les chiffres et tableaux de la clinique ainsi que la bibliographie.

### **Tome 1**

1. *Préambule et table des matières*
2. *Introduction* p. 15
3. *Recherche théorique*
  - A/ L'ostéopathie :
    1. Présence dans le monde aujourd'hui p. 20
      - 1.1. Présence et instances mondiales
      - 1.2. En Amérique
      - 1.3. En Europe p. 22
    2. Histoire de l'avènement de l'ostéopathie jusqu'à nos jours p. 25
      - 2.1. Le paysage américain lors de la naissance de l'ostéopathie
      - 2.2. Andrew Taylor Still et sa famille p. 28
      - 2.3. Description de l'ostéopathie p. 33
        - 2.3.1. Définition de l'ostéopathie
        - 2.3.2. Définition du rôle de l'ostéopathe
        - 2.3.3. Les quatre lois fondamentales p. 34
        - 2.3.4. Les moyens p. 35
        - 2.3.5. L'œuvre de Sutherland p. 36
    3. Représentations de l'ostéopathe à propos de l'ostéopathie p. 37
      - 3.1. Les deux approches : fonctionnelle et structurelle
        - 3.1.1. L'approche fonctionnelle
        - 3.1.2. L'approche structurelle p. 40
      - 3.2. Les modèles conceptuels après Still p. 43
      - 3.3. Le choix du cursus p. 44
      - 3.4. Ostéopathie et phénoménologie p. 46
        - 3.4.1. Georg Hegel p. 47
        - 3.4.2. Arthur Schopenhauer p. 50
        - 3.4.3. Martin Heidegger p. 51

|                                                                    |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.4.4. Roger Mucchielli                                            | p. 54 |
| 3.5. La construction identitaire de l'ostéopathe                   | p. 59 |
| 3.5.1. L'identification imaginaire                                 | p. 60 |
| 3.5.2. L'identification symbolique                                 |       |
| 4. Représentations du patient à propos de l'ostéopathie            | p. 64 |
| 4.1. Une thérapie qui soigne la douleur                            | p. 64 |
| 4.2. Les résultats mécaniques : ajuster la charpente               | p. 66 |
| 4.3. Les réactions psychiques                                      | p. 67 |
| 4.4. La résistance tissulaire                                      | p. 70 |
| 5. Comment contourner les résistances                              | p. 71 |
| 6. Les interrogations du patient et de l'ostéopathe en cas d'échec | p. 74 |
| 7. Les hypothèses de la thèse                                      | p. 76 |
| <u>3/B Réparation du corps après un traumatisme mécanique</u>      | p. 77 |
| 1. L'accident de la voie publique                                  |       |
| 1.1. Le modèle céphalique du traumatisme                           |       |
| 1.2. Le corps traumatisé                                           | p. 78 |
| 2. L'autoréparation du corps                                       | p. 79 |
| 3. La douleur : modèle théorique et évaluation                     | p. 84 |
| 3.1. La théorie de Craig                                           |       |
| 3.2. L'objectivation des douleurs musculo-squelettiques            | p. 89 |
| 4. Diagnostic mécanique ou algique ?                               | p. 91 |
| 4.1. La notion de « ne pas être à sa place »                       | p. 92 |
| 4.2. La limitation du mouvement                                    | p. 94 |
| 4.3. Le cercle vicieux spasme/contracture/spasme                   |       |
| 4.4. Des déséquilibres entre fibres actives et passives            |       |
| 4.5. Névropathies d'emprisonnement et inhibitions de moelle        |       |
| 4.5.1. Névropathie d'emprisonnement                                |       |
| 4.5.2. Cavitation de moelle                                        | p. 95 |
| 4.5.3. Systèmes inhibiteurs spinaux                                | p. 96 |
| 4.6. Facilitation et hypersensibilité                              |       |
| 4.7. Interprétation erronée d'influx afférents                     | p. 97 |
| 5. Le diagnostic différentiel des différents systèmes              | p. 99 |
| 6. L'action réparatrice propre à l'ostéopathie                     | p.101 |
| 6.1. Le whiplash                                                   |       |
| 6.2. La part biomécanique : la tenségrité viscoélastique           | p.105 |
| 6.3. L'évolution des hypothèses concernant les mécanismes          | p.112 |
| 6.3.1. Du mécanique au biomécanique                                |       |
| 6.3.2. Névropathie d'emprisonnement - neurovégétatif               | p.114 |
| 6.3.3. Méninges, astrocytes, fonctionnement cérébral               | p.115 |
| <u>3/C Modifications biologiques dues aux stress</u>               | p.119 |
| 1. Systèmes hormonaux, neuroendocriniens et immunitaires           |       |
| 2. Mécanismes centraux dans l'Etat de stress post-traumatique      | p.126 |
| 2.1. Hyperfonctionnement et sensibilisation de l'axe HHS           | p.127 |
| 2.2. Hypothèse « psychologique » de la sensibilisation de l'axe    | p.130 |
| 3. L'ESPT et le cortisol depuis le début de la thèse               | p.131 |
| 3.1. L'autoréparation : borborygmes et cortisol                    |       |
| 3.2. Psychosomatic Medicine                                        | p.132 |
| 3.3. L'hippocampe et le cortisol                                   |       |
| 3.4. Inhibition corticale ou détraumatisation du système limbique  |       |

|                                                                   |       |
|-------------------------------------------------------------------|-------|
| <u>3/D Le traumatisme psychique</u>                               | p.136 |
| 1. Le statut de l'inconscient dans la clinique du traumatisme     |       |
| 1.1. L'inconscient de Freud : sexualité et agressivité            | p.137 |
| 1.2. L'inconscient de la névrose traumatique : Ferenczi           | p.141 |
| 1.3. L'inconscient traumatique                                    | p.145 |
| 2. Le corps en psychologie                                        | p.156 |
| 2.1. Quelques repères sémantiques                                 |       |
| 2.2. Le processus de somatisation selon Freud                     | p.157 |
| 2.3. Le processus de somatisation selon Lacan                     | p.159 |
| 2.4. Le processus de somatisation selon la psychosomatique        | p.161 |
| 2.4.1. Le sens du symptôme                                        | p.163 |
| 2.4.2. La mentalisation                                           |       |
| 2.4.3. Les maladies psychosomatiques                              | p.165 |
| 3. Les modèles de la névrose traumatique en psychiatrie           | p.166 |
| 3.1. La conscience et les phénomènes dissociatifs                 |       |
| 3.2. L'Etat de Stress Post-Traumatique                            | p.168 |
| 3.3. Inconscient et neurosciences                                 | p.171 |
| 4. Les modèles pour traiter le psychisme par le psychisme         | p.174 |
| 4.1. Les modèles de Levine, Rotschild et Stickgold                |       |
| 4.2. Comparaison entre Freud, Stickgold et les neurosciences      | p.176 |
| 5. Les modèles pour traiter le psychisme par le corps             | p.182 |
| 5.1. De Reich à Lowen, du psychisme au corps                      |       |
| 5.2. Les Yoga Sutras de Patanjali et Itsuo Tsuda                  | p.185 |
| 5.3. La relaxation                                                | p.186 |
| 5.4. La symbolisation par l'image ou l'écriture                   | p.187 |
| 5.5. Aphasie, métaphore et métonymie                              | p.189 |
| 5.6. Chamanisme et efficacité symbolique                          | p.191 |
| 6. Interdit de l'approche du corps traumatisé en Occident et USA  | p.193 |
| <u>3/E Action psychique de l'ostéopathie</u>                      | p.198 |
| 1. L'action psychique du toucher                                  |       |
| 1.1. Le toucher et sentiment de sécurité                          |       |
| 1.2. Le toucher et érogénèse contenante                           | p.199 |
| 1.2.1. La levée de l'isolation                                    |       |
| 1.2.2. Le contenant formel                                        |       |
| 1.3. L'interprétation mise en acte                                |       |
| 1.4. Le toucher contre la pulsion de mort                         | p.200 |
| 2. Relation transféro/contre-transférentielle, transfert et désir | p.202 |
| 3. Restauration de la confiance                                   | p.209 |
| 3.1. La confiance progressive                                     |       |
| 3.2. La confiance des bébés, le sommeil des adultes               | p.213 |
| 3.3. La confiance pour la libre association                       | p.215 |
| 3.4. La non confiance des victimes intentionnelles                |       |
| 4. La restauration des assises narcissiques                       | p.216 |
| 4.1. validation, respect et attention renarcissisants             | p.217 |
| 4.2. Les bascules identitaires de Brewin                          | p.218 |
| 5. Le niveau de conscience                                        | p.219 |
| 5.1. Dissociation et conscience de soi                            |       |
| 5.2. La dissociation traumatique                                  | p.220 |
| 5.3. L'abaissement des résistances mentales                       | p.222 |
| 5.4. Sommeil et ostéopathie                                       | p.223 |
| 6. Le retour tridimensionnel sur le traumatisme                   | p.224 |

|           |                                                              |              |
|-----------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 6.1.      | L'équilibre tridimensionnel du point de vue théorique        | p.225        |
| 6.2.      | L'équilibre tridimensionnel : exemple clinique               | p.226        |
| 6.3.      | Le retour de la trace mnésique                               | p.227        |
| 6.3.1.    | Les tremblements                                             | p.228        |
| 6.3.2.    | Les réactions neuro-végétatives et muscles lisses            | p.230        |
| 6.3.3.    | Les réactions émotionnelles                                  |              |
| 6.4.      | La restauration du pare-excitation                           | p.231        |
| 6.5.      | Le passage hippocampe - sémantique et retour                 | p.232        |
| 6.6.      | Effet sur l'alexithymie                                      | p.234        |
| 7.        | L'aide de l'ostéopathe dans le retraitement traumatique      | p.236        |
| 7.1.      | Les facteurs affectifs et socio-économiques                  |              |
| 7.2.      | Activer la trace mnésique sans retraumatiser                 | p.237        |
| 7.3.      | L'écoute-active                                              | p.239        |
| 8.        | Les personnalités hystérique, obsessionnelle et narcissique  | p.244        |
| 8.1.      | Les mécanismes de défense hystériques                        | p.245        |
| 8.2.      | Les mécanismes de défense obsessionnels                      | p.248        |
| 8.3.      | Les mécanismes de défense narcissiques                       | p.251        |
| <b>4.</b> | <b>La recherche pragmatique</b>                              | <b>p.256</b> |
| 1.        | La recherche qualitative : méthodologie en sciences humaines |              |
| 1.1.      | Argumentation                                                |              |
| 1.2.      | Les avantages et écueils de la comparaison implicite         | p.258        |
| 1.3.      | Description de la recherche qualitative, « pré-recherche »   | p.260        |
| 1.3.1.    | Cadre                                                        |              |
| 1.3.2.    | Cohortes                                                     |              |
| 1.3.3.    | Résultats et commentaires                                    |              |
| 2.        | La recherche quantitative                                    |              |
| 2.1.      | Les avantages et écueils de la recherche quantitative        | p.264        |
| 2.1.1.    | L'exclusion de la recherche rétrospective                    |              |
| 2.1.2.    | Etude prospective par randomisation                          | p.266        |
| 2.1.3.    | Ostéopathie versus placebo                                   | p.267        |
| 2.1.4.    | Ostéopathie versus autre technique                           | p.268        |
| 2.1.5.    | Deux groupes après un faux mouvement                         | p.269        |
| 2.1.6.    | Deux groupes MVA - les variables de la littérature           | p.271        |
| 2.1.7.    | Deux groupes MVA - saturations de nuages                     | p.273        |
| 2.1.8.    | Deux groupes MVA - tests de psychosomatique                  | p.274        |
| 2.1.9.    | Deux groupes MVA - pathologies psychiques                    |              |
| 2.1.10.   | Deux groupes MVA - retentissement                            | p.275        |
| 2.1.11.   | Un groupe MVA avec chassé-croisé                             | p.277        |
| 3.        | Protocole quantitatif, chassé-croisé EMDR/ostéopathie        | p.278        |
| 4.        | Le cortisol                                                  | p.280        |
| 4.1.      | Le cortisol dans notre niche écologique de cabinet de ville  | p.281        |
| 5.        | La recherche AIVIO                                           | p.284        |
| 5.1.      | La recherche des patients pour la recherche qualitative      |              |
| 5.2.      | Les deux premiers protocoles de recherche                    | p.286        |
| 5.3.      | Le troisième protocole de recherche                          | p.288        |
| 5.3.1.    | Critères d'inclusion                                         | p.290        |
| 5.3.2.    | Praticiens                                                   |              |
| 5.3.3.    | Durée                                                        | p.592        |
| 5.3.4.    | Les outils d'observation                                     | p.292        |

|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| <u>5. Conclusion générale</u>                           | p.297 |
| 1. Résumé des résultats                                 |       |
| 1.1. Dans la pré-recherche                              |       |
| 1.2. Dans la recherche AIVIO                            | p.300 |
| 2. La notion de preuve                                  | p.302 |
| 2.1. Hypothèse non infirmée                             | p.303 |
| 2.2. Inférence causale                                  |       |
| 2.2.1. Autoréparation par le corps                      |       |
| 2.2.2. Autoréparation par le psychisme                  | p.304 |
| 2.2.3. Discrimination de l'origine traumatique          | p.305 |
| 2.2.4. Gravité de l'atteinte et cumul des méthodes      | p.306 |
| 2.2.5. Effet praticien et transfert                     |       |
| 2.2.6. Ouverture d'esprit et perception sensorielle     |       |
| 2.2.7. Les témoignages                                  | p.307 |
| Conclusion                                              |       |
| 3. Les hypothèses : rappel et évolution                 | p.308 |
| 3.1. Hypothèse 1                                        |       |
| 3.2. Hypothèse 2                                        | p.321 |
| 3.3. Hypothèse 3                                        | p.315 |
| 3.3.1. Echech par colère                                | p.316 |
| 3.3.2. Echech par angoisse liée à une névrose infantile |       |
| 3.3.3. L'aide aux personnalités narcissiques            | p.318 |
| 3.3.4. L'aide aux états dissociatifs                    | p.319 |
| 3.3.5. Le refoulement de l'imaginaire                   |       |
| 3.3.6. Accident de la voie publique et psychonévrose    | p.320 |
| 4. Notre mythe personnel                                | p.323 |
| 5. Enseignements cliniques                              | p.326 |
| 6. Notre recherche future                               | p.329 |

## 2. Introduction

Parmi les praticiens des médecines alternatives progressivement reconnues en Belgique<sup>1</sup>, (ostéopathie, homéopathie, acupuncture et chiropraxie), les ostéopathes reçoivent depuis le début des années 50 une patientèle consultant pour des symptômes divers. Les motifs de consultation les plus fréquents sont des douleurs (symptômes subjectifs) et des dysfonctions musculo-squelettiques et viscérales (symptômes objectifs non lésionnels).

Les dysfonctions musculo-squelettiques « résultent de forces anormales imposées sur ou générées dans le système musculo-squelettique »<sup>2</sup>. Elles sont donc souvent la conséquence de traumatismes, la notion de traumatisme étant entendue au sens large de chutes, accident de la voie publique, soulèvement d'une lourde charge, mauvaises positions au travail, adhérences cicatricielles et tensions fasciales postopératoires, naissance, accouchement, etc.

Di Giovanna et Schiowitz<sup>3</sup>, dans leur définition ostéopathique d'une dysfonction musculo-squelettique, proposent trois paramètres de recherche : asymétrie ou malposition d'un segment osseux, restriction de mouvement articulaire et modification des tissus (peau, fascias ou muscle). Le déséquilibre peut concerner n'importe quelle fonction du corps – squelettique, articulaire, myofasciale – et impliquer des éléments des systèmes vasculaires, lymphatiques et nerveux.

Les dysfonctions viscérales, quant à elles, sont souvent une conséquence des dites dysfonctions musculo-squelettiques ou de dysfonctions du système nerveux autonome, elles-mêmes le plus souvent d'ordre psychophysiologique.

Dans un traitement ostéopathique ce sont des dysfonctions qu'il convient de repérer et de traiter, c'est-à-dire finalement mettre en mouvement les connaissances anatomiques et physiologiques du corps humain et les relier avec le patient et ses symptômes.

Effectivement, lorsqu'on repère à la palpation que des tensions et des restrictions fines de mobilité des structures squelettiques, articulaires, myofasciales (et, nous ajouterons, viscérales) ont cédé au travail corporel, cela semble permettre aux symptômes de disparaître dans les quelques heures à quelques jours qui suivent, ceci de façon durable, voire définitive.

---

<sup>1</sup> Le projet de loi cadre (1-1310/04), soutenu par Marcel Colla, ministre de la santé, a été adopté par la Chambre des représentants le 11 mars 1999 (95 pour – 44 abstentions). Le Sénat a confirmé ce vote (46 pour – 12 abstentions) le 22 avril 1999.

<sup>2</sup> Waddell G. (1998) *The back pain revolution*. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto p. 144

<sup>3</sup> Di Giovanna E.L., Schiowitz S. (1991) *An osteopathic approach to diagnosis and treatment*. Lippincott, Philadelphia

## 2. Introduction

La répétition de ces expériences dans les cabinets d'ostéopathie motive une part croissante de la population des pays d'Europe à y avoir recours, ceci malgré le coût relativement élevé des consultations et leur non-remboursement (sauf exception). En 1995, 54% de la population française avait déjà fait appel à cette technique de soins<sup>4</sup>. Généralement les patients qui ont recours à l'ostéopathie ont déjà effectué un long parcours incluant pour le moins médecin généraliste, examens biologiques et d'imagerie médicale et souvent kinésithérapie. Les examens sont souvent restés muets et les traitements médicaux et paramédicaux n'ont eu qu'un effet passager ou sont restés sans effet. De fait, les structures anatomiques sont rarement atteintes. Par quel effet l'ostéopathie aurait-elle soigné ces dysfonctions ? Doit-on alors parler d'un soulagement d'un symptôme ou de guérison, de réparation du corps ou d'une modulation de la douleur ?

Les spécialistes en laser 3D estiment qu'il faudra encore une dizaine d'années avant de pouvoir observer le support anatomique de ces dysfonctions. Les automates ne sont pas encore capables de mesurer les modifications de l'élasticité interne des tissus in vivo. Seule la main humaine peut discriminer la fameuse respiration tissulaire qui traduit la liberté et la bonne santé des tissus mous pour l'ostéopathe.

Est-il envisageable de discourir des effets de l'ostéopathie sans pouvoir objectiver les dysfonctions et ni leur disparition ? Sans recherche, pas de découverte possible. Est-il éthique de traiter les patients sans connaître le mode d'action exact ? Pourquoi pas puisqu'on ne connaît pas grand chose non plus du mode d'action des AINS, alors qu'on en connaît bien (outre leur efficacité) beaucoup des effets indésirables.

Le premier travail de cette thèse a été de chercher des façons scientifiques de contourner ce premier obstacle : trouver des signes indirects de l'action de l'ostéopathie, mais néanmoins des signes prévisibles, répétitifs et durables. Objectiver le mieux-être et la diminution de la douleur par des questionnaires convenait-il ? Certes, mais rien n'indiquait si c'était la relation ou la technique qui avait soigné. Au demeurant, on ne pose pas souvent cette question à la chirurgie. Il fallait donc des preuves autres que nous avons choisies parmi les paramètres de l'homéostasie, et ce qui signe son échec, l'allostasie.

Paula Schnurr, keynote speaker en juin 2007 au congrès international de Psycho-traumatologie d'Opatja, montre son tableau rempli de mesures biologiques d'allostasie et conclut : « Maintenant on connaît bien le poids du traumatisme dans la santé publique. On connaît les mécanismes et les mesures biologiques de l'allostasie. Ce qu'on cherche, oui, ce qu'on cherche, ce sont des méthodes pour guérir cela. »

C'est ce que nous avons fait au long de cette thèse : être à l'écoute de l'état de santé (et de ce qui permet son retour) plus que de la maladie. Nous avons d'emblée choisi un paramètre qui signe le passage de l'homéostasie à l'allostasie, le cortisol. Nous l'avons utilisé pour juger l'effet du traitement par ostéopathie.

---

<sup>4</sup> Enquête COFREMCA Avril 1995



Certes, c'est beaucoup plus diffus et exigeant qu'un signe local de dysfonction et d'amélioration. Mais c'est aussi le prix à payer pour parler de retour à la santé. Cette démarche, par surcroît, ressemble bien à l'ostéopathie car c'est la santé (et ce qui permet son retour) qui guide le praticien. L'ostéopathe a un immense intérêt pour les réparations spontanées du corps car, en fait, il ne fait qu'aider le corps dans sa capacité à s'auto réparer.

Dans cette thèse, en fait, nous ne souhaitons pas observer l'action physique de l'ostéopathie, d'autres sont bien plus compétents que nous sur le sujet. Nous souhaitons plutôt observer et tenter de comprendre son action psychique. La raison en est très simple. Comme il est très difficile de connaître l'état de santé véritable d'un patient ainsi que la gravité de son atteinte - myofasciale pour prendre cet exemple - , nous sommes tentés de croire, en tant qu'ostéopathes, à l'organicité du trouble : si ce patient ne guérit pas, c'est que son atteinte somatique au fond est plus grave.

Notre expérience cependant a trop souvent mis à mal ce raisonnement intuitif, soit par l'absence de cause traumatique physique, soit, plus étonnant encore, par la disparition soudaine des douleurs et dysfonctions d'un patient qui n'avait amélioré ni symptôme, ni liberté tissulaire pendant plusieurs séances. N'ayant modifié ni notre technique, ni notre prise en charge, le patient ne présentant aucun signe précurseur d'une amélioration, tout se passait comme si le patient avait jusque-là résisté, puis soudain lâché prise pendant la séance.

Lorsque cela cédait dans nos mains, souvent le patient en disait quelque chose, sur le moment, ou plus tard, sur le point de partir. Souvent, très souvent, cela parlait de traumatisme. Nous avons ainsi suivi résolument la piste du traumatisme somatopsychique, celui qui atteint d'abord le corps, et le psychisme en même temps ou après, par effet d'après coup.

Mais bien sûr, des patients qui résistent, non du point de vue du symptôme mais du point de vue du travail tissulaire, nous en avons plusieurs. Est-ce que cela signifierait qu'il faudrait qu'ils fassent plutôt un travail psychothérapeutique ? Et si oui, comment le savoir ? Peut-on en avoir des signes clairs ? Et comment s'y prendre pour le traiter car, du point de vue du psychothérapeute, par où commencer quand un patient se plaint d'une douleur dont il ignore la cause ? Comment soigner ce corps douloureux en psychothérapie ?

Qu'est-ce qui favorise au mieux le lâcher prise dans la clinique du traumatisme ? Le travail corporel, l'abord psychologique, le travail somatopsychique ou même la relation thérapeutique ?

Cet écrit traite donc précisément de la façon dont la part psychique d'un traumatisme s'inscrit dans le corps et la façon spécifique dont cette part traumatique sort du corps par l'ostéopathie. S'intéresser à cela nécessitait de discriminer l'action purement mécanique de l'ostéopathie ainsi que les spécificités de l'ostéopathie en comparaison

## *2. Introduction*

d'autres techniques, psychothérapeutiques ou chamaniques par exemple, qui libèrent le corps d'un traumatisme, aussi.

Nous avons d'abord présenté l'ostéopathie, son histoire, le parcours d'un étudiant et le diagnostic qu'il est amené à porter en fin de cursus. Nous nous attardons sur l'apprentissage manuel et le doute nécessaire et à dépasser pour engager la construction identitaire professionnelle. (Partie A).

Nous avons fait un bref rappel des mécanismes naturels d'autoréparations du corps pour tenter de comprendre la demande qui est adressée aux ostéopathes : quand il reste une douleur musculo-squelettique, qu'est-ce qui a échoué dans l'autoréparation ? Quels sont les mécanismes d'action potentiels de l'ostéopathie ? Où en est la recherche à ce sujet ? Est-ce une technique dangereuse ? (Partie B)

Puis nous avons repris la question autrement : sur quels concepts les chercheurs qui s'occupent de ces problèmes travaillent-ils aujourd'hui ? La frontière si souvent posée entre le central et le périphérique n'est-elle pas finalement plus poreuse qu'on ne l'entendait classiquement ? Quel pont est proposé par la biologie entre le corps traumatisé et le psychisme traumatisé ? (Partie C)

Nous sommes partie ensuite à la découverte des états anxieux post-traumatiques : les modèles théoriques du traumatisme oublié, du traumatisme somatisé. Nous observons ensuite les grandes techniques thérapeutiques qui ont été élaborées au fil des découvertes et des modes. Ceci, d'abord du côté des techniques psychothérapeutiques verbales, puis corporelles. Ici et ailleurs, comment le corps a-t-il été mis à contribution pour venir en aide au psychisme troublé par des phénomènes anxieux ? (Partie D).

Nous avons mis en perspective le cadre naturel de l'ostéopathie avec la clinique des troubles anxieux pour rendre compte de ce qui pouvait favoriser le travail psychique du traumatisme. Nous étions partie avec un bagage certain : oui, le corps comme le psychisme doivent repasser par le traumatisme pour s'en sortir, oui, quand le patient s'endort, ça fonctionne beaucoup mieux. Est-ce que cet endormissement est une cause, une conséquence ? Nos réflexions nous ont fait aboutir sur un modèle précoce putatif du fonctionnement de l'ostéopathie de ce point de vue lors des hypothèses, puis sur une autre « découverte » en fin de thèse. Que cela passe par la relation thérapeutique n'est guère surprenant mais comment moduler la relation dans la consultation ostéopathique afin d'aider ce patient, avec cette structure psychique, ses richesses et ses impasses inhérentes, à parvenir à cet essentiel, inattendu, inconnu, inconscient du traumatisme qui lui échappe pour enfin « dé-somatiser » ? (Partie E).

La recherche pragmatique retrace notre réflexion sur les méthodes permettant de mettre à l'épreuve notre hypothèse concernant les mécanismes d'action. Nous avons déployé d'abord les outils pour une recherche qualitative, puis ceux d'une recherche quantitative. Notre marqueur biologique était idéal puisqu'il est anti-inflammatoire du corps et anticatécholaminergique pour le psychisme. Il fallait l'observer du point de vue quantitatif, ce qui a mené à une réflexion méthodologique qui a rappelé toute

la difficulté qu'il y a à passer de l'histoire de l'individu à des chiffres. Un protocole de recherche a été construit, modifié en fonction des exigences du terrain (partie 4). Puis nous nous sommes penchée sur les empêchements et succès à l'autoréparation cette fois en observant la clinique ostéopathique. Qu'est-ce qui empêchait le retour à la santé, ce que nous avons été amenée à faire et dans quelle mesure nous sommes arrivée à améliorer l'état de santé. Regard détaillé sur 23 patients « tout-venants » d'un cabinet d'ostéopathie (Tome 2).

Pour résumer, le but premier de cette recherche était donc de savoir que proposer aux patients quand ça n'avance pas naturellement dans l'autoréparation du corps : les mécanismes qui président habituellement à l'autoréparation psychique.

Le deuxième but de cette recherche était de savoir poser la limite de la prise en charge de troubles psychiques par l'ostéopathie. A quel moment un ostéopathe devrait passer la main ? Cela amenait à d'autres causes ou à une prise en considération du psychologique. Où se situe le traumatisme ? Corps, esprit ? Quel corps ? Quelle part psychique ?

Ces premières questions ont soulevé celles de la somatisation et des structures psychiques : il y a des personnalités auxquelles on prête classiquement de telles capacités d'exprimer dans et par le corps ce qui fait problème. Le résultat de cette réflexion a redessiné les contours d'une psychosomatique qui n'est ni opposée ni congruente avec les thèses avancées régulièrement, quelles que soient les écoles. A vouloir rendre compte de la clinique ostéopathique nous sommes arrivée au point de discuter des bases de la psychosomatique... c'est beaucoup. Aussi nous nous sommes restreinte à ne traiter que de la somatisation du traumatisme, sachant que la question de la somatisation hors traumatisme reste brûlante.

Le troisième but de la thèse consistait à observer si l'ostéopathie améliore, voire rétablit l'homéostasie. C'est la dernière partie de l'aventure qui clôture avec suspense tout le cheminement (Tome 3). Ce dernier tome reprend de nombreux points dont il est impossible de discuter dans le corps de la thèse. Des renvois en bas de page permettent des allers-retours fréquents sur les sujets choisis.

## **A/ Présentation de l'ostéopathie**

### **1. Présence dans le monde aujourd'hui**

#### **1.1 Présence et instances mondiales**

Nous avons pensé faire une enquête sur l'état des lieux de l'ostéopathie dans le monde. Nous avons rédigé à cet effet un cahier des charges qui a été soumis aux instances professionnelles ostéopathes pour validation. Nous n'avons pas eu de réponse en ces temps relativement difficiles par rapport aux décrets. N'ayant pas davantage de fonds propres pour mener cette enquête, nous ne produisons que des éléments isolés. Le cahier des charges pour l'enquête est produit Tome 3 p.5.

Il est connu que le WHO (World Health Organization – Organisation mondiale de la santé), institution spécialisée de l'ONU pour la santé, a toujours été favorable au développement de l'ostéopathie.

Le WOHO (World Osteopathic Health Organisation - Organisation Internationale pour la santé par l'Ostéopathie) est né le 20 Mars 2004 de la volonté des ostéopathes du monde entier en vue de promouvoir, protéger et développer l'étude et la recherche de cette science de la santé. Les buts du WOHO sont :

- Promouvoir, développer, protéger et établir à travers le monde l'étude, la connaissance, la philosophie et la pratique de l'ostéopathie et de son application.
- Susciter la recherche pour le plus grand profit des peuples de tous pays.
- Assurer, partout dans le monde, une pratique de l'ostéopathie suivant des standards de compétence aussi élevés que possible.

En tant qu'organe consultatif, le WOHO assiste ses membres adhérents individuels dans leurs efforts pour approfondir l'enseignement et la pratique en vue d'améliorer la santé dans le contexte particulier de leur pays.

La dernière Assemblée Générale du WOHO s'est tenue le 24 Avril 2007 à Vienne en Autriche

#### **1.2 En Amérique**

- En Argentine

Au milieu des années 1980 G. Drevon a créé l'Institut Argentin d'Ostéopathie (avec l'aide logistique de R. Perronneau Ferré) qui fonctionne en enseignement temps plein/ temps partiel. Il existe un Registre destiné à la défense de l'éthique et de la déontologie professionnelle et un « Collège » de défense de la profession.

- Au Brésil

En 1986 une première formation en Ostéopathie a été créée à Rio, à la demande de l'association des "fisioterapeutas" de Rio sous le nom de "Institut W. G. Sutherland Brasil".

Peu après l'Ecole de Madrid et l'EBOM (Ecole Brésilienne d'Ostéopathie) ont créé des cours au Brésil et en Argentine avec peu de succès.

En 2001 B. Quef a créé un nouvel Institut : l'IBO ( Institut Brésilien d'Ostéopathie) qui fonctionne actuellement en temps partiel et normalement fonctionnera en "temps plein" à partir de 2009. Il bénéficie de l'aide logistique du SCOM, collège Belge (ex IWGS Belgique) et invite quelques enseignants de divers collèges Français, Belges, Américains et Canadiens.

L'enseignement est basé sur les critères de reconnaissance des enseignements à temps partiel qui ont prévalu en France pendant 30 ans: 1700 heures de cours répartis sur 6 ans incluant une formation clinique de 460 heures. Les techniques couvrant l'ensemble des champs de pratique internationalement reconnus comme appartenant à la matière ostéopathique sont enseignées. Les étudiants sont tous déjà praticiens de santé.

Ont été créés un Registre destiné à la défense de l'éthique et de la déontologie professionnelle qui, par la création du titre DO MRO (Br), défend la qualité des praticiens et une société brésilienne d'ostéopathie SBO pour assurer la défense de la profession.

L'installation des Ostéopathes se fait principalement dans les grandes villes (Rio, Buenos Aires), les autres sont disséminés dans les étendues infinies de ce pays immense. Il est assez bien vu dans la patientèle Carioca d'avoir son "Ostéopathe", et quelques-uns des premiers étudiants exercent à des tarifs qui leur permettent de vivre dans le cercle de la classe moyenne haute. Les honoraires se situent entre 200 et 300 réals (environ 100 Euros).

Un centre de soins en milieu hospitalier public (Hopital Fédéral Anchieta. Centre de Traumato-Orthopédie) a été créé à l'aide d'une coopération politique qui a permis d'établir un centre de clinique où les étudiants, sous le contrôle de moniteurs, pratiquent un jour par semaine durant deux ans en tant qu'Ostéopathes. Ce centre est ouvert essentiellement aux personnes des "communautés" (les favelas)... de façon totalement humanitaire, sans prélever le moindre centime à l'hôpital, à la ville, au département à l'état, et encore moins aux patients,

Ces derniers apprécient les résultats obtenus, et sont même venus lors d'une grève du personnel hospitalier en délégation (menée par le chef de la communauté) demander de ré ouvrir la consultation d'Ostéopathie... Deux mois d'attente pour obtenir un rendez-vous, plusieurs dizaines de milliers de consultations en quelques années...(sans propagande tapageuse). Ainsi l'accès au traitement ostéopathique est-il ouvert aux "nantis" et à ceux qui ne le sont pas.

- Aux Etats-Unis

Le rapport Flexner de 1910 révéla ce qu'était l'instruction médicale d'alors. Ce rapport consacra seulement quelques institutions choisies qui conféra au corps médical américain un solide contrôle de l'éducation médicale. Le philanthrope Rockefeller finança l'éducation médicale. Le rapport Flexner a offert le titre de médecin aux ostéopathes déjà en exercice et exigea en retour que les futurs ostéopathes le soient. Un double cursus fut organisé où les médecins ostéopathes acquéraient les mêmes droits aux prescriptions et à la chirurgie et les connaissances adéquates à ces exercices. Les ostéopathes alors en exercice furent acculés à la défense politique de leur statut de praticiens qui canalisa toute leur énergie... en vain.

Le résultat actuel était prévisible. En 1997, N. Gevitz estimait que, sur les 36 000 ostéopathes licenciés en exercice, seulement 3000 pratiquaient l'ostéopathie (les autres pratiquant une médecine classique), et sur ces 3000, moins de 500 pratiquaient

l'ostéopathie crânienne. <sup>1</sup> Des manipulations sont pratiquées par les chiropracteurs qui ont remplacé pratiquement les ostéopathes.

Nous supposons que la situation est pire dix années plus tard et ceci pour deux raisons : apprendre à exercer la médecine et l'ostéopathie représente un champ de connaissance et de savoir faire bien vaste à acquérir, et il nous paraît plus simple de prescrire que de se mesurer au travail corporel. Nous craignons que cette cause soit perdue aux Etats-Unis. Les quelques ostéopathes que nous avons rencontrés dans les années 1980 étaient des exécutants d'ordonnances médicales qui délivraient des factures de cette sorte : « 3 techniques sur le sacrum : 15 \$, 1 pied : 3\$, 1 genou : 4\$ et deux crânes : 20\$ : total 42\$. » Cela avait donné la chair de poule à l'étudiante que nous étions alors étant donné les concepts holistiques primordiaux en ostéopathie !

### 1.3. En Europe selon le Rapport de Mission de B. Ludes<sup>2</sup>

- En Grande-Bretagne

La profession a été reconnue par une loi en juillet 1993 (Osteopath's Act) Les praticiens sont consultants de 1<sup>ère</sup> intention et la discipline est considérée comme un métier de la santé. Le General Osteopathic Council est un organisme comparable à un conseil de l'ordre indépendant tout comme le General Medical Council (Ordre National des Médecins).

- Aux Pays-Bas

La loi a été adoptée en 1994 (Big-Wet), autorisant la pratique de l'ostéopathie

- En Belgique

La pratique de l'ostéopathie est légale depuis la loi de 1999 (Marcel Colla) sur l'art de guérir. Les ostéopathes y ont le statut de professionnels de la santé.

- En Suisse

Une Commission Intercantonale de Reconnaissance de l'Ostéopathie a été formée en 2000-2001, les travaux de ce groupe ont conclu à la spécificité de l'ostéopathie et à son appartenance au domaine de la santé. Elle a été reconnue en 2007.

- En Espagne

Les décrets régulant l'exercice de certaines thérapies naturelles (dont l'ostéopathie) ont été publiés en Catalogne le 1-2-07 mais non dans l'ensemble de l'Espagne.

- En Italie

La profession est sur le point d'être affiliée au secteur des Médecines non conventionnelles. La tendance actuelle est d'aller vers un enseignement temps plein (5 à 6 ans après le bac ou l'examen de maturité) ou une formation avec des unités de valeur reconnues.

- En France

Aujourd'hui, les ostéopathes non médecins et déclarés avoir une activité d'ostéopathe, au moins séparée d'une autre pratique de soins sont au nombre approximatif de 2000.

---

<sup>1</sup> Gevitz, N. (1997). Visible and known, the osteopathic invisibility syndrome and the solution of two per cent. *The AOA Journal*, 97, N°3, 168-70.

<sup>2</sup> Le 25 janvier 2007 Bertrand Ludes, Professeur chargé par le ministre de la santé, Xavier Bertrand, d'établir un rapport concernant les mesures à prendre pour l'établissement des décrets d'ostéopathie a produit un document de 35 pages (hors annexes).

Ils se répartissent à part égale entre deux grands groupes auxquels on ajoute deux autres groupes de moindre importance. Les deux grands groupes sont composés

- d'ostéopathes qui ont effectué leur cursus entièrement en école d'ostéopathie, écoles privées, et
- d'ostéopathes qui ont d'abord fait des études (et parfois ont été ou sont en exercice de la profession) de kinésithérapeute, puis qui ont continué leur formation en alternance dans ces écoles d'ostéopathie.

Avant la parution de la loi Kouchner et de ses décrets d'application, des regroupements d'écoles avaient édicté un ensemble de règles concernant l'accès à la profession : les études duraient 6 années et comprenaient 2200 heures de cours si l'étudiant était déjà muni d'un diplôme de praticien de santé (54 % des ostéopathes en exercice en 2001<sup>3</sup>) ou 5 000 heures à partir d'un baccalauréat. Les études portaient sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la radiologie, le diagnostic différentiel, la mécanique articulaire, musculaire et viscérale. Le groupe des étudiants déjà munis d'un diplôme de kinésithérapie suivait le même nombre d'années de cours, mais avec un programme uniquement centré sur un rappel anatomique, physiologique, pathologique, radiologique et l'acquisition de la philosophie et de la technique de l'ostéopathie.

Pour tous la pratique était importante, visant à faire acquérir une sensibilité palpatoire et une habileté manuelle nécessaires à la maîtrise des techniques. Un mémoire original sur les applications de l'ostéopathie devait être soutenu devant un jury international. Le diplôme (D.O) était décerné par le groupement des établissements d'enseignement, la collégiale académique après soutenance du mémoire et examen théorique et pratique devant un jury international et inter-écoles. En fin de cursus d'apprentissage, ces écoles demandaient aux praticiens munis d'un diplôme de kinésithérapie de sortir clairement de leur ancienne profession ou de bien différencier leurs activités afin de promouvoir une vraie ostéopathie du point de vue légal et d'éviter qu'elle se réduise à quelques techniques manuelles ajoutées à la va-vite à des soins de kinésithérapie et remboursée comme tels.

Quelques écoles isolées proposaient des cours de courte durée. Elles n'ont jamais compté dans des regroupements d'école et n'ont pas produit d'effectif repérable d'ostéopathes. Leurs élèves ont dû inclure quelques techniques de manipulations dans d'autres soins.

Le groupe des étudiants qui ont appris l'ostéopathie pendant 5000 heures sans autre profession de santé préalable, sont désignés sous le terme de « ni-ni », ni kinésithérapeutes, ni médecins.

Une troisième population d'ostéopathes est composée de médecins. Parmi eux un groupe de médecins a opté pour le choix du cursus dans ces collèges d'ostéopathie, de durée identique en nombre d'années, mais avec une dispense pour certains cours. Ils sont peu nombreux

---

<sup>3</sup> Références UFOF Septembre 2001

Un autre groupe de médecins est constitué par ceux qui ont opté pour un diplôme de formation courte en faculté de médecine. Le Dumenat, Département Universitaire des Médecines NATurelles a été créé à Bobigny sous l'initiative de son Doyen, le Pr. Cornillot. On y enseignait notamment l'ostéopathie et l'acupuncture. A cette époque (dans les années 80), un enseignement de médecines alternatives en faculté de médecine était révolutionnaire : des médecins y recevaient un enseignement par des non médecins. C'était une première brèche en cette période où des procédures pour exercice illégal de la médecine se succédaient, initiées par d'autres médecins, contre d'autres ostéopathes.

Aujourd'hui, cet enseignement a pris la forme d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de « médecine manuelle-Ostéopathie » sur deux années qui comprennent en tout 256 heures d'enseignement et 60 heures de stage clinique. Ce DIU est délivré par une quinzaine de facultés de médecine en France. Le titre confère à ses détenteurs le droit de pratiquer des manipulations et tout ce qui est compris sous le terme d'ostéopathie. Selon les décrets récents, ce sont normalement 1225 heures qui devraient être dédiées uniquement à l'enseignement de l'ostéopathie. Réellement, soixante heures sur deux années pour éduquer une main au travail d'ostéopathie, c'est une gageure peu réaliste.

Quels sont donc ces décrets d'application, et à quelle loi s'appliquent-ils ? L'histoire récente de l'ostéopathie en France a été très mouvementée.

La Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (**Loi Kouchner**) est parue au journal officiel le 5 mars 2002. Ses décrets d'application sont parus au JORF n°73 du 27 mars 2007 page 5662 texte n° 20.

La loi Kouchner avait été favorablement accueillie par les ostéopathes « ni-ni » : elle reconnaissait une profession d'ostéopathe à part entière et mettait ainsi fin aux poursuites juridiques des ostéopathes grâce notamment à une lutte acharnée des syndicats professionnels. La loi aurait dû produire ses décrets d'application dans les six mois suivants. Ils ont parus cinq années plus tard (**Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007**) et ont fait le mécontentement unanime des « ni-ni » et des kinésithérapeutes dits « démarqués », c'est-à-dire qui se sont retirés des listes des kinésithérapeutes des DDASS.

Selon la plus grande partie des ostéopathes en exercice, les décrets sont extrêmement néfastes et dangereux pour la profession par plusieurs points qui ressemblent étrangement au rapport Flexner du siècle précédent :

- L'obligation pour le patient de consulter un médecin généraliste afin que ce dernier établisse un certificat de non-contreindication de pratiquer l'ostéopathie quand il s'agit de femmes enceintes, de manipulations du crâne, de la face ou du rachis chez des nourrissons de moins de 6 mois et pour toute manipulation cervicale. Les manipulations gynécologiques et obstétricales et les touchers pelviens ou rectaux sont proscrits totalement. Critiques émises : comment un médecin généraliste qui ne connaît pas l'ostéopathie peut-il déterminer ces contreindications ? Comment est-il possible que la loi n'ait pas distingué des techniques aussi différentes que des thrusts (cracking) et des techniques



d'aisance tissulaire ? Le terme « manipulation » désigne les deux types de techniques indifféremment... alors qu'elles recouvrent des réalités radicalement différentes.

- Les études ont été diminuées de moitié en nombre d'heures et d'années : de 6 ans jusqu'alors nécessaires selon les professionnels en exercice, la loi décide que 3 ans suffisent. Des 5000 heures jusqu'alors enseignées, la loi ne demande plus que 2660, soit 1435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine et 1225 heures d'enseignement théorique et pratique de l'ostéopathie. Critique : c'est un niveau BTS quand l'exigence minimale au regard de praticiens de santé de première intention ressort du système LMD (Licence, Master, Doctorat) partout dans le monde occidental. L'Académie de médecine aura désormais raison de déclarer que ces praticiens ont un niveau de connaissances insuffisant.
- L'enseignement des techniques utilisant l'abord crânien et viscéral est proscrit (sous peine de non agrément de l'école) au motif qu'il n'existe pas de preuve scientifique d'une action de l'ostéopathie sur le fonctionnement d'un viscère ou du cerveau. Critique : la pratique de l'ostéopathie crânienne et viscérale n'étant pas, elle, interdite, il est permis de penser qu'il n'est pas nécessaire d'apprendre ces matières ni du point de vue théorique, ni pratique.

Avant la parution des décrets, et même avant la loi Kouchner, nous nous retrouvions pourtant ensemble, médecins, kinésithérapeutes et « ni-ni » dans les formations post-graduées. Nous avons pu faire alors l'expérience de ce qu'était une bonne main ou non. Les mains qui n'avaient pas d'expérience n'étaient pas bonnes du tout et nous pouvions discriminer très facilement les mains qui sentaient.

Les kinésithérapeutes qui ont suivi des formations courtes et parcellaires sont les plus privilégiés car ils peuvent continuer à pratiquer tout ce qu'ils font, à condition de ne pas nommer cela « ostéopathie ». Il leur est permis de manipuler les vertèbres, de recevoir des femmes enceintes et des nourrissons, avec leurs trois années de cours et même sans formation spécifique en ostéopathie, avec une simple attestation sur l'honneur qu'ils ont suivi le nombre d'heures de cours en ostéopathie suffisant. Ils n'ont pourtant que trois années d'études à plein temps quand les ostéopathes en ont six. Malgré ces inégalités patentées en leur faveur, ils se disent mécontents des décrets à cause des autorisations accordées aux ostéopathes « ni-ni ».

Mentionnons encore un groupe constitué des médecins et des kinésithérapeutes et « ni-ni » qui ne suivent que des formations brèves et pensent faire de l'ostéopathie parce qu'ils font craquer des vertèbres.

## **2.Histoire de l'ostéopathie jusqu'à nos jours**

### **2.1. Le paysage américain lors de la naissance de l'ostéopathie**

La naissance de l'ostéopathie paraît singulièrement logique lorsqu'on retrace l'histoire de la médecine officielle, les grands courants de pensée et les découvertes du début du dix-huitième siècle. Quelques éléments concernant le noyau familial

d'Andrew Taylor Still, son inventeur, dessinent les contours des acquis familiaux. Enfin son invention n'en reste pas moins intimement liée à ses qualités personnelles : un génie créatif étonnant auquel il convient d'ajouter une farouche liberté de penser et une honnêteté intellectuelle décisive.<sup>4</sup>

De 1760 à 1850 la médecine officielle des Etats-Unis, dénommée « médecine héroïque », avait été édictée par un médecin, Benjamin Rush qui, par sa célébrité et sa prose abondante, domina l'enseignement et la pratique de la médecine américaine. Rush avait conçu que la maladie était due à une tension des vaisseaux sanguins, provoquée par la fièvre, et que soigner consistait à éliminer la dite tension. Les deux moyens utilisés à cette fin étaient la saignée et la purgation des intestins. La saignée était pratiquée jusqu'à l'inconscience, relayée parfois par les sangsues. Les purges étaient autrement plus redoutables car le calomel, protochlorure de mercure (Hg<sub>2</sub>Cl<sub>2</sub>) utilisé pour son action sur le tractus digestif (antiseptique doux, vermifuge, décongestionnant du foie, cholagogue) provoquait un empoisonnement au mercure : salivation excessive, ulcération de la bouche, la chute des dents, douleurs gastriques et diarrhées sanglantes. Still a lui-même été « salivé » (intoxiqué au calomel) à l'âge de quatorze ans et en perdit ses dents. Les autres remèdes utilisés par la médecine officielle étaient l'opium et le whisky qui était consommé en si grande quantité qu'il représentait une véritable source de richesse pour le pays.<sup>5</sup>

La religion la plus courante en Amérique était alors le Méthodisme, doctrine évangélique protestante, fondée en Angleterre au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, sur les principes de John et Charles Wesley. Celle-ci proposait à ses fidèles une quête incessante de la perfection et de la moralité publique et œuvrait pour le bien-être social. Selon cette théorie perfectionniste, un Dieu parfait engendrait un genre humain parfait. La maladie était étroitement liée au péché originel qui était responsable également des blessures et de la mort. Le salut était possible grâce à la restauration de l'harmonie originelle de l'âme et du corps.

Wesley étudia la médecine et l'incorpora à son ministère. Il publia un ouvrage « Primitive Physick : an easy and natural way of curing most diseases » en 1847, livre qui devint la bible des remèdes que les Prêcheurs itinérants utilisaient pour soigner les malades pauvres qu'ils rencontraient. Cet ouvrage dissuadait les malades contre les remèdes héroïques pour proposer des remèdes botaniques peu coûteux, simples

---

<sup>4</sup> Still, A.T. (1897). *Autobiographie*. Paris: Sully, 2001, p. 155 « Je pense, Frère Georges, avoir maintenant un indice qui devrait nous aider beaucoup à manipuler cet ange déchu : il est fils de pasteur méthodiste, et certains d'entre eux sont de sacrés mauvais bougres. Je désire donc vous affranchir sur leurs méthodes pour que vous puissiez les combattre plus efficacement. Tout d'abord, il hait et craint l'alcool plus que tous les diables et l'enfer réunis. Ce n'est pas un homme policé : il dit tout ce qu'il pense quitte à mourir dans la tentative. Il hait le tartufe, le menteur, le voleur, le fanfaron, l'hypocrite et le fainéant, homme ou femme. Il paie toutes ses dettes et il est bon pour le pauvre, gagne facilement de l'argent, est probablement le meilleur anatomiste vivant actuellement. Il sait ce qu'il dit et ne dit que ce qu'il sait. Maintenant, vous connaissez ses points faibles et vous devrez le rencontrer à découvert... »

<sup>5</sup> Ibid. p. 153 « Vous savez que s'il continue comme il a commencé, des milliers de millions de tonnelets de bière, des millions de barils des meilleurs des plus vieux whiskies irlandais, anglais et écossais seront déversés dans la mer, sans personne pour pleurer cette perte. [...] D'où tirerons-nous nos ressources ? »

et traditionnels. Il préconisait aussi l'exercice physique, l'hygiène corporelle et la sobriété. C'est de cette façon particulière qu'Abram Still, père d'Andrew, fut initié à la médecine itinérante. Il acquit plus tard des connaissances sur l'art de guérir selon la tradition de soins amérindienne.

En effet, en 1853 Abram Still fut envoyé en mission dans les territoires indiens Shawnees. Il y fut rejoint par sa femme, son fils Andrew, alors âgé de 25 ans, et son épouse Mary ainsi que leurs deux premiers enfants Marusha et Abraham Price.

Durant toute la vie des Still (père et fils), l'Amérique a été divisée sur la question de l'esclavage. Les Still étaient radicalement dans le camp des abolitionnistes. Pour cette cause, Andrew s'engagea et partit au front 3 ans, tantôt au combat, tantôt pour soigner les blessés. Il avait alors 33 ans. Il y souffrit d'une hernie et de problèmes cardiaques mais resta très engagé toute sa vie, luttant pour cette cause à l'instar de son père et de ses frères et au mépris du danger.

Les prêcheurs méthodistes impressionnaient profondément les esprits par leurs récits apocalyptiques de l'enfer et d'un Dieu vengeur. Mais d'autres courants de pensée avaient déjà fait bouger ces croyances. Le progrès technologique fascinait aussi bien l'Occident que l'Amérique. En réaction, localement, une vague de spiritisme organisait des séances de conversations avec les esprits des morts, ce qui redonnait une sorte de spiritualisme dans un monde où le progrès technologique n'offrait plus qu'un horizon matérialiste.

Les progrès scientifiques sur les fluides et particules avaient poussé à l'adoption du mesmérisme : on soignait les corps et les esprits par l'électricité et le magnétisme. Les travaux sur les nerfs et leurs trajets favorisaient l'avènement de la phrénologie. On avait commencé à comprendre, même avec beaucoup d'erreurs, que certaines zones du cerveau pouvaient avoir des fonctions particulières. La connaissance faisait des pas de géant. Ces idéologies fascinaient les esprits et passaient tels des ouragans. Still en fut immanquablement imprégné.

Swedenborg, scientifique, inventeur, philosophe, psychologue et théosophe suédois dont certaines intuitions anticipaient le progrès scientifique de plus d'un siècle, avait notamment influencé son temps par un ouvrage : *Sagesse et amour divins* (1763). Il y proposait une approche de Dieu et de la réalité spirituelle à travers la réalité matérielle plutôt que par son rejet. C'est précisément le chemin que fera l'Amérique un siècle plus tard, non sans de grandes difficultés.

Ce fut en effet un véritable séisme qui secoua l'Amérique entre les années 1860 et 1870, quand l'évolutionnisme vint porter ses doutes sur la religion. D'abord connus par les orateurs et les revues scientifiques, les travaux de Darwin et de Spencer se trouvaient en complète contradiction avec la religion méthodiste alors dominante. Ce fut le début d'une révolution.

Si les deux ouvrages parurent simultanément - *l'Origine des Espèces* de Darwin (1859) et les *Premiers Principes* de Spencer (1861) - ce fut la philosophie de Spencer qui imprégna l'Amérique à partir de 1870 parce qu'elle intégrait la connaissance, le perfectionnisme et le progrès au concept darwinien d'évolution. Non, un Dieu vengeur ne punissait pas l'humanité de son péché originel, l'évolution, tout au contraire, améliorait lentement les espèces. Spencer trouva même une façon de préserver une forme de transcendance, un Dieu qui resterait énigmatique : « Pour faciliter le processus, Spencer inventa le terme *inconnaissable*, prétendant que les réalités ultimes de la science et de la religion ne pouvaient pas être connues. »<sup>6</sup>

Still allait trouver chez Spencer le cadre conceptuel qui convenait le mieux à ses intuitions : « c'est Spencer qui [...] popularisa les concepts de cause et d'effet, de structure et fonction, de fonctionnement holistique de l'organisme dans lequel chaque partie est reliée au tout. »<sup>7</sup>

Voici, très brièvement, le tableau des débats d'idées en Amérique à cette époque.

## 2.2. Andrew Taylor Still et sa famille

Conforme à son époque, la famille parentale de Still a été un exemple de conviction religieuse : Abram dévoua toute sa vie au prêche. Ici les actes étaient conformes aux paroles : le prêche était vraiment toujours prioritaire, l'alcool était véritablement banni. Le courage semblait un mode de vie évident : le père partait dans les pires conditions, tuant les ours (on considérait qu'un prêcheur ne tuait pas moins de mille deux cent ours dans sa carrière) et bravait les loups autant que la nature où il devait survivre seul et sans abris par tous les temps.

La détermination reposait sur une foi apparemment inébranlable : perdant tout et à plusieurs reprises, rien ne semblait pouvoir arrêter ni décourager ces tempéraments de pionniers exigeants avec autrui autant qu'avec eux-mêmes.

Cette exigence n'était pourtant pas un entêtement rigide car par ailleurs cette famille a montré des grandes qualités de cœur. En 1786 les grands-parents de Martha, épouse de Abram Still avaient été massacrés avec la plupart de leurs enfants par les indiens Shawnees ; son père avait été fait prisonnier et vendu. Or Abram fut désigné pour aller prêcher dans leurs territoires au Kansas. Carol Trowbridge, dans son ouvrage si bien documenté raconte : « Pendant le long voyage de retour, Abram dut se répéter de nombreuses fois la manière dont il allait annoncer la nouvelle de sa nomination, mais finalement, n'ayant pas trouvé de moyen diplomatique pour annoncer la nouvelle à son épouse, il lança :

- *Que penserais-tu d'aller au Kansas comme missionnaire parmi les Indiens shawnees ?*
- *Les Indiens shawnees, la tribu qui a fait mon père prisonnier et massacré mes grands-parents ?*
- *Ils ont fait cela, mais c'était il y a soixante-quinze ans et maintenant, femme, nous sommes choisis par le congrès pour y aller et en retour leur enseigner qui est Jésus.*

---

<sup>6</sup> Trowbridge, C. (1991). *Naissance de l'ostéopathie*. Trad. Tricot P. et Francès J.-H., Vannes : Sully, p. 158

<sup>7</sup> Ibid. p.158

Selon sa sœur Mary qui raconta l'événement, Martha quitta la pièce en pleurs pour prier. Lorsqu'elle revint, quelque peu calmée, Abram lui dit qu'il devait partir bientôt et qu'elle et les enfants devaient vendre les réserves et se préparer pour son retour au printemps, moment où ils partiraient pour embarquer et enseigner *les enfants de ces Indiens à moitié civilisés* ». Lorsqu'ils furent installés en ces territoires, Martha et son mari s'y intégrèrent véritablement, créant des liens personnels avec les Indiens ; au-delà du prêche Abram passa beaucoup de temps à les soigner avec son fils Andrew.

De ce terreau familial Andrew hérita du concept de santé par l'hygiène et de la prévention contre l'alcool. Il fut d'abord agriculteur en arrivant en territoire Shawnee en 1853. Après un désastre survenant à sa récolte et n'ayant plus rien, il se mit à aider son père qui s'occupait des Indiens malades. Il apprit ainsi leurs remèdes botaniques traditionnels et ceux de Wesley.

Still était en même temps loin d'être indifférent aux avancées technologiques : s'intéressant aux machines à partir de 1855 il suivit des cours sur l'exploitation pratique des mécanismes de meunerie. Une de ses inventions fut d'améliorer une faucheuse, ce qui fit la fortune d'un fabricant, une autre une machine à baratter le beurre « avec roues de transmission, pignons et tringles pour rompre la coque de caséine ». Plus qu'une prime reconnaissant cette invention, ce qui importait surtout était le lien que Still faisait entre la mécanique et la chimie... Still était un curieux, un inventif, un ingénieux ...

Cette soif du nouveau était sans doute nécessaire car Still a été très régulièrement confronté à la mort : marié à vingt ans, il perdit d'abord un premier enfant, George W. à vingt-six ans, puis à trente-et-un ans un deuxième enfant, Lorenzo W. ainsi que sa première épouse Mary Margaret. Il se remaria à trente-deux ans, puis perdit Dudley T. (bébé) à trente-trois ans, puis trois enfants d'une épidémie de méningite à trente-cinq ans : Abraham Price, onze ans, Susan G, sept ans et Marcia Lone, un an. Enfin quand il eut soixante-trois ans son bien-aimé fils Fred, alors âgé de vingt ans, fut tué dans un accident de cheval. Au total, Still a perdu une épouse et sept de ses douze enfants, trois en bas âge, trois de l'épidémie et Fred de l'accident.

Il est célèbre que c'est la disparition de ses trois enfants en 1864 lors de l'épidémie de méningite qui a le plus profondément bouleversé Still ; il en concevait une profonde injustice et ce fut pour lui l'occasion de devoir choisir entre la faute de Dieu et celle des hommes. Peut-être parce qu'il avait goûté de façon précoce et dans son corps la toxicité des remèdes humains, il pencha déjà intuitivement à ce moment pour la faute humaine.

De nombreux indices permettent de penser que c'est aussi la révolution de Spencer qui a déclenché ce que Still a appelé « sa révélation » : auparavant, « il pensait qu'Il [Dieu] était imperfection, même rien qu'un peu, et que cette imperfection pouvait être compensée par les drogues ». A partir de l'apparition de l'Inconnaissable présidant à l'origine et à la fin des espèces, Dieu devint le Grand Architecte, le Dieu

### *3. Recherche théorique. A/ L'Ostéopathie*

Nature ayant créé l'Homme ainsi que tout dans la nature parfait. Puisque les espèces s'amélioraient par l'évolution, c'était alors mieux comprendre les desseins divins que d'aider l'Homme à retrouver un corps parfait naturellement plutôt qu'en l'empoisonnant.

Dans cette conception, la maladie ne pouvait être qu'une mauvaise compréhension des outils qui avaient été placés dans le corps par Dieu pour entretenir ou restaurer la bonne santé. A l'identique de la pensée de Swedenborg, Dieu se trouvait autant dans la matière que dans l'Esprit. Et Still devenait « ami de Dieu » quand il permettait au corps de restaurer son harmonie naturellement.

Adopter le principe évolutionniste de Spencer éclairait ce qui était demandé à l'Homme et donna véritablement un sens à la vie de Still. Il y réfléchit et médita longuement, ce qui le marginalisa beaucoup de ses contemporains les plus proches. Il en était venu à passer pour un excentrique à éviter. On trouvait qu'il confrontait trop ouvertement les pro-esclavagistes, la médecine héroïque et les pouvoirs religieux qui le tançaient de blasphème.

Cela se passait 10 ans déjà avant la naissance de l'ostéopathie. La conviction d'une santé naturelle entravée par l'ignorance, l'alcool et les toxiques était acquise. L'alcool et les toxiques étant déjà bannis, l'ignorance fut attaquée par l'anatomie. Savoir comment libérer les remèdes naturels du corps devint un engouement, une recherche forcenée. Il fallait comprendre l'homme « de l'intérieur ». Par la dissection de cadavres shawnees en particulier, il étudia les corps très minutieusement pendant les dix années suivantes. Il était, paraît-il, véritablement obnubilé par les notions spencériennes de cause et d'effet à cette époque.

Après la guerre et lorsque son père décède, Still, alors âgé de 40 ans, aurait suivi des cours dans une école de médecine mais il aurait renoncé à aller jusqu'au diplôme par dégoût de l'enseignement. A cette époque, l'école de médecine proposait aux étudiants d'assister à deux années de conférences, la seconde étant similaire à la première, sans enseignement clinique, et la plupart des étudiants étant illettrés, l'examen n'était qu'oral. Cela n'empêcha pas Still d'être médecin-chirurgien pendant la guerre de Sécession ni d'être installé pendant de nombreuses années comme médecin classique.

En 1874, lorsqu'une invasion de sauterelles ravage tout le Kansas Still décide de partir comme beaucoup de contemporains. Il est âgé de quarante-six ans et n'a plus rien. Invité par un de ses frères au Missouri, il s'y installe, rejoint par sa famille peu après, d'abord à Macon puis à Kirksville.

Still raconte dans son Autobiographie les deux expériences ayant inauguré la découverte de l'ostéopathie, ce qu'il date du 22 juin de cette même année : « souffrant de dysenterie, [...] Still découvrit que son abdomen était froid ; le dos lui faisait tellement mal qu'il en était pitoyable. Il plaça le bas de son dos en travers d'un

rondin pour replacer les os déplacés à leur position normale et la douleur cessa, son abdomen se réchauffa et sa fièvre disparut. Dans la rue de Macon, observant un enfant souffrant de la même condition, Still offrit ses services que la maman accepta. Plaçant les mains sur le bas du dos de l'enfant, il trouva que, comme dans son propre cas, il était chaud alors que l'estomac était froid. Pensant qu'il y avait une entorse ou une dislocation partielle de la colonne ou des côtes, Still commença à la base du cerveau, trouvant dans les muscles et les ligaments le long de la colonne des endroits rigides et d'autres relâchés. Utilisant une technique de toute évidence dérivée du magnétisme, il traita l'enfant en appliquant des pressions pour déplacer quelques zones chaudes vers les froides et en ajustant les os pour libérer les apports nerveux et sanguins vers les intestins. Le lendemain, la mère rapporta à Still que l'enfant allait bien. Au cours de l'automne et sans utiliser aucune drogue, Still guérit ainsi de nombreux cas de dysenterie, mais il ne savait pas alors comment cela fonctionnait exactement. »<sup>8</sup>

Still restera toujours modeste à l'égard de cette découverte : « Je ne prétends pas être l'auteur de cette science qu'est l'ostéopathie. Elle n'a pas été formulée par une main humaine ; je ne réclame pas d'autre honneur que celui de l'avoir découverte. »<sup>9</sup>

De 1874 à 1883 (47 à 56 ans), Still utilisa surtout des techniques phréno-magnétiques, puis il intégra les techniques de reboutement. A partir de 1890 (63 ans), il s'est présenté comme un rebouteux éclair avec sans doute des techniques de thrust direct. Les causes mécaniques de la maladie lui étaient devenues évidentes.

A soixante-quatre ans, il créa l'ASO (American School of Osteopathy). Trois ans plus tard les premiers diplômés reçurent un titre de D.O. (diplômé d'ostéopathie), ce qui déjà les rendait illégaux dans la pratique des soins dans le Missouri. A l'époque, les statuts de l'ASO auraient permis de conférer un diplôme de M.D (Medicine Doctor), mais Still n'avait pas opté pour cette solution. Toujours est-il que quatre années plus tard, trente mille traitements ostéopathiques furent administrés dans le dispensaire de l'école, en 1895, c'est-à-dire l'année même de son inauguration.

Très au fait des parutions scientifiques, Still conçut plus tard que les nerfs n'arrivaient pas à conduire correctement « les fluides de la vie ». Il chercha comment décontracter les muscles et enlever l'obstruction des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il adopta alors et jusqu'à sa mort des techniques de tissus mous, muscles et ligaments, fascias, viscères, traitements circulatoires et techniques réflexes sur les centres nerveux. L'ostéopathie évoluait.

Trois années plus tard, Daniel David Palmer, un magnétiseur de Davenport dans l'Iowa, qui était venu à Kirksville en 1893 officiellement comme patient, annonça avoir découvert la chiropraxie, méthode de guérison par manipulation, similaire à la

---

<sup>8</sup> Ibid. p. 180

<sup>9</sup> Ibid. p.179

technique ostéopathique de Still. S'il y avait bien une différence par l'évolution de Still, le public fut incapable de discerner les différences entre les deux systèmes.

En résumé Still montre des qualités de détermination face à l'abolitionnisme et de courage sans faille au combat. On doit encore reconnaître qu'il a beaucoup d'humilité. Il était humble et paradoxalement sûr de lui. A la différence des gens soumis, son humilité ne restreignait jamais son sens aigu de la liberté : un jour où son fils avait tâché de le convaincre de rencontrer un personnage important et l'avait par sûreté enfermé dans son bureau , il s'était sauvé par la fenêtre, empochant son anatomie de Grey pour la lire dans le pré voisin. Still était un malicieux.

En fonction des circonstances, il faisait des blagues pour faire comprendre à ses amis leurs défauts, ou bien devenait caustique envers les prétentieux : quand un jeune riche imbu de sa personne le consulta avec un pré-diagnostic d'eau dans le cerveau, Still commenta après quelques instants qu'il ne voyait aucune trace de cerveau. Alors que Still désorganisait totalement sa vie pour les plus pauvres, il ignorait ostensiblement ses rendez-vous avec les plus riches. Très anticonformiste face à la médecine héroïque, il fut en revanche tout à fait curieux et instruit des dernières découvertes scientifiques. Le respect était une de ses qualités premières : respect des tissus, égalité des sexes, liberté de pensée et des idées religieuses d'autrui. Il était doté d'une insatiable curiosité concernant l'être humain, pour le corps vivant par l'observation et l'expérimentation et bien sûr pour l'anatomie par la dissection.

Doué d'une grande intuition, il pressentait visiblement les directions qui le mèneraient vers ce qui lui importait quand il l'ignorait encore. Il captait les idéologies qui arrivaient à sa connaissance, réfléchissait, extrayait les concepts qui lui convenaient, rejetait les autres et reprenait imperturbablement sa route. Toute connaissance devait être examinée, concassée et triturée avant qu'il ne la fasse sienne. Ce faisant, il avançait toujours et l'ostéopathie se modifia sans cesse dès sa naissance, mais ses choix étaient forts et il ne se dirigeait jamais que selon son intime conviction.

Il continuait d'examiner sérieusement tout ce qu'il rencontrait sur son chemin, mais dès qu'on tentait de faire dévier l'ostéopathie de ses principes fondateurs, il était lapidaire. Sa phrase la plus célèbre dans ce domaine est sans aucun doute : « Keep it pure, boys, keep it pure ! ». D'ailleurs si un professeur enseignait l'anatomie dans son école sans faire le lien avec l'ostéopathie, il le piquait au vif devant sa classe. Still avait un vrai génie mécanique pour des inventions technologiques et une grande habileté manuelle au vu de ses capacités de reboutement. Si toutes ces qualités étaient nécessaires à sa découverte, ce qui a été déterminant, selon nous, ce sont sa formidable honnêteté intellectuelle et son opiniâtre liberté de pensée. Cette dernière devait lui paraître essentielle puisqu'il en avait fait la pierre angulaire de son école.



## 2.3. Description de l'ostéopathie

### 2.3.1. Définition de l'ostéopathie

Dans son premier livre<sup>10</sup>, Still définit l'ostéopathie comme science « **de l'esprit, de la matière et du mouvement** ». Qu'est précisément l'esprit dans sa conception ? Et quels rapports entretiennent-ils ? Still définit cela clairement dans son second ouvrage<sup>11</sup>, deux années plus tard :

*En premier, le corps matériel, en second, l'être spirituel, en troisième, un être de pensée de loin supérieur à tous les mouvements vitaux et aux formes matérielles, dont le devoir est de diriger sagement ce grand mécanisme de vie. Ce grand principe que nous appelons esprit, doit dépendre pour toutes les preuves des cinq sens et, fondées sur ce témoignage, toutes les conclusions mentales sont fausses et les ordres émanant de cette cour mentale sont émis pour se déplacer vers un quelconque point ou s'arrêter en quelque endroit. C'est pourquoi, pour obtenir de bons résultats, nous devons nous mêler aux vérités de la nature et voyager en harmonie avec elles. Lorsque cette grande machine – l'homme – cesse de bouger dans toutes ses parties, ce que nous appelons mort, le couteau de l'explorateur ne découvre plus ni mouvement ni esprit. Il découvre seulement de la matière élaborée sans moteur pour la mettre en mouvement et sans esprit pour la diriger.[...] Supposons que l'explorateur soit capable d'ajouter le principe de mouvement, nous discernerions immédiatement une action, mais ce serait une action confuse. Ce ne serait pas encore l'homme que nous désirons produire. Un ajout est indispensable pour contrôler ce corps mobile, ou machine, c'est l'esprit. Cela étant ajouté, alors la machine entière œuvre comme un homme. Les trois, lorsqu'ils sont unis en pleine activité, peuvent produire la chose désirée – achevée.*

### 2.3.2. Définition du rôle de l'ostéopathe

Si les principes philosophiques et les avancées scientifiques ont occupé Still en permanence afin de « se mêler aux vérités de la nature », cela accompli, l'action à mener devenait simple :

*Il importe peu à l'homme de savoir de quel lieu – un endroit ou un autre – viennent esprit, mouvement et matière. Ils entrent tous dans sa composition et ce qui l'intéresse, c'est de les maintenir en état de santé. » [...] Le médecin n'est pas tenu de fournir à ses patients esprit, matière et mouvement. Son travail, c'est de maintenir le corps ajusté de manière qu'il puisse subvenir seul à ses besoins, grâce à son cerveau et ses muscles ; esprit et mouvement apparaissent alors qui fournissent au laboratoire les produits chimiques les mieux choisis et protègent de la maladie. Organes et nutriments sains maintiennent l'humain en bonne santé. Le médecin peut aider en maintenant les organes en bonne place. Il peut le faire s'il connaît la forme et le fonctionnement des différentes parties du corps. S'il ne les connaît pas, il ne peut guère aider le malade.*

Le travail est de maintenir le corps ajusté. Comment ? Et comment cela fonctionne-t-il ?

<sup>10</sup> Still, A.T. (1897). *Autobiographie*. Vannes : Su1ly, 1998, p.208. : « Nous développons l'ostéopathie. Quel âge a-t-elle ? Donnez-moi l'âge de Dieu et je vous donnerais l'âge de l'ostéopathie. C'est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement ».

<sup>11</sup> Still, A.T. (1899). *Philosophie de l'ostéopathie*. Vannes : Sully, 1999, p. 30.

*En premier, par l'ajustement normal de la charpente osseuse, l'ostéopathe recherche la perfection physiologique dans la forme, de sorte que les artères puissent délivrer le sang nécessaire à nourrir et construire toutes les parties ; également pour que les veines puissent emporter toutes les impuretés ce qui conditionne la rénovation ; également que les nerfs de toutes sortes puissent être libres et non obstrués en appliquant les forces de la vie et du mouvement à toutes les divisions et à tout le système du laboratoire de la nature... Je ne connais aucune partie du corps égalant le fascia comme terrain d'investigation. [...] Toutefois chaque partie est, là où elle se situe, tout aussi grande et utile que n'importe quelle autre<sup>12</sup>.*

### 2.3.3. Les quatre lois fondamentales

Les grands principes de la nature concernant le corps sont édictés simplement en quatre grands concepts desquels Still ne dérogera jamais :

a – **Le corps est une unité biologique** dont toutes les parties forment un tout qui dépasse la somme de ses parties : c'est une unité écologique, liée à l'environnement et aux autres hommes.

b – **Principe d'autodéfense et d'autorégulation du corps** : "Si on rétablit un corps parfaitement en rééquilibrant ses structures, la nourriture et le repos sont seuls nécessaires pour aider la nature à faire le reste."<sup>13</sup>

c - **unité et continuité de la structure**, c'est-à-dire du système myo-squelettique, des organes et viscères, et des systèmes vasculaire, lymphatique et nerveux par le fascia : « si nous écrivons beaucoup sur l'universalité du fascia, c'est pour impressionner le lecteur avec l'idée que cette substance de connexion doit être libre dans toutes ses parties. [...] Ainsi, une connaissance de l'étendue universelle du fascia est presque impérative et elle est une des aides les plus précieuses pour celui qui cherche la cause de la maladie. »<sup>14</sup>

d - **Interrelation des structures et des fonctions**. Les fonctions sont perturbées localement et à distance par les structures : "Les structures en harmonie permettent une bonne innervation et une bonne circulation. Un trouble des structures entraîne des dysfonctions". Réciproquement, des fonctions dérégulées dérangent la structure.

Un cinquième élément est souvent cité, c'est la **règle de l'artère**, selon laquelle restaurer la liberté de l'apport sanguin artériel doit toujours être la priorité de l'ostéopathe.

---

<sup>12</sup> Still, A. T. (1899). *Philosophie de l'ostéopathie*. Vannes : Sully, 1999 p. 27.

<sup>13</sup> Still, A. T. (1910). *Recherche et pratique en ostéopathie*. Vannes : Sully, 2001.

<sup>14</sup> Still, A.T. (1899). *Philosophie de l'ostéopathie*. Vannes : Sully, 1999, p. 139.

#### 2.3.4. Les moyens

Still était très pragmatique ; il souhaitait que le corps retrouve la santé après qu'on ait remplacé le squelette dans son équilibre naturel. A chacun de trouver comment faire, Still est formel sur ce sujet : *« Je désire exprimer clairement qu'il existe de nombreux moyens pour ajuster les os. Et lorsqu'un praticien n'utilise pas la même méthode qu'un autre, cela ne démontre aucunement de l'ignorance criminelle de l'un ou de l'autre, mais simplement deux moyens différents pour obtenir des résultats. Un habile mécanicien possède plusieurs méthodes par lesquelles il peut parvenir au résultat désiré. Un point fixe, un levier, une torsion ou la force d'une vis peuvent être utilisés par tous les mécaniciens et le sont effectivement. Le choix des méthodes doit être décidé par chacun, et dépend de sa propre habileté et de son jugement. Un praticien est droitier, un autre gaucher. Ils choisiront différentes méthodes pour accomplir la même chose. Chaque praticien devrait utiliser son jugement personnel et choisir sa propre méthode pour ajuster tous les os du corps. Le problème n'est pas d'imiter ce que font avec succès quelques praticiens, mais de ramener un os de l'anormal au normal. »*<sup>15</sup>

Apprendre des techniques de Still durant ses cours s'avérait extrêmement difficile. Il insistait sur la philosophie ostéopathique et la connaissance anatomique bien davantage que sur les techniques. Il mettait l'accent sur la concentration et le sens tactile bien développé. Chaque technique devait être précise et en fonction de l'état des tissus. Couramment, il faisait la démonstration d'un traitement sur un patient réel, et semblait ne jamais répéter une forme particulière de technique.

*« Le mot d'ordre de Still était easy does it (il faut y aller doucement). [...] Lippincott dira : Il est évident que le Dr Still traitait ses patients avec soin et avec la considération nécessaire pour la délicatesse et le bien-être des tissus sous ses doigts. Il est aussi évident qu'il transmettait aux étudiants sous sa supervision ce même respect total pour les tissus, les structures et leur fonctionnement. Par la suite, avec l'arrivée du nouveau siècle, il devint populaire chez les beaucoup plus jeunes docteurs vigoureux et enthousiastes, de traiter avec vigueur et enthousiasme. Ils développèrent des techniques qui produisaient un « pop » sans considération de la force nécessaire pour l'obtenir.*<sup>16</sup>

Sans doute parce que Still a utilisé des manipulations de reboutage au début, et aussi parce que les élèves étaient incapables au départ de reproduire ses traitements sans thrust, des ostéopathes ont privilégié ces techniques plus directives pour « ajuster la charpente » au point de ne plus faire que cela. Still a néanmoins mis en garde les ostéopathes en précisant ultérieurement que ce « craquement » *n'est pas un critère auquel se fier. Les os ne craquent pas toujours quand ils se remettent en place, pas plus que le craquement ne signifie qu'ils sont correctement ajustés.*<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Still, A.T. (1910). *Ostéopathie, recherche et pratique*. Vannes : Sully, 2001, p.44.

<sup>16</sup> Fossum, C. (2005). Histoire et développement des techniques ostéopathiques. *ApoStill*, N°16, 28.

<sup>17</sup> Still, A.T. (1910). *Ostéopathie, recherche et pratique*. Vannes : Sully, 2001, p.42.

### 2.3.5. L'œuvre de Sutherland

Né en 1873, William Garner Sutherland reçut son diplôme des mains de Still en 1900. Après une étude méthodique minutieuse des articulations et des sutures crâniennes et de très nombreuses années d'expérimentation de multiples contraintes mécaniques sur son propre crâne, il a postulé l'existence d'un Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP) susceptible d'être altéré par différentes lésions mécaniques crâniennes. Il décrit cinq composants du MRP : une triade motrice : le mouvement inhérent du cerveau, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, les tensions réciproques des membranes crâniennes et rachidiennes. La motilité<sup>18</sup> des os du crâne et du sacrum sont les deux conséquences. Ce mouvement se répercute aussi dans tout l'organisme par le jeu des membranes ou fascias (notamment sur l'axe crânio-sacré mais aussi au niveau des membres).

Le MRP, dont la perception subtile demande un long apprentissage manuel, est décrit par les ostéopathes comme une sensation de fluctuation liquidienne, plus lente que la respiration thoracique, 10 à 12 fluctuations par minute, perceptible à la main. Pour Still, c'est la Vie qu'il suppose être une « substance ». Sutherland parle, quant à lui, du « Souffle de vie ».

Malgré son statut actuel de non scientificité, le MRP, parfois nommé MRT (mécanisme respiratoire tissulaire) est fondamental car il est le point de convergence de tous les ostéopathes fonctionnels, pour lesquels il sert de guide pour le diagnostic et le travail tissulaires. Au cœur du principe d'autoréparation, il est aussi la raison d'une position d'écoute du praticien qui suit les demandes des tissus.

Aujourd'hui on ne parle plus guère de mobilité crânienne mais de motilité et de plasticité des os et des sutures. Différents modèles explicatifs de la respiration tissulaire existent. Nous n'avons pas jugé opportun d'axer notre travail dans cette direction car nous n'avons pas les compétences nécessaires. Il nous paraît néanmoins important de citer les travaux scientifiques nombreux qui ont été faits à ce sujet. Une liste assez exhaustive des articles prouvant et réfutant l'existence de cette compliance crânienne est présentée d'une part sur un site d'ostéopathie<sup>19</sup> et d'autre part dans l'ouvrage de Le Corre et Toffaloni<sup>20</sup>.

En ce qui nous concerne, nous avons retracé notre chemin du doute jusqu'à la perception dans les annexes. Ceci concerne notre expérience de thérapeute mais aussi celle de patiente de la technique. Enfin nous ajouterons que les perceptions des ostéopathes utilisant l'abord crânien sont à leur avis toujours perceptibles si la main est correctement éduquée et alors très comparables.

---

<sup>18</sup> La motilité désigne la nature d'un élément en ce qu'il fait des mouvements tandis que la motilité insiste sur sa capacité à les produire.

<sup>19</sup> <http://www.osteopathie-france.net/Principes/cranien-presentation.htm> consulté le 8 mai 2008 qui présente une revue de littérature assez exhaustive.

<sup>20</sup> Le Corre, F. & Toffaloni, S. (1996) *L'Ostéopathie*. Paris : PUF, Que sais-je 3139, 2007, p.103-107.

Il est permis de penser que la libération des tensions myofasciales dans ce carrefour artério-veineux et nerveux majeur que représente la région sous-occipitale a, au moins, une action globale vasculaire relayée par les astrocytes qui représentent 90% de la masse cérébrale. Les connaissances scientifiques à propos de cette structure gliale sont en progression extrêmement rapide et les données récemment acquises remettent en cause la vision du « tout neurologique » propre au monde scientifique au XXème siècle.

### 3. Représentations de l'ostéopathe à propos de l'ostéopathie

#### 3.1 – Les deux approches : fonctionnelle et structurelle<sup>21</sup>

3.1.1. L'**approche fonctionnelle** réalise l'ajustement de la charpente par l'élimination des tensions des tissus conjonctifs et musculaires. Originale par rapport à toutes les autres thérapies, l'ostéopathie privilégie l'ensemble du tissu conjonctif fibreux : membranes, aponévroses, gaines, cloisonnements, ligaments, tendons, tous issus du tissu mésenchymateux.

Les fascias sont omniprésents dans le corps ; ils entourent tous les éléments du corps : les viscères (ex : péricarde) les os (périoste), les nerfs, les veines et artères (jusqu'aux moindres ramifications), les vaisseaux lymphatiques et les muscles. Les fascias ont, en fonction de leur rôle, différentes consistances allant de la viscosité semi-liquide (pour protéger le rein) à la faible élasticité du ligament (pour protéger l'articulation), ils forment autour des muscles une sorte de peau peu élastique, puis regroupent certains groupes de muscles pour coordonner des actions musculaires et permettre des mouvements précis.

Ils forment des cloisons jusqu'à l'intérieur des organes, les suspendent à leurs supports (osseux, vasculaires, autres viscères) : *les fascias constituent une suite tissulaire ininterrompue allant de la tête aux pieds mais aussi de l'extérieur à l'intérieur*. A aucun moment il n'y a interruption au niveau des fascias, ils prennent seulement des relais sur les structures osseuses (en s'interpénétrant avec les trabéculations osseuses par les fibres de Sharpey) et, au plus profond, ils baignent la cellule dans sa substance fondamentale, assurant la communication entre les milieux intra et extracellulaires. Les fascias maintiennent la posture, amortissent les contraintes, protègent contre les chocs. Ils se regroupent en chaînes fasciales pouvant se transformer en chaînes lésionnelles. Enfin ces chaînes fasciales s'articulent entre elles.<sup>22</sup>

En ostéopathie fonctionnelle tous les éléments du corps sont travaillés en tant que tissus capables de relâcher des tensions anormales eux-mêmes ou capables, par

<sup>21</sup> C'est par commodité que nous gardons la première nomenclature qui désignait par « structurel » le travail par thrust et « fonctionnel » le travail sans thrust. Mais, si elle est encore la plus fréquente dans la littérature ostéopathique, cette nomenclature n'est plus pertinente dans le vocabulaire ostéopathique actuel au sein duquel on nomme fonctionnelle une technique qui va dans le sens d'aisance tissulaire (technique dite indirecte) tandis qu'on nomme structurelle la technique qui va dans le sens de mise en tension (technique dite directe). Ainsi, des techniques dites structurelles aujourd'hui sont susceptibles de ne pas comporter de thrust. Ce changement a été opéré depuis les années 1970 par l'European School of Osteopathy qui a remplacé « direct » par structurel et « indirect » par fonctionnel.

<sup>22</sup> Paoletti, S. (2002). *Les Fascias, rôle des tissus dans la mécanique humaine*. Vannes : Sully, 2002, p.13-14.

modification de positionnement des uns par rapport aux autres, de produire un tel relâchement des tensions anormales localement et à distance. Le but est de restaurer la physiologie optimale des systèmes vasculaires et nerveux, ce qui a une influence considérable sur la qualité du métabolisme tissulaire. Dans cette approche, les « blocages » articulaires, plus précisément nommés « restrictions de mobilité articulaires » sont eux aussi traités par les tissus mous environnants mais aussi du corps entier. Le traitement s'organise alors sur des chaînes de tension pouvant aller d'un bout à l'autre du sujet et avec des zones plus denses et des attaches densifiées spécifiques au sujet.

L'ostéopathie fonctionnelle est insolite pour les patients qui ont *a priori* une autre représentation d'un traitement ostéopathique. Elle n'est pas du tout à la mode dans le milieu ostéopathique, pas non plus reconnue par l'Académie de médecine. C'est pourtant cette approche-là de l'ostéopathie que nous avons choisie d'étudier de près dans ce doctorat. Gordon Waddell, chirurgien orthopédique, mondialement reconnu et à la pointe de la recherche sur le sujet, prétend aussi que c'est un abord spécifique et nécessaire de l'ostéopathie :

*« Pendant plus de 100 ans, les praticiens de la médecine orthodoxe, orthopédistes et biomécaniciens, ont cherché une cause structurelle du mal de dos. Ils se sont focalisés sur les atteintes des tissus ou sur les accidents mécaniques, que cela soit dû à une blessure unique ou une blessure par fatigue résultant de charges répétées. Les premiers concepts ostéopathiques de déplacement et chiropratiques de subluxation, d'une certaine façon, reflètent la même approche. Les chirurgiens et les ingénieurs ont focalisé leur recherche sur la colonne vertébrale et sur les disques, mais ceci peut n'être que le reflet de leurs intérêts et habiletés. Il se peut que la colonne soit simplement plus accessible que d'autres structures aux investigations médicales et expérimentations de laboratoire. Cette approche a été très instructive pour les traumatismes spinaux, les prolapsus discaux et les problèmes de racine nerveuse, mais elle a échoué à trouver la cause du mal de dos. Peut-être après tant de recherches infructueuses, nous devrions questionner notre présupposé de départ que la lombalgie est due à une blessure et un dommage structurel. Les « tissus mous » du dos peuvent être au moins aussi importants, ou même plus importants dans la douleur dorsale. Il y a une connaissance extensive de ces tissus mous dans les médecines alternatives qui doit être intégrée dans la recherche médicale et biomédicale. (...) Il y a un débat considérable en anatomie sur l'éventualité qu'un muscle soit un site de douleur dorsale. Il y a des mécanorécepteurs dans les tendons et les insertions musculaires qui peuvent augmenter la douleur. Il y a des nocicepteurs dans la région des vaisseaux sanguins et dans le fascia. Il est douteux que les fibres musculaires elles-mêmes puissent produire de la douleur, mais les fuseaux sont sensibles aux stimuli mécaniques. Si un muscle se contracte dans des conditions d'ischémie, la douleur se développe en une minute. Cela augmente la sensibilité à l'étirement et le tonus musculaire ».*<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Waddell, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto : Churchill Livingstone, p.137. Traduit par nous.

En ostéopathie fonctionnelle le praticien prend en compte, pour son diagnostic et son action, la globalité du corps. Les tensions sont diagnostiquées :

- 1- par une attraction des tissus sains vers les zones en lésion,
- 2- par une restriction de la mobilité des tissus en tension, qui sont peu élastiques, fibrosés parfois,
- 3- par une respiration tissulaire diminuée dans les tissus en tension.

Ce travail du praticien est lent, doux, sans thrust (cracking). Le relâchement des tensions est obtenu par un retour progressif, induit par les tissus myo-fasciaux eux-mêmes et accompagnés par le praticien, dans la position d'aisance tissulaire. Cette action, de façon surprenante, ramène souvent la zone concernée dans la direction dite de lésion, c'est-à-dire celle qui a été imprimée dans les tissus au moment du traumatisme. Par exemple si un traumatisme a imprimé une « lésion » de rotation externe d'un membre, c'est-à-dire si un bras a été tordu en supination, c'est dans la même rotation externe que les tissus vont avec aisance. Le praticien doit trouver le maximum d'aisance dans les trois directions : droite/gauche, haut/bas, superficie/profondeur.

*« Nous contactons la région avec le plat des doigts et comprimons lentement, très lentement, la zone. Le temps est ici un paramètre essentiel. Rappelons le comportement du bateau en réponse à la poussée qui lui est imposée : si la poussée est trop rapide et trop forte, le bateau résiste et répond dur. Si la poussée est trop lente, le bateau ne bouge pas. Seule une poussée adaptée aux paramètres en présence ébranle le bateau. Au moment où il y a syntonisation, accord entre la densité du praticien et celle de la structure, la perception de la structure devient de type plastique. Nous la ressentons, os compris, comme déformable et présentant une certaine souplesse. En même temps, la structure, comme le bateau, tend à se mettre en mouvement. Il convient alors de suivre la direction qu'elle nous indique... »<sup>24</sup>*

Dans cette position d'aisance, les tissus relâchent leurs tensions anormales et après un ajustement précis et un temps variable atteignent un point d'équilibre (still point) puis retrouvent leur forme et leur position de santé<sup>25</sup>. Nous appelons cela le « travail » du patient, le travail du corps du patient.

Rollin E. Becker, un des pionniers américain explique (1934) :

*Du point de vue pratique : le praticien choisit la région qu'il va traiter en premier (...) Le praticien place sa ou ses mains sur ou sous le corps du malade au niveau des tissus du point clé et applique un degré modéré de compression contrôlée dans la direction des tissus impliqués (...) La physiologie du corps du malade commence à manifester une activité d'échanges rythmiques équilibrés au niveau des tissus sollicités. Cette activité est*

<sup>24</sup> Tricot, P. (2002). *Approche tissulaire de l'ostéopathie*. Livre 1. Vannes : Sully, p.115.

<sup>25</sup> Fossum, C. (2005). Histoire et développement des techniques ostéopathiques. *ApoStill*, N°16, 29. McConnel (1931) dit que « en ajustant une lésion, il est évident qu'une méthode qui retrace le trajet de celle-ci avec une irritation minimale est hautement souhaitable. » Le sens palpatoire de « retracer le trajet de la lésion » a été donné par Downing en 1923.

*perçue par le sens du toucher du praticien. Le point d'appui-contact du praticien ne reste pas rigidement et passivement fixé au corps du malade : c'est un contact silencieux certes, mais alerte, vivant, réceptif. Les mains demeurent flexibles ; elles s'adaptent tranquillement aux fluctuations des mouvements d'équilibre et d'échanges rythmiques ; elles se moulent aux modifications qui se produisent dans le corps du malade. [...] Où il y a vie, dit encore Becker, il y a échange et puissance. Rencontrer une résistance dans le fonctionnement physiologique, c'est se trouver en contact avec un défi, un schéma d'opposition ; mais ce « schéma » lui-même transporte avec lui sa propre énergie pour sa propre résolution.<sup>26</sup>[...] Vous réveillez les tissus par votre contact et votre compression, ils commencent à bouger dans la direction qu'ils choisissent, quelle qu'elle soit ; ils reviennent à leur point de départ ; ils repartent, en avant, en arrière, en profondeur ; jusqu'à ce qu'ils trouvent, à travers votre palpation vacillante, oscillante et mouvante le vrai « point d'immobilité » pour leur résolution ; jusqu'à ce que tout se dissolve dans l'environnement du malade...<sup>27</sup>*

*Andréva Duval reprend : Les tissus se sont mis en état d'équilibre réciproque, et cela nous le sentons ; simultanément quelque chose vient se surajouter à cette perception d'équilibre structural, quelque chose qui se situe dans la profondeur fonctionnelle des tissus.<sup>28</sup>*

C'est la respiration tissulaire locale qui surgit. Les malpositions osseuses se résolvent dans nos mains, réellement on sent l'os se repositionner seul sous nos doigts. La liberté de mouvement articulaire est restaurée et la respiration tissulaire continue de s'amplifier, inaugurant le retour à la santé de cette zone et des zones qui bénéficient de la restauration des apports métaboliques corrects. A l'inverse des médicaments chimiques qui déclenchent de nouveaux troubles, le traitement ostéopathique produit des effets positifs à distance. Les patients sont curieux d'apprendre (quand on les connaît) les causes de ces phénomènes et c'est l'anatomie qui nous permet habituellement de les expliquer.

3.1.2. L'**approche structurale** repose sur les mêmes concepts en ostéopathie : globalité du sujet, ajustement de la charpente pour le retour de la physiologie optimale, etc. C'est en théorie un ajout au travail global fonctionnel. Les praticiens utilisent alors des techniques articulaires locales : des thrusts. Un thrust est une décoaptation de l'interligne articulaire choisi, décoaptation rapide (haute vélocité) et petite (de basse amplitude), qui produit habituellement le bruit caractéristique de craquement. On la nomme Haute Vélocité Basse Amplitude (HVBA).

Le praticien prend en compte, pour son diagnostic et son action,

- 1- l'articulation en restriction de mobilité,
- 2- les paramètres déficients (la rotation, la latéroflexion, l'antériorité/postériorité, les translations). La mise en place de la

---

<sup>26</sup> Andréva Duval, J. (1976). *Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques*. Paris : Maloine. p.49.

<sup>27</sup> Ibid. p. 63

<sup>28</sup> Ibid. p. 65



- technique et la correction tiennent compte des paramètres déficients,
- 3- la quantité de restriction de mobilité de l'articulation (immobilité très prononcée théoriquement nécessaire pour avoir recours au thrust),
  - 4- éventuellement l'existence de l'attraction tissulaire et de la respiration tissulaire locale.

Selon le rapport du Pr. B. Ludes, il est essentiel de distinguer les manœuvres de thrust des ostéopathes et celles des médecins : « les manœuvres ostéopathiques ne dépassent jamais les limites anatomo-physiologiques de l'articulation et ces actes sont différents des manipulations vertébrales pratiquées par des médecins et définies dans le rapport de l'Académie de Médecine. En effet, les manipulations exécutées sont des mouvements forcés de l'articulation, au-delà de leur jeu physiologique. »<sup>29</sup>

Le problème essentiel que représente le thrust des ostéopathes n'est donc pas sa violence ou sa dangerosité, c'est qu'il empêche de suivre le fil d'Ariane de la continuité des tensions. On ne peut plus tester l'attraction tissulaire après, ni même vérifier la libération de l'articulation ou des structures qui immobilisaient l'articulation précisément car il y a une réaction locale de relâchement. Il est parfois difficile de savoir où le craquement a réellement eu lieu. Enfin le craquement n'indique pas si la force qui a été développée l'a été dans le bon sens ou avec la quantité correcte de force.

Qu'est-ce qui pousse un praticien à adopter l'une ou l'autre approche ? Les praticiens utilisant surtout le travail global fonctionnel et ponctuant leur séance d'une manipulation HBVA sont-ils nombreux ? Il semblerait que non. Pourquoi ? Il convient d'éliminer en premier le facteur financier. On constate en général une réduction du temps de la séance chez les praticiens structurels. Le prix de la séance est habituellement le même. Au-delà de cet aspect, ce sont visiblement des conceptions philosophiques au sujet du soin et de la relation thérapeutique et des besoins et tendances psychologiques conscientes et inconscientes des thérapeutes qui amènent à adopter l'une ou l'autre approche préférentiellement.

En effet, si les collèges d'Ostéopathie privilégient d'emblée les méthodes soit structurelles, soit fonctionnelles, on voit les étudiants des mêmes promotions se diriger très différemment dans leurs carrières vers l'une ou l'autre pratique. Nous reviendrons sur ce sujet amplement.

---

<sup>29</sup> Pr. Ludes, B. (2007). Rapport de Mission en vue des décrets d'application de la loi Kouchner p. 9.

### 3. Recherche théorique. A/ L'Ostéopathie

Pour résumer, voici un tableau reprenant les caractéristiques des deux approches :

| <b>Fonctionnel</b>                                                                                                          | <b>Structuel</b>                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Approche plus holistique                                                                                                    | Travail plus localisé                                                         |
| Travail avec les bébés, les personnes âgées                                                                                 |                                                                               |
| Tout le travail : du périphérique, au rachidien, du crânien au viscéral                                                     | Seulement le rachidien, le périphérique et le sacrum                          |
| Autocorrection favorisée par le praticien                                                                                   | Correction effectuée par le praticien                                         |
| Ecoute des tissus                                                                                                           | Geste correcteur                                                              |
| L'attention longue est nécessaire                                                                                           | Le geste est rapide                                                           |
| Restauration plus globale et plus lente. Action immédiate moins spectaculaire                                               | Déblocage rapide et parfois spectaculaire pour le patient                     |
| Le patient qui ne sent pas le travail est potentiellement sceptique                                                         | Bruit authentifiant l'effectivité d'une décoaptation articulaire (cracking)   |
| Respect du fil d'Ariane pour ordonner le travail en suivant les indications du corps                                        | Relâchement tissulaire immédiat                                               |
| Travail qui prend en compte les différentes causes, primaires et adaptatives                                                | Travail qui risque de devenir trop centré sur le symptôme                     |
| Séance qui encourage le sommeil, le lâcher prise, la rêverie                                                                | Séance qui demande une forte confiance dans le savoir-faire du thérapeute     |
| Approche plus lente et passive                                                                                              | Approche plus rapide et active                                                |
| Meilleure indication : quand la cause est adaptative, concerne plusieurs sites corporels et/ou a produit un effet psychique | Meilleure indication : quand la cause est un traumatisme récent bien localisé |

### 3.2. Les modèles conceptuels après Still

Le paysage de la médecine a changé rapidement après Still. Les progrès de la physiologie, notamment de la neurophysiologie, ont réfuté tout effet bénéfique du calomel, de la saignée et de la purgation. L'ère du « nouveau rationalisme » entraîna une absence de remèdes car si on avait pu prouver que ces méthodes étaient nocives, rien d'autre n'était encore proposé. On tentait seulement de ramener le corps dans des normes physiologiques.

La radiographie fut inventée. Un appareil fut installé dans l'école de Still de son vivant. Il y était réticent, ne comprenant pas pourquoi il fallait observer l'intérieur avec les yeux puisque les mains pouvaient le faire. Les frères Littlejohn introduisirent de plus en plus de physiologie et de pathologie. Cela créa des tensions avec Still qui s'aggravèrent jusqu'au moment où ils fondèrent leur propre école.

Aujourd'hui en ostéopathie les dysfonctions peuvent être analysées selon six modèles conceptuels : le modèle biomécanique, le modèle neurologique, le modèle de la Respiration Primaire, le modèle Respiratoire-Circulatoire, le modèle viscéro-fascial et le modèle bioénergétique<sup>30</sup>. Chaque ostéopathe dispose ainsi d'un large choix de voies de compréhension et d'abord de son patient en fonction du cas particulier qu'il présente. La radiologie, la physiologie et la pathologie sont aujourd'hui entrées pleinement dans le cursus des ostéopathes.

Au vrai sens du terme l'aspect spirituel de l'ostéopathie, dont on vient de voir pourtant l'importance chez Still, n'est plus guère discuté par les ostéopathes. Habituellement, le sujet n'est pas abordé entre professionnels, ni en dehors. La raison en est que la croyance religieuse a été écartée comme non scientifique et le véritable enjeu qui a occupé la profession a été la reconnaissance scientifique.

La chiropraxie affiche un choix porté uniquement sur le structurel, position inchangée à notre connaissance depuis sa création par Palmer. La plupart des chiropracteurs utilisent des tables à ressort ou à déclive. Ils manipulent beaucoup au niveau cervical. La devise de cette approche est « only one », ce qui désigne « la seule » articulation Occiput/Atlas comme fondamentale pour l'équilibre entier de l'organisme. A cause des dangers potentiels inhérents à la manipulation forte de cette articulation, les étudiants acquièrent une connaissance particulièrement pointue en radiographie afin d'écarter les contre-indications manipulatoires.

A l'opposé, la fasciathérapie semble reprendre les concepts de l'ostéopathie sans manipulation structurelle. L'enseignement de cette méthode créée dans les années 80 par Danis Bois, est divisé actuellement en « fasciathérapie-somatologie », technique de soin manuelle avec une dimension psychologique et « somato-psychopédagogie », approche située au carrefour de la thérapie et de la pédagogie. Elle propose également une gymnastique sensorielle qui vise à développer le sens du mouvement pour un meilleur rapport à soi et à l'autre.

---

<sup>30</sup> Fossum, C. (2005). Histoire et développement des techniques ostéopathiques. *ApoStill*, N°16, 29.

### 3.3. Le choix du cursus

Les raisons du choix d'un cursus particulier à chacun sont très nombreuses. Certaines tiennent d'abord au hasard du collège d'enseignement et du parcours préalable. Il est certain que jusqu'aux années 1990 seuls les kinésithérapeutes pouvaient s'inscrire aux collèges d'ostéopathie. Le cursus d'ostéopathie était donc toujours un post-graduat, et donc un choix délibéré et exigeant puisqu'il durait 6 ans, la dernière année étant surtout consacrée au mémoire de fin d'étude et stages post-gradués par des professeurs d'autres écoles.

On ne peut donc pas dire que les ostéopathes étaient des candidats pour des études de médecine ou de kinésithérapie qui auraient échoué aux examens ou concours d'entrée. C'est peut-être le cas aujourd'hui mais ce n'est pas notable dans les demandes dont nous avons pu avoir connaissance. Les étudiants qui s'inscrivent aujourd'hui dans cette formation sont encore en général dans une intention d'orientation spécifique.

Un autre élément détermine le choix du cursus, il est important car le coût de la formation est élevé. Aujourd'hui les cours plein temps se montent à 7000 euros par an pour 5000 heures de formation étalées sur 5 années. Le coût des cours à temps partiel réservés aux kinésithérapeutes et médecins s'élève à 4000 euros par an pour 2400 heures, sur 5 années également. Avant les décrets, jusqu'à l'an passé, la formation s'étalait sur 6 années.

Nous avons pris l'exemple d'un collège qui entend conserver une formation sur cinq années, sachant que les étudiants peuvent choisir d'arrêter leur formation à la fin de la troisième année puisque selon la loi la troisième année sera ponctuée du diplôme permettant l'exercice de l'ostéopathie. Nous sommes personnellement assez pessimiste sur la fréquentation des cours de quatrième et cinquième années quand le diplôme de troisième année sera réputé suffisant aux yeux de la loi.

Durant les années 1970 à 90, les ostéopathes étaient poursuivis en procès pour exercice illégal de la médecine. On attaquait souvent tous les praticiens d'un même cabinet, ou d'une même région. Les plaignants étaient habituellement des médecins, relayés par l'Ordre des médecins. Nous avons eu l'occasion de goûter à ces tourments qui se sont terminés par un verdict de non-lieu, au motif de notre ignorance de l'illégalité de cette profession...

Aujourd'hui, on pourrait croire que l'affaire de la reconnaissance est classée. Rien n'est plus faux. Si certains parmi les tout jeunes ostéopathes peuvent trouver qu'une réduction du temps d'étude est un avantage, la plupart des professionnels en exercice, dont nous faisons partie, pensent bien que la situation actuelle représente un danger imminent pour la part la plus essentielle de l'ostéopathie. Nous allons tâcher d'en rendre compte.

Le choix de l'école dépend donc des relations, des capacités économiques des familles à payer des cursus onéreux et enfin bien sûr de la publicité de l'école. En dehors de la qualité des cours, un des critères de choix le plus pertinent à notre avis devrait être le

nombre d'heures de clinique, dûment encadrées par des praticiens expérimentés en ostéopathie, où les étudiants reçoivent des patients avec une véritable demande. Un programme de 500 heures d'un tel apprentissage clinique est exigeant pour l'école mais garantirait la véritable qualité des études.

#### *Le contenu des études*

Nous laisserons de côté le contenu effectif des matières scientifiques qui sont enseignées par des professionnels ayant les diplômes nécessaires et équivalents à tout enseignement scientifique. Seul le contenu pratique et philosophique déterminera les différences entre les ostéopathes.

Comme nous l'avons vu, observer un ostéopathe travailler ne permet aucunement de reproduire son acte. Il en va d'un développement de son habileté manuelle pour mouvoir correctement le corps d'autrui, et essentiellement de développer ses facultés sensorielles.

Still le faisait déjà remarquer, les cinq sens, s'ils sont nos principaux outils, sont néanmoins insuffisants. Lorsqu'on pose une main non éduquée sur un corps, il faut avoir une représentation de ce qui se trouve à l'intérieur pour aider à la sensation. Une connaissance correcte de l'anatomie est utile car la sensation est induite par les connaissances. Savoir discerner avec certitude l'apophyse épineuse postérieure de la septième vertèbre cervicale de celle de la première thoracique demande un temps d'apprentissage.

Or le consensus scientifique actuel a établi que la sensation pure n'est pas accessible à l'Homme. Nous trions, déformons, recomposons les messages des sens pour en faire un tout cohérent avec nos cartographies sensorielles et mentales déjà en place. Les éléments qui sont ainsi construits à partir de ces cartographies sont nommés perceptions. Elles sous-entendent un apprentissage reposant sur les capacités cognitives, les données de la mémoire implicite (inconsciente) psychique et somatique et explicite (consciente).

Etre capable de sentir une insertion tendineuse ou ligamentaire est assez simple car nous avons palpé, frictionné, massé notre corps, appris peu ou prou à reconnaître et ressentir les contours osseux qui sont devenus familiers.

Repérer muscles et éléments du squelette, c'est long et nécessaire, mais ce n'est que la première étape du métier d'ostéopathe. Lorsqu'on a appris l'anatomie et les repères, poser sa main sur un tissu biologique ne produit aucune perception spontanée d'un tissu libre et mu par une respiration tissulaire. On peut percevoir le manque d'élasticité et la restriction de mobilité. C'est un premier pas qui renseigne sur l'atteinte locale, cela ne dit rien de la cause qui est indiquée par l'attraction tissulaire, ni de la santé retrouvée qui est indiquée par la respiration tissulaire. Or l'ostéopathie a pour but, envie, prétention ou capacité, selon l'opinion qu'on s'en fait, de chercher la ou les causes aussi loin qu'il est possible de le faire dans le registre du corps.

C'est cette part de l'apprentissage qui pose problème car ces perceptions n'existent pas : personne ne paraît sentir cela pour lui-même et de lui-même de façon inopinée.

Même un ostéopathe ne sent pas ce qu'un autre ostéopathe qui travaille sur son corps ressent.

En ce sens, l'ostéopathie est une école du doute. Vouloir comprendre davantage à propos du doute nous a amené à interroger les phénoménologues. C'était d'autant plus nécessaire que les paradigmes sont très différents de ceux de la médecine.

### 3.4. Ostéopathie et phénoménologie

En effet l'ostéopathie est phénoménologiquement différente de la médecine car elle s'intéresse à la santé davantage qu'aux pathologies ; son point de départ-même est inverse.

Ensuite, l'ostéopathie se présentant comme un rapproché doux, intime et prolongé est un abord diamétralement opposé à la consultation médicale actuelle qui est trop souvent rapide et offre peu de contact. De surcroît la médecine est souvent agressive malgré elle dans ses outils diagnostics.

Par ailleurs, l'ostéopathie est encore très différente de la prise en charge allopathique dans la mesure où elle incite le patient à considérer qu'il est un corps plutôt qu'il n'a un corps. Quand le patient sent qu'en se détendant il facilite le travail tissulaire, il comprend implicitement, et on peut rendre cette connaissance plus explicite, qu'il fait passer son état d'être dans son corps. Cela le rapproche singulièrement de son intériorité.

Enfin, l'ostéopathie est fondamentalement phénoménologique parce que son outil essentiel est la perception qui, nous l'avons souligné, repose sur des sensations mais n'offre qu'une image reconstruite et parcellaire de la réalité. Puisque cette perception sert au soin d'autrui, il est indispensable de s'interroger en profondeur à son sujet.

Le doute est inhérent à la pratique de l'ostéopathie fonctionnelle de nombreuses façons :

- les sensations à découvrir sont parfois complexes,
- les sensations sont non objectivables scientifiquement,
- la motilité n'est pas une position mais un mouvement,
- on ne dispose pas toujours au début des études d'une carte proprioceptive détaillée consciente,
- le langage est impuissant à rendre compte de l'expérience du corps propre,
- rendre compte de ses perceptions les modifie et demande une dissociation longue difficile à tenir,
- le mental n'est pas habitué à se tenir silencieusement à l'écoute des perceptions,
- dans le silence prolongé et sans repère, on peut être assailli par les états émotionnels résultant de problématiques personnelles non réglées,
- la réassurance obtenue par comparaison de sensation entre ostéopathes est éphémère et ne permet pas d'accéder à la confiance en sa propre sensation,
- les sensations ne sont pas comparées entre deux thérapeutes par manque de temps,

- dès qu'on pose ses mains assez longtemps sur un patient pour en comprendre quelque chose, les tissus ont déjà commencé à changer,
- l'ici et maintenant de la rencontre thérapeute/patient est toujours hautement singulier,
- le thérapeute n'a parfois aucun autre outil évaluatif immédiat que le retour de la motilité,
- le thérapeute ne revoit généralement pas le patient pendant une longue durée quand il va bien,
- il ne sait alors pas si la disparition du patient signe son dépit d'un échec ou la réussite du traitement,
- le thérapeute demande une rétribution pour ce soin, ce qui crée une tension poussant à chercher le résultat immédiat et non l'effectivité de l'action menée.

En parcourant les concepts développés par les phénoménologues, nous avons rencontré des notions chères à Still, comme Souffle de Vie. Nous avons retenu chez Georg Hegel les données concernant la perception car elles valident le bien-fondé du doute. Nous avons sélectionné Arthur Schopenhauer pour le lien entre corps et inconscient qu'il met en évidence. Martin Heidegger est aussi fécond pour décrire l'ostéopathie grâce à sa notion d'Etre et d'étant. Clairement, étudier les phénoménologues était plus fécond que des lectures psychanalytiques sur le désir et ses avatars. Cependant, nous étions tout autant persuadée de l'implication de l'inconscient et de la nécessité d'en rendre compte. C'est chez Roger Mucchielli que nous avons enfin trouvé la transition entre la phénoménologie et l'inconscient par le biais du structuralisme. Nous le trouvons plus loin.

#### 3.4.1. Georg Hegel

En prétendant que « la certitude sensible n'est rien d'autre que l'histoire de son propre mouvement, un être réfléchi<sup>31</sup> », Hegel légitime le doute comme parcours nécessaire pour fonder la certitude de nos sensations. En ce sens « faire » des techniques est sans conteste une façon provisoire d'échapper au doute car l'activité déployée n'attend qu'une réponse localisée. De plus la plupart des praticiens qui emploient les thrusts se fient au craquement pour sortir de leur doute. La difficulté surgit dès lors qu'on s'intéresse à la globalité et qu'on n'a pour seul guide que la respiration tissulaire, du moins avant le verdict des résultats. Pour toutes ces raisons, ici plus que dans d'autres thérapies, le « je » de l'ostéopathe passe en priorité par la chose « retour de la motilité ».

Si la tension relâchée manque, si le retour de la motilité n'est pas perceptible, on n'a offert au patient que cette présence attentive, c'est insatisfaisant. Ainsi le « je-ci » hégélien, trop irréductiblement lié à « l'objet-ci », est atteint.<sup>32</sup> En psychothérapie, il y

---

<sup>31</sup> Hegel, G.. (1807). *Phénoménologie de l'Esprit*.

<sup>32</sup> Selon Hegel dans *La Phénoménologie de l'esprit*, la certitude sensible n'est qu'une "relation pure immédiate". Cette certitude est cependant constituée principalement de deux termes *intermédiés*, ce « je-

a beaucoup de séances où les patients n'ont pas d'éclair de génie pour comprendre ce qui les questionne depuis toujours, mais ça ne remet pas en cause le praticien : d'abord parce qu'en psychologie, il est bien admis que c'est le patient qui fait le plus gros du travail à partir du cadre qu'on lui offre ; ensuite parce que lors de piétinements infructueux, il est toujours loisible de poser une question, de donner quelques éléments de théorie ou d'une brève histoire pour aiguiller le patient dans sa réflexion. On ne se sent pas immédiatement atteint dans ses compétences. De plus, la prochaine séance n'est souvent pas très éloignée et l'élimination de la souffrance n'est pas rapidement escomptée. Dans une prise en charge par l'ostéopathie, il en est tout autre.

Au début de l'enseignement, le doute est un processus utile. Notre « je-ci » doit pouvoir se corriger par rapport à l'autre « je » du professeur qui a une perception différente ; ils corrigent la position de nos mains, de nos doigts, la pression mise, la stabilité de nos appuis. Il est nécessaire pendant les études d'atteindre le « je universel » de l'ostéopathe. Savoir sentir. Le « je universel » de la sensation ostéopathique n'est cependant pas dans les livres, les académies et les figures de pouvoir reconnues. De plus l'objet patient est à chaque fois singulier et différent. Enfin aucun moyen scientifique actuel ne peut identifier l'action précise de l'ostéopathie. Aussi nous devons pouvoir nous identifier à nos professeurs, fortement.

Et lui/elle, qui base son travail sur cette respiration tissulaire et qui utilise le travail crânien, a-t-il l'air d'un individu crédible ? Est-ce qu'il aurait pu se laisser bernier par l'apprentissage, être dans un phénomène de croyance, d'abord est-il absolument honnête ? Est-ce que les professeurs ont des discours congruents ? Et sont-ils capables de décliner la même chose de façon personnelle, sont-ils restés individuellement des êtres vrais ? On examinait attentivement nos professeurs et leur éthique. L'essentiel restait leur pratique et les résultats qu'ils obtenaient : ils étaient non seulement à la hauteur des discours tenus dans les cours, mais ils les dépassaient souvent. Cela nous pouvions l'entrevoir dans les journées cliniques et en devenir certains en travaillant auprès d'eux.

Avoir le projet de percevoir ce que très peu de personnes perçoivent fait l'effet d'un gouffre qui s'ouvre sous les pieds de l'apprenti : est-ce vrai, vais-je le sentir, comment saurai-je si ce que je perçois est juste ou erroné ? Affronter ce gouffre a un coût psychique plus important qu'il n'y paraît à première vue. C'est un chemin proche de l'exploration de l'inconscient en psychanalyse... du point de vue de la confrontation à l'angoisse de l'inconnu et de l'inconnu de soi. Cela fait reculer plus d'un élève,

---

ci » et cet « objet-ci » qui sont chacun de leur côté. Ces termes de la relation n'existent pas séparément : la certitude du "je" passe par la chose, et la chose est certaine par l'intermédiaire du "je". A chaque fois, l'essence de la certitude est exemplifiée par un ceci. Avec l'expérience, la perception se constitue de deux moments qui se différencient, le "je" universel et l'"objet" universel : le "je" devient le mouvement de désignement qui différencie les moments, l'activité de la perception ; l'objet en est le résultat, la somme et le résumé.



surtout s'il n'a pas la chance de lire ses perceptions rapidement. Si les sensations proprioceptives ne sont pas très conscientes au début de la formation, il faut le temps que la carte sensorielle corticale se construise et que le psychisme puisse s'accoutumer à cette idée.

La première étape concerne la réalité de la sensation. Est-ce que ce que je ressens est vrai ? Il y a le même pas à faire que celui qu'a fait Still. Il faut y mettre de la logique. Examiner attentivement les quatre lois fondamentales et décider en son âme et conscience si elles sont plausibles. Pour reprendre l'expression de Still, *nous devons nous mêler aux vérités de la nature et voyager en harmonie avec elles*. Il semble que tant qu'on n'admet pas le principe d'autocorrection du corps, on ne peut pas sentir le corps qui se répare, tant qu'on est allergique à la plasticité crânienne, on ne peut la sentir, tant qu'on n' imagine pas l'attraction tissulaire on ne la perçoit pas, tant qu'on n' imagine pas que le corps est une entité globale, on n'en sent que des morceaux. Mais de même qu'on n'entend pas son inconscient par un effort de volonté, ici non plus la décision ne suffit pas. On ne décide pas de sentir, pas davantage qu'on ne peut décider d'être de bonne humeur ou de faire un effort pour ne pas avoir peur ou ne pas être malade. C'est un long chemin d'humilité et de lâcher prise, d'acceptation quant au doute et à ce qui en émerge lentement comme certitude.

Comment fait-on pour sentir ? On appuie moins, on se détend, on tente de faire le vide, on change la position des mains, des doigts, et encore on tente de se détendre entièrement. Les premières pratiques sont comme des méditations manuelles, des rêves éveillés dirigés où on tente de se laisser aller à sentir. D'abord, arrêter de vouloir sentir. La pensée doit se tenir immobile. Les perceptions deviennent de moins en moins nombreuses. Les bruits, la position, l'inconfort quand il existe, le contact même disparaît. Les indiens dans le yoga appellent cet état Pratyahara, la rétraction sensorielle. On restreint tout ce qui est inutile comme perception ou pensée. Puis vient Dharana, la concentration : on recueille toutes les informations sensorielles utiles. On cherche activement par les tests, même très fins. On réfléchit, organise et vérifie les sensations. Seules les mains et ce qu'elles perçoivent existent. Quand on a fait le tour des sensations cherchées activement, peu à peu, la conscience passe clairement de l'autre côté des mains. On perçoit les tissus du patient, d'abord tout proches, puis on peut s'éloigner davantage. Parfois la conscience se perd. Soudain on ne sait plus rien : ni où on est, ni qui est sur la table. La conscience revient aux mains, puis elle repart. On apprend à sentir plus loin que le contact immédiat, tout comme une infirmière sent la veine au bout de son aiguille.

C'est un chemin d'identification progressive au patient qui mène au moment où le mental devient totalement passif. C'est le patient, objet de l'attention la plus légère, globale, flottante mais présente aussi, qui devient sujet et qui transmet les informations. Le praticien perçoit alors seulement cette quantité énorme d'informations qui parviennent du patient. Il est attentif, au sens de l'attention d'une mère qui connaît la température de son enfant sans la mesurer. Le praticien est en Dhyana : la méditation sur l'objet. Comme on le voit ici, pour sentir, il faut être le plus passif possible. C'est très difficile pour beaucoup.

Vais-je sentir ? A la manière du premier apprentissage plus grossier du repérage, on a besoin d'un guide, d'une induction. Il est paradoxal de penser qu'on ne peut sentir seul, quand on dispose des outils corporels pour le faire. Ce qui manque n'est pas la sensibilité : l'être humain semble en être universellement doté. Ce qui fait défaut est la façon de lire ses sensations. Finalement, c'est exactement comme l'apprentissage de la lecture. Il faut quelqu'un pour nous guider. Et plus les enseignants sont capables de faire des passages entre les acquis sensoriels et les sensations à acquérir, plus c'est facile. Par exemple, Pierre Tricot, qui est un ostéopathe qui a beaucoup cherché à sentir et à aider les peu-disposés-à-sentir s'est aidé d'un ballon baudruche car cela double la quantité de mouvement entre les deux mains.

Comment savoir si la perception est juste ? Le dernier pas est le plus rude. Plus personne ne peut aider que soi-même. Certes, un moniteur passe pour observer le travail, poser une main sur la nôtre et sentir à travers notre main. L'étudiant se demande vraiment comment c'est possible, mais effectivement, le moniteur sent plutôt bien les tissus et la qualité de la main de l'étudiant. Mais toute assurance provenant de l'extérieur est au détriment de la confiance qu'on pose en ses propres perceptions. Devenir ostéopathe, c'est se repérer par soi-même à partir des indices dont on dispose. Still prenait souvent l'exemple de Christophe Colomb qui comprit qu'il y avait un autre continent parce que des bois flottants n'existaient pas dans son pays.

#### 3.4.2. Arthur Schopenhauer

La façon dont le corps est lié à l'inconscient a été magistralement énoncée en 1819 par un philosophe : « Le coup de génie de Schopenhauer consiste à voir que, si je *connais* le monde par ma conscience, je *suis* aussi une partie du monde, en d'autres termes : si par ma conscience je suis à la surface du réel, je suis par mon corps englouti dans sa profondeur. [...] Si donc la conscience me donne la chose comme représentation, le corps me la fait expérimenter comme *volonté*. La volonté, écrit Schopenhauer, est « l'essence intime du monde » [...], la volonté est ainsi le fond pulsionnel du monde, la poussée inconsciente qui fait que chaque chose veut être ce qu'elle est.<sup>33</sup> ». « La Volonté, c'est la nature naturante, notion qui implique l'idée que derrière les phénomènes si passagers et si simplement variables de la *natura naturata* doit se cacher une force impérissable et infatigable grâce à laquelle ceux-là se renouvellent sans cesse, tandis qu'elle-même n'est pas atteinte par leur destruction »<sup>34</sup>

En quelques lignes très simples, Schopenhauer donne au corps une dimension transcendante en ceci que le corps n'est pas un obstacle dont il faudrait s'affranchir, c'est le plus direct moyen de connaissance du réel dont il est extrêmement difficile de se saisir. Qu'est le réel dans le sens schopenhauerien ? C'est le monde qui crée la nature, une force inconsciente qui confère un projet propre à chaque énergie, une

---

<sup>33</sup> Schopenhauer, A. (1909). *Le monde comme volonté et comme représentation*. Paris : Alcan.

<sup>34</sup> Schopenhauer, A. (1912). *Parerga et Paralipomena, Fragments sur l'histoire de la philosophie*. Trad. Dietrich, Paris : Alcan, p.139.

force vive, poussée ou pulsion qui crée les formes de la nature. Schopenhauer désigne une réalité plus vraie et plus directe que celle qui est offerte à notre conscience médiatisée par le système de la représentation mentale. Pour la rencontrer dans son essence, il convient dès lors de passer au-delà des représentations. Cet au-delà est la quête transcendante vers la connaissance par le corps. C'est pourquoi Schopenhauer jouait de la flûte traversière et méditait les Upanishad quotidiennement. En choisissant le terme de *volonté* Schopenhauer souligne que cette force est force de création (*impérissable et infatigable*) et qu'elle est structurante (*naturante*), donnant forme et ordonnant la nature. Or 1819, c'est dix ans avant la naissance de Still. On est déjà très proche du Souffle de Vie de Sutherland autant que du Grand Architecte de Still. Schopenhauer anticipe et justifie pleinement la quête de la compréhension du corps et de son savoir : *c'est pourquoi, pour obtenir de bons résultats, nous devons nous mêler aux vérités de la nature et voyager en harmonie avec elles*. Très vite après Schopenhauer Freud se posera la même question de la pulsion de vie et d'autoconservation. Bien que située dans le tout autre registre du codage sémantique, cette force structurante évoque la codification de l'inconscient chez Lacan. Nous reviendrons sur ces notions.

Schopenhauer inverse véritablement le mouvement philosophique : « Le corps est ainsi pour Schopenhauer le « miracle par excellence » : il est la porte qui nous permet de déchirer le voile des représentations et nous ouvre au monde tel qu'il est en soi. Le savoir que j'ai de mon corps est ainsi une vérité inouïe, qui ne peut pas se définir par ses critères logiques et rationnels ; il relève d'un autre type de vérité, que Schopenhauer appelle en conclusion du *Monde comme volonté et comme représentation*, « la vérité philosophique par excellence ». Il s'agit là, sans nul doute, de son intuition la plus profonde : non seulement Nietzsche fondera sa pensée sur cette découverte, mais toute la phénoménologie, de Husserl à Michel Henri, s'est développée sur ces bases. »<sup>35</sup> La vérité ne se comprend pas, elle se dévoile. Il y a un saut nécessaire à effectuer dans l'inconnu parce que la déduction logique ne permet pas d'y accéder. Ce paradigme d'une connaissance hors logique rencontre le principe de l'analogie, base de toute la médecine chinoise et le principe de l'efficacité symbolique des processus de guérison chamaniques. Schopenhauer indique là que la rationalité ne sera pas épargnée dans cette quête de la connaissance par le corps.

### 3.4.3. Martin Heidegger : Etre et Temps <sup>36</sup>

Selon Heidegger, notre existence quotidienne se caractérise par des conduites inauthentiques qui occultent l'être en le précipitant dans une vacuité dont la technique est la plus parfaite expression. L'homme découvre, par l'expérience de l'angoisse, que le néant est le fondement de son être en tant « qu'être-pour-mort ». Heidegger a produit le concept de « Dasein », littéralement « Etre-là » c'est-à-dire de l'existence humaine pensée comme présence au monde. En effet, l'être ne se montre jamais tel qu'il est ; il est très souvent un paraître qui se joue du Dasein.

<sup>35</sup> Vioulac, J. (2007). Le miracle du corps. *Le Point, Hors série*, 16-25.

<sup>36</sup> Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit. Etre et Temps*. Paris : Gallimard.

Quand le patient arrive en consultation, il présente verbalement un certain nombre de symptômes. Il a une opinion sur son problème. L'ostéopathe qui l'entend se fait également une opinion sur le problème de son patient. Ensuite l'ostéopathe autant que le patient seront d'autant plus efficaces qu'ils oublieront leurs convictions et pourront écouter simplement ce qui se passe dans les tissus. Un ostéopathe célèbre, Rollin Becker prétendait que « seuls les tissus savent ». La plupart des ostéopathes reconnaissent cela pour vrai. Les symptômes qui paraissent importants pour le patient changent au fur et à mesure de la séance. On arrive en séance conscient des douleurs qui nous importunent. Puis, les tensions plus anciennes, fondamentales, les points d'accroche des fascias sont sollicités et réclament une attention active de la part du praticien. Quand ce dernier peut entendre cette attente silencieuse, le travail avance véritablement vers le mieux.

La pensée de Heidegger est une « méditation de l'histoire de l'Etre » en laquelle l'Etre se dispense en se retirant<sup>37</sup>. Pour lui l'œuvre du philosophe consiste à méditer, penser l'être, tel qu'il s'offre ou se dérobe<sup>38</sup>. Pour l'ostéopathe également, la personnalité superficielle du patient est souvent mise en avant : métier, famille. C'est bien sûr fondamental mais la dimension personnelle et existentielle est longue à aborder. Pourtant inconsciemment, l'un et l'autre s'écoutent à leur insu de ce point de vue,, notamment par le biais des affects de vitalité qui renseignent sur la pulsion de vie et de mort.

Heidegger ne cessera de creuser les questions qu'il pose à toute la philosophie sous l'égide de la question de l'Etre, à partir d'une « nouvelle compréhension de la vérité », non plus entendue comme *adaequatio* (entre réel et esprit, ou, en termes modernes, sujet et objet), mais comme *alêthéia* (le non-voilé), comme « dé-voilement » de l'Etre, qui se tient en retrait, ressource infinie de possibles. Le dévoilement de l'Etre ressemble à la découverte des capacités d'autoréparation du patient entre nos mains, comme si la Vie (selon Still) ou le Souffle de Vie (selon Sutherland) avait alors l'occasion de se manifester. Cela ressemble encore à l'Esprit (selon Still) qui anime le corps de son mouvement. Les notions de voile et de dévoilement s'intègrent au mieux dans la clinique du traumatisme car l'amnésie voile généralement le cœur du traumatisme à la victime. Nous le reverrons plus précisément dans les états anxieux et les états dissociatifs.

L'Etre est un *lumen naturale* qui définit notre être. Cette lumière naturelle, c'est le pouvoir de saisir n'importe quel « étant » en tant qu'il est, c'est-à-dire en tant qu'il est amené à la présence et placé dans le domaine d'ouverture (*Offenheit*) que, de par sa structure même, le Dasein ne cesse tout à la fois d'épandre et d'enclore. On voit que cette compréhension s'identifie à « l'être-au-monde » car le monde n'est autre que cette enceinte ouverte en vue de laquelle l'homme est. Elle constitue le lien de lumière où sont pris tous nos projets et tous les « étants ». L'homme « illumine » par

<sup>37</sup> Wikipedia, Martin Heidegger consulté le 27/07/07 [http://fr.wikipedia.org/wiki/Martin\\_Heidegger](http://fr.wikipedia.org/wiki/Martin_Heidegger)

<sup>38</sup> Beaufret, J, Roëls, C, De Waelhens, (2006). A. Heidegger ou la question du sens de l'être. In *Encyclopédia Universalis*.

un double et inséparable mouvement de prospection et de rétrospection au sein de la présence. Le monde est le lieu de toutes les significations, le tout finalisé de ce qui est significable.

Le thérapeute s'occupe de « l'étant » du patient. Cela n'en ouvre pas moins une introspection qui donne l'occasion à l'Etre de surgir, de se manifester. La présence du praticien à l'Etre de l'autre stimule la présence du patient à cette écoute. Cette notion de présence est très fortement soulignée chez deux auteurs très reconnus en ostéopathie : P. Tricot et A. Andrieux<sup>39</sup> qui propose une coopération entre l'Etre du patient et le thérapeute.

« L'analyse de Heidegger se veut sans présupposé ; elle entend surprendre l'homme dans sa quotidienneté telle que, par elle-même celle-ci s'expose : regardons-nous simplement vivre. Nous sommes une réalité en projet vers un monde, un Dasein. [...] L'ostéopathe pourtant ne nomme jamais l'Etre. Il s'occupe toujours de « l'étant » et ne prétend même pas qu'il y ait un Etre.

L'existence ne se déploie pas « dans » le temps ; elle est elle-même structurée temporellement. Mieux : elle déploie le temps. Celui-ci est cela même qui nous jette sur la route, auprès des choses, parmi les autres, et nous condamne à ne nous « trouver » qu'après nous être d'abord perdus sans retour. Il est ce qui ouvre le champ de notre expérience et libère, au-devant de nous, des possibilités toujours nouvelles. [...] Cette notion de deuil et de naissance à soi-même sera illustrée par un texte d'Osho car ce phénomène semble se produire plus qu'occasionnellement dans les soins d'ostéopathie. C'est peut-être un mécanisme très fondamental car « notre lot n'est pas seulement d'être nés, il est encore d'avoir à mourir un jour. La mort n'est pas que le terme de l'existence : elle est une dimension constitutive de la vie elle-même. La mort est pour nous une possibilité à laquelle nous sommes d'avance ouverts, une possibilité certaine, toujours imminente et surtout absolument notre. »<sup>40</sup>

Tous ces éléments sont clairement explicités aussi par De Waelhens : l'authenticité n'est acquise que par un passage par l'angoisse. « Le Dasein existe sur deux modes fondamentaux. Ou bien il est sur le mode du « on » (*das Man*), soucieux seulement, pour se distraire de ses vraies possibilités, de ce qu'on dit, de ce qu'on pense, de ce qu'on fait, de ce qu'on sent. Ou bien le Dasein est sur le mode de l'authenticité, de l'existence résolue qui consiste à exister selon ses possibilités propres et irréductibles.

<sup>39</sup> Tricot, P. (2002). *Approche tissulaire en ostéopathie*. Livre . Vannes : Sully, p.116. « Bien que nous ne l'ayons pas évoqué ici explicitement, l'utilisation des paramètres objectifs de communication tissulaire (densité, tension, vitesse) suppose que présence, attention et intention soient préalablement en place et consciemment contrôlées. La présence est, bien entendu, un préalable à toute communication... »

Andrieux, A. (2008). « L'ostéopathie et la notion de présence sont indissociables. L'ostéopathe, prise en compte respectueuse de l'être humain, s'efforce de comprendre les difficultés du corps pour l'aider à les résoudre. La présence est nécessaire à l'acte de com-prendre. L'ostéopathe ne fait qu'assister le corps de l'autre pour trouver les solutions dont celui-ci est détenteur. La découverte de ces solutions naît de la présence qui réunit l'attention du soignant et celle du soigné ». <http://www.presence-osteopathique.org> consulté le 15 mars 2008.

<sup>40</sup> Porée, J. (2002). L'épreuve du temps – Souffrance et maintien de la personne. *Sociétés Revue des Sciences Humaines et Sociales*, 2, N°76, 1- 32 CAIRN Chercher, Repérer, Avancer. Editions De Boeck Université. <http://www.cairn.info/article> consulté le 31/07/2007.

Celles-ci débouchent toutes sur l'acceptation lucide de l'être-pour-la-mort. Tout Dasein débute dans l'inauthenticité et, le plus souvent, y demeure. Mais il peut conquérir l'authenticité, conquête forcément précaire et constamment remise en question. L'angoisse assure le passage, obstinément fui par la plupart, de l'un à l'autre mode. L'angoisse est toujours angoisse devant le néant. Elle est aussi l'aperception que tout ce qui est pourrait ne pas être, et ne sera bientôt plus. Elle fait sombrer tous les « étants » dans la nullité, mais, du même coup, elle nous ouvre à la saisie de « l'étant » en tant que tel et à la saisie de l'être. »<sup>41</sup>

L'existence de Heidegger, sa célébrité même dans un siècle dédié au tout technologique est étonnante. Dans une époque où les écoles de commerce sont plus prisées que les facultés de lettres, un philosophe qui fait œuvre autour d'une méditation sur l'Etre, cela ressemble au mouvement de l'histoire qui, arrivée à l'extrémité d'une tendance voit naître - en un mouvement naturel du Inn et du Yang - la tendance opposée et complémentaire. Le Yi King (livre des transformations chinois) enseigne qu'au plus grand yang succède le Inn naissant. Il est possible que le succès de l'ostéopathie suive cette loi d'alternance. Dans ce monde où les activités sont incessantes, où les stimuli se multiplient, où l'information nous assaille et nous accapare de plus en plus, la place laissée à l'Etre est maigre. Dans un tel contexte, l'ostéopathie n'est pas de ce monde, mais sa naissance est inévitable. Ce qui manque le plus aux soins actuels, en dehors du temps accordé par le thérapeute au patient, c'est le temps accordé par le patient à lui-même pour son Etre.

Il nous paraît primordial que le temps consacré à une séance soit préservé. L'Etre demande du temps pour se déployer. La nature va lentement. Si l'ostéopathe n'a envie que de la fin de sa séance, le patient le sent immanquablement. Le toucher en dit beaucoup trop pour que cela passe inaperçu. Certes les magazines grand public traitant du bien-être et des médecines douces proclament qu'il faut se faire du bien, faire la pause, faire des mouvements. Mais tout est dans un souci immédiat de rentabilité énergétique. Reposez-vous pour mieux pouvoir accroître vos capacités de travail et de loisir.

N'est-il pas vraisemblable que pendant ce temps où le patient est rassemblé par le toucher du thérapeute, où il est apaisé par un contact doux, il se produise un face à face avec son Etre ? N'est-ce pas un moment privilégié où la pensée ne peut s'échapper dans des divertissements futiles ? N'est-ce pas un moment de recueillement où le patient peut se saisir, se ressaisir de son oubli de l'essentiel, de l'Etre-pour-la-mort ?

#### **3.4.4. Phénoménologie, inconscient et structuralisme de Roger Mucchielli**

Issu du courant de la Gestalt et instruit de la psychanalyse, Mucchielli nous intéresse parce qu'il intègre à la fois les éléments de Forme et d'Inconscient dans sa conception du structuralisme.

---

<sup>41</sup> De Waelens, A. (1942). La philosophie de M. Heidegger. In *Encyclopédie Universalis*. Louvain : Nauwelaerts.

Qu'est une structure dans la conception gestaltiste ? Les psychologues qui, avec Wertheimer, Kohler, Koffka et Guillaume, ont lancé l'idée de Forme ou Gestalt cherchaient à désigner par là les configurations naturelles du champ perceptif. Une mélodie est une structure, ou Forme, ou Gestalt, dans la mesure où elle est un système de corrélations stables, reconnaissables comme mélodie même si toutes les notes sont changées (à condition qu'on ne change pas l'organisation des rapports), ce qui se produit quand le musicien « change de ton ». Selon ces psychologues, les Formes perceptives sont des structures de corrélation, structures objectives, douées de qualités (telle la « prégnance » de la « bonne Forme », qui s'impose facilement et résiste au changement). Les « éléments » n'ont pas d'existence séparée. D'où la fameuse « loi » des théoriciens de la Forme : « une partie dans un Tout est autre chose que cette partie isolée, ou dans un autre Tout ». <sup>42</sup>

Appliquée aux phénomènes psychologiques, la structure cesse de renvoyer à des systèmes de corrélations et ne concerne que des significations. Une structure de signification, c'est ce par rapport à quoi un élément du monde prend un sens pour un sujet. Plus exactement, on désigne par là une réalité opérante qui n'a rien d'objectif et rien de conscient (elle n'est pas directement observable et n'est pas un contenu de conscience), dont l'action rend significatives pour un sujet les données du monde. La structure de signification suppose et implique une relation essentielle et existentielle entre le sujet et son Univers, et elle est une forme constante dynamique de cette relation. Des contenus variés se succèdent, qui d'un point de vue extérieur et descriptif paraissent différents, mais qui sont porteurs de la même structure de sens.

Pour prendre un exemple très superficiel, la jalousie n'est pas un simple sentiment (ce qu'elle est aussi sans doute pour la conscience spontanée en qui se reflètent les formes de l'affectivité), elle est chez l'être-jaloux une structure structurant la perception vigilante, et donnant un sens à tout ce qui peut être saisi par elle dans les données du monde. Une structure de ce genre « patterne », c'est-à-dire modèle activement, façonne, met en forme les données de l'information (les données de la perception), en « les prenant d'une certaine façon » qui est caractéristique de l'être – jaloux. Bien plus, on s'aperçoit qu'une force de ce genre est non seulement capable d'assimiler presque n'importe quelle donnée (à la limite, tout « alimente » la jalousie), mais aussi capable de structurer le comportement, de modéliser l'action et les réactions, comme une constante formelle à contenus variables et indéfinis. Cette jalousie n'est pas un sentiment isolé ni insolite sans relation avec tout un ensemble. C'est l'expression actuelle d'une structure plus forte ou plus vaste, déterminant beaucoup d'autres attitudes. *« Nous dirons que nous sommes devant une structure perceptivo-affectivo-comportementale, et je ne vois pas comment on pourrait nommer autrement cette forme active et bien définie, quoique « vide », qui organise dynamiquement et inconsciemment le monde perçu et la conduite, et à laquelle*

---

<sup>42</sup> Guillaume, P. (1937). *Psychologie de la Forme*. Paris : Flammarion.

*renvoient toutes les paroles et toutes les réactions descriptibles, même si cela paraît, pour la victime, une « déformation permanente » du réel. »<sup>43</sup>*

On se doit d'avoir, en tant qu'ostéopathes, une démarche tout à fait opposée à celle naturelle de mouler le réel aux Formes du probable. On essaye de laisser le champ des représentations vierge afin de sentir les sensations pour ce qu'elles sont au lieu de les reconnaître par une attente pré-perceptive. Il faudrait être attentif à l'insignifiant, afin de percevoir ce qui n'est pas attendu, voire l'improbable. Cela pourrait s'appeler l'ouverture à l'inattendu.

Dans les études d'ostéopathie, faire ce saut est sans doute un chemin personnel difficile. Sentir le mouvement de la vie sous ses doigts peut être de ce point de vue très déstructurant car depuis qu'on est né, on ne s'y attend pas : on n'a pas accès à cette sensation de soi quand on est enfant et (car ?) cela ne répond à aucun besoin propre de l'organisme. Par exemple, les marins apprennent à sentir des choses subtiles comme le vent, la lumière, les nuages pour prévoir de rentrer à temps. Mais pour l'ostéopathe, il s'agit d'acquérir une perception inattendue, fine, sans mesure pour se rassurer de la justesse ou de l'existence réelle de la chose et ce dans l'intérêt d'autrui. Nous ne sommes pas sûre que ça rentre dans le projet spontané de beaucoup d'êtres humains...

Une question se pose : s'il est vrai que la bonne Forme est prégnante et résistante, et si l'on croit que le corps a l'intelligence de savoir faire ce choix, il devient hasardeux de vouloir y intervenir alors qu'on n'y connaît encore si peu en tant qu'étudiant, et d'ailleurs définitivement si peu en tant que praticien ! Il faut arriver à faire une formidable confiance au corps que s'il lui est offert des multiples possibles dans ce que les mains de l'ostéopathe débutant propose, il saura choisir, souffler, indiquer le meilleur. Il faut arriver à conjuguer son humilité à la confiance dans l'intelligence du corps à nous guider, à choisir. On pourrait dire que c'est un corps à corps, où l'intelligence du corps du patient guide nos mains et que le mental en fait un décodage secondaire approximatif. Même si la pensée n'est pas absente du cheminement de soins d'une séance d'ostéopathie, il est plausible que le corps du patient interagisse avec nos mains et notre corps plus directement qu'avec notre mental. Dans les motivations de cette thèse, nous avons noté une envie que notre cerveau en comprenne autant que nos mains au sujet de notre pratique.

Buytendijk a montré qu'un rat apprend plus facilement dans un parcours de lattes dont certaines cèdent sous la patte exploratrice que dans un labyrinthe parce que cela correspond à une Gestalt bien référée aux structures de son organisme, à ses modes de vie ou d'action fondamentaux. « Le comportement se réorganise aussitôt, s'ajuste sans choc et sans conflit ». Quand le stimulus est isolé pour l'espèce, ou quand un comportement est tantôt puni, tantôt récompensé, il y a *alerte prolongée* à

---

<sup>43</sup> Mucchielli, R. (1968) *Introduction à la psychologie structurale*. Bruxelles : Ed. Charles Dessart



*la différenciation*<sup>44</sup>, c'est-à-dire prolongation et intensification de la quête anxieuse de l'information jusqu'à ce que soit trouvée (ou apparaisse) la Forme de l'expérience, faute de quoi le comportement ne peut pas s'organiser.

La sensation de la motilité des tissus est un stimulus « isolé » au sens de Buytendijk, qui crée toujours une surprise et son caractère insolite est un facteur de désorganisation du comportement jusqu'au repérage d'une Gestalt bien référée aux structures de l'organisme. Pour parer à cet inconfort de l'étudiant, existe-t-il un transfert d'apprentissage possible ? Mucchielli pense que c'est une notion artificielle car « à proprement parler rien n'est transféré. La Forme, Gestalt ou Pattern, analysée et fixée à travers le contenu de l'expérience, est mise en œuvre automatiquement pour coder et traiter les événements ou situations dont l'analogie est repérée en fonction du même système opératoire. »<sup>45</sup>

En fonction de cette donnée, comme la respiration tissulaire ostéopathique n'a aucune Gestalt pré-repérée, aucun transfert d'apprentissage ne serait possible. Toutefois, selon notre expérience la connaissance intérieure du corps au moyen d'exercices corporels, du sport ou d'expériences d'intériorisation (méditation ou relaxation) éveillent la lecture des sensations proprioceptives et leur décodage conscient.

Pour effectuer ces ponts progressifs entre les sensations déjà acquises et celles à acquérir toutes sortes d'exercices sensoriels proprioceptifs seront utiles, ce que certaines écoles ont compris en proposant une expérimentation régulière du yoga ou des ateliers de prise de conscience corporelle. Un autre exemple est l'exercice proposé par Viola Frymann, qui permet de comprendre rationnellement qu'on est capable de sentir à distance l'origine d'une tension : nous proposons au lecteur de faire cet exercice de l'attraction tissulaire. Deux protagonistes. Une feuille de papier format A4, 80 grammes. Un des deux protagonistes tient deux coins de la feuille de papier et ferme les yeux. L'autre protagoniste maintient fixe la feuille à l'aide d'une pince qu'il forme entre deux doigts. Le protagoniste qui a les yeux fermés tente de discerner où se situe la pince dans la largeur autant que dans la profondeur de la feuille. Après quelques essais servant à étalonner la main du sujet aveugle, il réussit aisément ce test. Pour affiner le test, le praticien qui met la pince peut d'abord soutenir la feuille afin que son protagoniste ne sente pas la mise en place de la pince.

Revenons à la structure de signification perceptivo-affectivo-comportementale qui modélise ou donne forme aux données de l'Univers perceptif. Nous retrouvons comme avec Schopenhauer un registre de mise en forme de la réalité qui échappe à la conscience. Cette fois, ce n'est pas dans la nature naturante, mais dans la perception de la réalité ordonnée par expériences affectivo-motrices inconscientes au sens où la conscience claire du sujet peut très bien ne rien comprendre de ses réactions.

---

<sup>44</sup> Buytendijk F.J.J., in *La psychiatrie animale* Ed. Buytendijk, J.J. (1964). *La psychiatrie animale*. Paris : Desclée de Brouwer, p.118-120.

<sup>45</sup> Mucchielli, R. Ibid. p.111

Selon Mucchielli, une codification de la perception s'effectue par les vécus affectifs qui se lient à des réflexes sensori-posturo-moteurs. Ceux-ci s'enrichissent et se modifient avec une certaine lenteur car chaque Gestalt offre un certain degré de résistance à sa propre transformation. Remarquons un codage du système moteur lié aux affects.

Dans un article étudiant la signification psychologique des types de conceptualisation, Kagan, Moses et Sigel démontrent qu'il y a une certaine stabilité individuelle du type de conceptualisation. Quelle que soit la théorie à laquelle on se réfère, écrivent-ils, le fait semble prouvé que le comportement est lié à la signification des stimuli et que cette signification est immédiatement et consubstantiellement liée à la perception. Analysant ce qui est donné en même temps dans la perception, ces auteurs y découvrent : le degré de vigilance, la qualité émotionnelle de la vigilance, l'action de la préperception, l'humeur ou tonalité personnelle globale, la mémoire, l'activité conceptualisante, le style de l'appréhension perceptivo-conceptualisante, la culture, le niveau intellectuel et l'âge affectivo-mental, l'image non consciente du corps propre et de ses possibilités.

Résumons brièvement les éléments qui nous serviront ultérieurement : les expériences de la vie affective et motrice précoce déterminent une structure de signification, inconsciente pour le sujet, qui code ses perceptions. Cette Gestalt organise des réflexes sensori-moteurs qui s'incarnent inmanquablement dans le corps au niveau du cortex sensori-moteur. Nous postulons ici l'hypothèse qu'ils s'incarnent également dans les éléments somatiques qui fixent la forme, les fascias.

Il est dès lors plausible que les événements traumatiques de la vie affectivo-motrice de l'enfance (qui deviennent généralement inconscients) créent une série de points de fixation et d'ancrage différents et successifs sur ces fascias qui, chacun augmentant et réévaluant l'ensemble déjà formé, déterminent des véritables chaînes de tension allant finalement d'une extrémité à l'autre du corps. Ces chaînes fasciales ainsi fixées seraient déterminantes des grands axes d'organisation du corps : lignes de gravité, courbures et failles. C'est vraisemblablement la meilleure façon de rendre compte de la cuirasse émotionnelle de Reich qui sera envisagée ultérieurement et des tensions de chaînes fasciales profondes et résistantes. Travailler à ce niveau-là en ostéopathie serait comme une psychanalyse du corps qui peu à peu englobe un champ plus large ou plus ancien des causes traumatiques, remontant à l'insu de tous à une période où l'enfant a peu ou pas accès au verbal.

En conclusion, passer par la phénoménologie nous a rappelé :

- Que le doute est nécessaire car c'est l'histoire du questionnement sur nos perceptions qui en assure la pertinence.
- Que nous acquérons une connaissance directe du corps de l'autre par notre corps et que notre mental n'en conçoit qu'une infime partie.

- Que l'Etre se déploie dans « l'étant » mais n'est perceptible qu'avec le temps et l'absence de distraction. Les évidences de « l'étant » se dissolvent alors pour laisser place à l'Etre qui du même coup se saisit de son « être-pour-la-mort ». Cela redonne sens à l'histoire passée et future de « l'étant », un sens bien différent de celui offert par la vie superficielle quotidienne.

Ces éléments nous confortent dans le nécessaire passage par le doute duquel peuvent émerger lentement des éléments de conviction. Chemin faisant, nous avons pu entrevoir une profondeur du sujet et du soin qui rend indispensable le temps de la rencontre pour approcher l'essentiel par tâtonnements successifs et dévoilements progressifs de la réalité de l'autre et de soi-même qui nous échappera encore essentiellement.

Enfin cette approche de l'inconnu en soi et en l'autre ne permet pas toujours l'économie d'un passage par l'angoisse (chemin étroit), capable de décourager quelques explorateurs et surtout d'interdire l'accès à des perceptions par défaut de construction de la carte somato-sensorielle adéquate. Les perceptions proprioceptives des praticiens les introduisent à des mondes différents et la tolérance est malaisée car le sens du toucher donne une conviction de vérité plus que les autres modalités sensorielles. Chacun a expérimenté des illusions d'optique ; à l'opposé, Saint Thomas avait cru possible de croire parce qu'il avait touché.

### 3.5 La construction identitaire de l'ostéopathe

D'autres travaux de Mucchielli<sup>46</sup> sur la dynamique de groupe indiquent qu'on obtient une forte coalescence des individus en donnant des consignes imprécises à exécuter ; dans l'apprentissage de l'ostéopathie le même effet se produit, bien involontairement ; les étudiants répugnent à parler de leurs perceptions pour améliorer leur toucher sans doute déjà à cause d'un apprentissage en groupe :

- une peur d'être singulier, minoritaire face à un groupe
- une peur d'être humilié ou ridiculisé en groupe

Mais la réticence à échanger peut aussi venir de soi-même :

- une peur de mettre en danger des convictions qui deviennent les premières balises identitaires d'ostéopathe,
- le désir que la particularité du ressenti reste personnelle,
- une appropriation de tant d'heures patientes de travail,
- sans doute même l'angoisse de voir une part d'efficacité s'en aller si on en parle.

Si la connaissance théorique s'acquiert par les livres et les discussions techniques entre étudiants, le savoir sentir et travailler avec le corps passe d'abord par une identification qui franchit plusieurs étapes.

---

<sup>46</sup> Mucchielli, R. (1995). *La dynamique des groupes*. Paris : ESF.

### 3.5.1. L'identification imaginaire

Le collège est, à l'image d'une famille, un lieu de construction identitaire. La première identification possible est une identification imaginaire : face à toutes les questions et difficultés qui surgissent, la réponse est cherchée dans l'assemblée des professeurs. On interroge, confronte, imite. En butte à ses impatiences légitimes, on cherche des représentants dignes de foi capables de dévoiler le nouveau monde, de nous assurer de la légitimité de notre recherche et de la probabilité d'une fin heureuse. On cherche une syntaxe, une manière de construire des attitudes capables de transformer nos perceptions en phonèmes déchiffrables.

Savoir imiter leurs gestes est un long chemin tant d'acquisition de connaissance et de pratique que de compréhension intérieure de la manière d'être au monde. Mais bien sûr cette identification n'est qu'une utopie. C'est le versant purement imaginaire de l'identification qui n'est qu'une succession de ressemblances et qui ne construit rien. Les dangers de cette identification tiennent en ce qu'elle imite et en ce qu'elle est adhésive, c'est-à-dire qu'elle exclue l'altérité. Elle devient par là-même le lit de toutes les intolérances à venir.

A la façon de Still, il faut écouter, réfléchir, concasser, triturer connaissance, savoir-faire et attitudes pour s'approprier la connaissance. Still et Sutherland sont indéniablement des acharnés de travail, des êtres empreints d'une détermination et d'une stabilité intérieure face aux attaques qui incitent l'identification projective. Mais cette dernière est trompeuse. Face aux attaques réelles, l'étudiant peut se trouver tout à fait démuni. Or, elles ne manquent pas dans le paysage ostéopathique actuel.

### 3.5.2 L'identification symbolique

Pour qu'un sujet parvienne à une vraie identification, c'est-à-dire une identification symbolique, il faudrait qu'il acquière véritablement les qualités perceptives, thérapeutiques et humaines non pas d'un autre mais des autres et qu'il finisse, après plusieurs mouvements de construction et de déconstruction, à se reconnaître comme un tout qui inclue sa propre certitude sensible. Cela signifie que c'est véritablement la pluralité des enseignants, des connaissances et des lectures qui permet de construire, puis déconstruire, et reconstruire nos certitudes jusqu'à promouvoir notre propre façon de travailler.

Le collège confère ainsi une identité sociale à long terme. Le choix des professeurs est déterminant : le discours doit être à la fois cohérent sur les principes de base mais suffisamment personnalisé et divergent pour montrer la maturité du groupe, la liberté de penser de chacun et la véritable appropriation du savoir. L'école doit montrer en son sein un vrai débat, un respect des individus (autant des étudiants que des professeurs) et un esprit de recherche scientifique.

L'identification symbolique se montre surtout par son efficacité : le diplôme obtenu doit assurer l'intégration sociale, permettre des conditions matérielles de survie, une reconnaissance synchronique des pairs et diachronique dans l'histoire de la profession. Du point de vue identificatoire, le problème de la profession d'ostéopathe est que le collège est un système de représentations qui ne confère pas d'identité

univoque et stable par rapport à l'autre système de représentations qu'est la société qui l'englobe.

Jusqu'à récemment la légalité même du chef de famille, directeur d'école, n'était pas établie. Aujourd'hui si elle l'est, c'est en acceptant de faillir, au moins momentanément, à l'ordre symbolique, c'est-à-dire aux lois de l'ostéopathie édictées par le père fondateur. Actuellement en France les décrets ont légalisé le travail crânien tout en interdisant son enseignement aux écoles.

Car il est une autre instance symbolique dont dépendent ou croient dépendre les ostéopathes : la médecine. Bien que la médecine dépende de l'OMS qui est favorable aux tradipraticiens, la médecine reste réticente à l'ostéopathie pour diverses raisons dont les deux principales sont le manque à gagner des laboratoires pharmaceutiques et le désir de puissance.

Effectivement la médecine dispose d'un important pouvoir qu'on ne peut ignorer. Le Conseil de l'Ordre a organisé les poursuites judiciaires, l'Académie de médecine se proclame un droit de définir ce qui existe ou non (à son avis le travail crânien n'exerce pas d'influence autre que placebo). Certains médecins raillent les ostéopathes de n'avoir guère de preuves mais la recherche est interdite d'accès aux non-médecins de multiples façons : les institutions refusent l'accès aux patients, les moyens financiers publics dédiés à cet effet n'existent pas, les prêts d'outils de recherche sont refusés et les comités d'éthique interdisent la recherche innovante aux non-médecins.

Ceci explicite la posture de certains ostéopathes qui sont tentés de répondre aux attaques corporatistes de certains médecins alors que l'enjeu est totalement ailleurs. Rien ne sert de convaincre l'Ordre ou l'Académie de médecine. C'est bien plutôt avec la communauté scientifique qu'il convient de travailler, car pour le moins, en médecine, on manque cruellement de preuves scientifiques du bénéfice « global » à attendre des remèdes : l'époque des remèdes héroïques est révolue, mais d'autres erreurs graves continuent d'émailler l'histoire de la médecine, ou plutôt celle des patients : l'exemple du Distilbène est particulièrement grave et significative<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Henri Atlan nous rappelle l'histoire du Distilbène dans le Cahier A la recherche du réel. <http://www.droit-de-suite.com/index.htm>: «Par le biais d'erreurs d'interprétation bien connues mais récurrentes, l'analyse probabiliste sert très souvent à conforter des convictions déjà établies par ailleurs – pour de bonnes ou de mauvaises raisons – en étant prise pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une façon de démontrer la véracité d'une hypothèse. [...] Dans les années cinquante, on observa que les femmes qui faisaient des avortements spontanés à répétition avaient dans leurs urines un taux d'hormones œstrogènes inférieur au taux normal, de façon statistiquement significative. Cette observation fut publiée dans la presse médicale professionnelle et les spécialistes en déduisirent que la cause des avortements était un déficit en hormones œstrogènes. Le Distilbène, œstrogène de synthèse, fut largement administré aux femmes enceintes chez qui l'on craignait un avortement. Vingt ans plus tard, on découvrit que les filles nées de ces grossesses traitées au Distilbène présentaient avec une fréquence anormalement élevée des cancers du vagin et/ou des ovaires. Certaines filles nées de ces grossesses traitées au Distilbène sont mortes, d'autres ont survécu au prix d'une ablation totale de leurs organes génitaux. Des études prospectives, qui partent d'individus où l'on observe une cause supposée (...) et non d'individus où l'on observe la maladie, (...) ont permis de découvrir que la corrélation initialement observée correspondait bien à une relation causale... mais en direction opposée à celle qui avait été imaginée : les avortements étaient une cause de déficit en œstrogènes plutôt que celui-ci était cause d'avortement ! »

On observe d'ailleurs que les pays qui ont pleinement légalisée l'ostéopathie l'ont fait en dehors de toute négociation avec le corps médical. Aux ostéopathes de prendre conscience de l'inutilité des querelles et de l'utilité de la mise en évidence de leurs propres résultats.

Le peu de reconnaissance symbolique, c'est-à-dire sociale, procurée par les collègues – sommés d'enfreindre la loi ou de faillir aux principes élémentaires et à la philosophie de la profession – et les dissensions entre approches thérapeutiques allopathique et ostéopathique entretiennent une fragilité d'identité de ses membres qui devrait inciter ceux-ci à adopter une coexistence serrée, défensive, à l'égard de l'extérieur social véritablement et fantasmatiquement agressif.

Dans toutes les formations des écoles supérieures les « anciens » aiment à se rencontrer, et ceci d'autant plus qu'ils ont souffert. Un effort laborieux librement consenti confère un sentiment d'appartenance au groupe. Les études d'ostéopathie étant particulièrement exigeantes sur tous les plans (connaissance, savoir-faire et attitude), l'effet de groupe est particulièrement fort. Deux ostéopathes qui se rencontrent se posent très rapidement cette question du collègue d'origine.

Telle la famille idéalisée socialement mais théâtre des souffrances et violences bien connues, l'école est un lieu de tensions et parfois de souffrance, notamment pendant les premières années.

Un travail d'éducation en psychologie permet de mettre des mots sur ces phénomènes inconscients de groupe. Passer de l'implicite à l'explicite soulage le groupe. Peu à peu le dévoilement progressif des mécanismes à l'œuvre dans la construction des névroses donne des mots pour penser les difficultés inhérentes aux excès de l'autre. Cela a indéniablement un effet apaisant sur les tensions internes. En outre, cela permet à chacun d'explorer ses peurs et souffrances personnelles dans la rencontre avec les patients – ce qui représente une source de préoccupation importante autant que légitime – puis dans sa rencontre avec soi-même lors du travail ostéopathique. Tant que cette connaissance psychologique n'est pas acquise, les individus restent isolés ou en groupuscules.

A notre avis, c'est le mémoire de fin d'étude qui devrait clore la première base identitaire par le chemin nécessaire pour le faire : revue de littérature, rencontre forte avec les interrogations scientifiques actuelles, apprentissage et adaptation de la méthodologie de recherche, expérimenter une idée originale d'application de l'ostéopathie. Les collègues sont encore insuffisamment organisés de ce point de vue pour la plupart : les moyens financiers dédiés à la recherche manquent.

Ensuite, et tout au long de son métier l'ostéopathe doit continuer sa formation théorique et clinique, par un travail post-gradué et de supervision. Il devrait correspondre avec des spécialistes d'autres horizons pour s'enrichir. Ici les domaines de la recherche en neurosciences et de la psychologie clinique seraient pertinents mais le champ est vaste pour enrichir son approche : philosophie, techniques du corps du monde entier, ethnologie, anthropologie, physiologie. A notre connaissance, c'est

surtout l'anatomie, l'embryologie, la déontologie et les nombreux stages pratiques qui reçoivent la fréquentation maximale des ostéopathes pour leurs post-graduats.

Mais c'est aussi par la conscience de soi et le travail personnel et intérieur que l'ostéopathe peut progresser : la rigueur éthique est sans conteste une valeur personnelle. La présence à l'autre d'un ostéopathe a tout le temps, vraiment, de s'améliorer, ou de s'égarer. A chaque séance, il y a possibilité de comparer les performances que l'on a accomplies avec celles qu'on rêverait d'accomplir. Etre content de soi ou non, faire ce qu'il faut pour progresser est du domaine du possible renouvelé à chaque jour et même chaque heure. Parfois, il y a des décisions radicales qui sont prises : arrêter d'être en manque de sommeil, par exemple.

L'identité symbolique s'acquiert finalement par la résurgence du désir devenir (*Begierde* hégélien), présent dans la conscience de soi, posé comme non encore accompli (de l'autre désirable) mais présent en tant que traces. C'est pourquoi s'enrichir de nouvelles rencontres avec d'autres professionnels est fondamental.

La conscience de soi est très présente en ostéopathie car elle est un outil de travail. Pour qui ne s'intéresse pas à la vie tissulaire, il n'y a rien de palpitant à rester une heure sans bouger ou presque. La représentation visuelle de cette vie intérieure, l'attente qu'on met dans le projet thérapeutique, les idées qui viennent sur la façon d'y parvenir, tout cela est nécessaire pour échapper à l'ennui qu'il y aurait à ne rien visualiser ou réfléchir concernant ce qui se passe dans nos mains. C'est la part active du thérapeute, qu'on peut considérer comme auto-érotique : elle soutient le plaisir du thérapeute à travailler, auto-érotisme indispensable pour restaurer l'auto-érotisme du patient qui devra lutter contre la pulsion de mort généralement active dans la maladie. Nous reprendrons ce concept ultérieurement.

Après avoir réfléchi sur les représentations que les ostéopathes en formation et en exercice se font de l'ostéopathie, penchons-nous sur les représentations qu'un patient se fait de l'ostéopathie.

#### **4. Représentations du patient à propos de l'ostéopathie**

Pendant nos études, on nous avait appris le diagnostic différentiel. Evincés les fractures, sidas, cancers et maladies de système. On travaillait à l'évidence, sur des troubles fonctionnels. Les seuls aspects vraiment structurels étaient le remodelage osseux.

Pourtant Still relatait des traitements de pneumonie, de tuberculose, de scorbut, de maladie d'Addison, d'insolation, d'eczéma, etc.<sup>48</sup> Démunis devant cette compétence qui à l'évidence nous échappait, outre que nous pensons n'avoir pas encore déployé tous les potentiels de l'ostéopathie, nous savons que les modalités de traitement (fréquence, croyance, traitements allopathiques disponibles) influent sur les résultats. Par exemple nous avons connu une personne dont le diabète « insulinodépendant » a été régulé par acupuncture. Mais les séances d'acupuncture ont été pratiquées trois

---

<sup>48</sup> Still, A. T. (1910). *Ostéopathie, recherche et pratique*. Vannes : Sully, 2001.

fois par jour à l'hôpital, pendant deux années. Cela ne se pratiquerait sans doute plus si ces hôpitaux disposaient de suffisamment de médicaments.

Quoi qu'il en soit des vraies possibilités thérapeutiques de l'ostéopathie, à ce jour et en Occident, nous avons choisi les suites de traumatisme pour cette étude. Nous considérons, à titre personnel, que c'est le domaine où nous sentons le mieux le travail tissulaire et en outre celui où nous croyons observer le plus d'efficacité, à condition d'entendre « traumatisme » au sens large du terme (cf. Les hypothèses en annexe).

Cela inclut surtout des douleurs et des dysfonctions mécaniques et organiques. Cela peut aussi comprendre des inflammations. Par exemple, nous observons que l'ostéopathie est une bonne thérapie pour les otites d'origine traumatique, par exemple après utilisation des forceps pendant la naissance. Et dans ce cas son efficacité sur les otites chroniques est très grande.

Dans les cabinets d'ostéopathie, nous recevons peu de patients dont nous devons réorienter la prise en charge. Cela signifie que l'information du bouche à oreille fonctionne correctement. Les patients perçoivent l'ostéopathie comme technique capable de prendre en charge les douleurs d'origine traumatique. Les arguments d'une prise en charge globale et écologique, sans effets secondaires négatifs, sont de plus en plus souvent mentionnés.

Les patients ont rarement lu de livre sur l'ostéopathie. Les magazines de santé en parlent volontiers mais sans donner d'indication précise du mode de fonctionnement, ni des limites d'action. On évoque le plus souvent les maux de dos et des douleurs diverses considérées comme liées au stress. La notion de traumatisme n'est pas toujours bien mise en évidence. Beaucoup d'ostéopathes disposent de feuillets informatifs édités par une association professionnelle. Quelques-uns aussi d'une bande dessinée qui a beaucoup de succès à juste titre car elle présente simplement des notions de base déjà complexes pour un néophyte.

Les patients que les ostéopathes adressent vers une autre spécialité ont souvent un problème psychologique particulier qui nécessite à leur avis une prise en charge plus spécifique. Ces patients connaissent en général leur besoin d'aller consulter un psychothérapeute mais ils en ont si peur qu'ils tentent de solutionner leur problème par l'approche corporelle. Sauf en cas de risque suicidaire, l'ostéopathie peut alors être légitimement continuée pour amener doucement le patient vers la psychothérapie.

#### **4.1 Une thérapie qui soigne la douleur... avec le temps**

Au début de notre profession, nous nous attendions à un résultat avec la même incertitude que le patient. Le principal était à ce stade le *primum non nocere*. C'était heureusement toujours le cas.



Nous avons découvert les réactions du corps qui sont énigmatiques tant qu'on ne sait pas que le corps continue à travailler après la séance. Le temps de la séance est rarement totalement résolutoire de la douleur. Les douleurs se modifient encore longtemps après la séance d'ostéopathie. Elles sont susceptibles de passer à un autre lieu du corps, revenir sur le lieu initial, s'amplifier brièvement ou diminuer et finir après quelques jours par disparaître, sans qu'on le réalise. Un jour, on se souvient qu'on avait mal.

Ceci n'est en aucune façon le déplacement de la somatisation au sens où on l'entendrait chez l'hystérique, dont les symptômes sont labiles, très changeants. C'est le réaménagement des nouvelles lignes de gravité, par exemple ; le travail d'autoréparation sollicite l'ensemble du corps et parfois peut être douloureux : c'est une douleur sourde, agaçante, qui attire l'attention. Elle est rarement, très rarement forte. Mais ça arrive, surtout quand le travail d'autoréparation est intense. Et cela sollicite des zones du corps dont on ignorait souvent le lien avec les douleurs. Par exemple une douleur latérale du sein gauche qui durait depuis environ cinq années a disparu après que de nombreuses tensions aient lâché pendant plusieurs jours consécutifs autour de la première côte droite. C'était très évident du point de vue sensoriel. Et si peu imaginable qu'il est difficile de penser à une construction mentale.

Les modifications de la douleur, avec des variantes individuelles, suivent toujours les mêmes modèles. Parfois les douleurs cessent pendant la séance, parfois elles sont inchangées, parfois encore légèrement mieux ou au contraire « réveillées ». Puis le patient sent que « son corps travaille » : cela peut arriver tout de suite après la séance, ou à distance. Cela peut durer un instant ou au contraire pendant quelques jours. La disparition de la douleur peut prendre plusieurs séances où elle s'améliore un peu, ou nettement pour revenir un peu moins forte qu'avant. Puis on se rappelle soudain qu'on avait une douleur à cet endroit et qu'on l'avait oubliée. Les douleurs chroniques disparaissent fréquemment à l'insu du patient qui ne le réalise que plus tard.

Nous étions avertie en tant qu'élève qu'il y avait le plus souvent un délai de quelques jours avant que le résultat ne soit arrivé à son expression complète. Une durée de trois semaines environ avait été indiquée pendant les études, durée pendant laquelle le « travail » du corps se poursuit, ce qui donnait l'espace nécessaire optimal entre deux séances pour les patients. On envoyait régulièrement tel élève qui parlait d'un patient guéri en une seule séance, et qui nous faisait perdre tout d'un coup une confiance qui commençait à poindre.

Ce sont réellement nos sensations en tant que patiente qui ont permis de valider le retard entre la séance de travail et l'épanouissement de l'amélioration. Nous nous souvenons d'un épisode de coude douloureux après un « incident » d'escalade. Six mois de gêne entre l'incident et la séance d'ostéopathie. Juste avant la séance, il était devenu impossible de soulever quoi que ce soit de plus de 2 kilos, mais au repos, il n'y avait aucune douleur. Après la séance, la douleur est devenue gênante, agaçante, pire

psychologiquement pendant quatre jours. Elle a diminué progressivement pendant 4 autres jours et a disparu définitivement.

Cette notion de définitif fait frémir tous les non ostéopathes parce que, nous le constatons chez nos patients, leurs douleurs sont susceptibles de disparaître pour une longue durée et de réapparaître. La clinique d'un ostéopathe lui enseigne rapidement que la disparition de la douleur est éphémère si la cause n'est pas soignée, et qu'elle est définitive quand la cause a cessé. On observe cela en particulier dans ce type de contexte : prise en charge assez rapide (mais six mois c'est déjà assez long) pour un traumatisme bénin pendant la pratique d'un sport, sans contexte psychique particulier.

#### **4.2 Les résultats mécaniques : ajuster la charpente et trémulations**

Nous avons mentionné le repositionnement du segment osseux dans nos mains dans l'ostéopathie, soit secondé seulement par la main accompagnatrice en ostéopathie fonctionnelle, soit volontairement ajusté dans la manipulation structurale. Ces processus sont susceptibles de survenir aussi après la séance, à l'occasion d'un mouvement, ou même au repos. Quelquefois un craquement articulaire se produit, parfois aucune modification extérieure du déblocage n'est décelable. Le patient soudain réalise qu'il n'a plus mal.

Quand la malposition avait été maintenue pendant plusieurs jours, mois ou années, un « travail » tissulaire d'autoréparation apparaît visiblement par des fasciculations superficielles qui se nomment trémulations. Ce sont des lâchers de tensions. Ils sont parfois très localisés, sur le fascia d'un muscle. La sensation est superficielle, comme une paupière qui saute, parfois même le patient ne sent rien. Ce qui indique que ce travail spontané se passe au niveau du fascia est que ça défie toute autre organisation métamérique : ni osseuse, ni nerveuse, ni musculaire, ni cutanée. En revanche, on peut suivre la chaîne fasciale d'une extrémité à l'autre : le travail peut concerner par exemple l'épaule droite, puis s'enchaîner avec la face antérieure de la jambe droite. La superficialité de la sensation comme du travail tissulaire s'ajoute à l'absence de métamérisation pour confirmer qu'il s'agit bien d'une réaction qui concerne le fascia,

Ces tressautements parfois uniques, sont généralement répétés par salves (jusqu'à plusieurs centaines de fois) pendant plusieurs jours quelquefois. Ils sont souvent visibles à l'œil nu, très perceptibles à la main mais parfois insensibles pour le patient qui doit le voir pour le croire. Ces « trémulations » sont extrêmement fréquentes pendant le sommeil. Elles sont différentes des mouvements dont on voit l'origine motrice et l'inhibition des motoneurones incomplète en ce qu'elles produisent non un mouvement organisé ou ébauché mais des relâchements, parfois en forme de sursauts.

La notion de Trémulation est amplement développée par le texte d'Emmanuel Swedenborg qui est traduit pour la première fois en français dans le Tome 3 p.29. Dans notre expérience personnelle des sensations de lâchers directement en lien avec

un traitement sont apparues 10 jours après la séance, et ont consisté en lâchers de tensions allant de l'occiput à l'acromion droit pendant plus de 24 heures. Cela a inauguré la disparition totale d'une douleur de trapèze droit et... de l'angoisse en voiture datant d'un accident de la circulation vieux d'environ 40 ans ! Les pièces osseuses restent bien sûr en place après le déroulement de ces phases de réorganisation tissulaire. C'est en ce sens que le travail est définitif. Nous pouvons dire aujourd'hui que l'angoisse de voiture a disparu avec un recul d'environ sept ans.

Un travail structurel qui ne permettrait pas cette adaptation tissulaire en agissant uniquement sur une conséquence n'aurait qu'un effet passager. C'est d'ailleurs la plainte formulée par la plupart des patients qui viennent désormais consulter avec une demande spécifique d'ostéopathie fonctionnelle : « l'effet des manipulations ne tient pas, il faut manipuler de plus en plus souvent. »

Déjà convaincue de l'intérêt de ne pas forcer le corps par la pratique du yoga et de l'acupuncture, nous avons observé des patients qui étaient allés consulter d'autres praticiens et avons demandé toujours si des troubles qui nous avaient résisté avaient disparu. Nous étions avide de savoir. Nous n'avons trouvé que trois fois un résultat plus avantageux du structurel. Dans un des cas, il s'agissait d'une patiente qui avait une douleur de pied qui avait résisté au traitement fonctionnel pendant deux séances. Dans les deux autres cas, les manipulations avaient été créées par des chutes. Une chute d'une patiente a éliminé momentanément une douleur d'articulation acromio-claviculaire. Une chute personnelle a régulé un craquement indolore dans une articulation fémoro-patellaire.

Nous avons, pour nous-même patiente aussi cherché à connaître l'ostéopathie structurelle. D'abord par honnêteté, ensuite parce que, finalement, il est difficile de trouver des ostéopathes qui n'y ont pas recours. Selon cette expérience faite d'une dizaine de séances avec thrusts avec quatre praticiens différents, nous avons en mémoire une séance de chiropraxie où le rebond de la table à ressort nous a provoqué des douleurs cervicales qui ont duré plus de quinze ans ainsi qu'une autre séance au lendemain très douloureux. Nous avons dû aussi constater qu'aucune manipulation n'avait changé quoi que ce soit en positif pour nous. En outre, il n'y avait aucune sensation de « travail du corps » après. Il est clair que notre propre croyance est implicitement en lien avec ces résultats médiocres, de même que notre structure hyperlaxe qui ne produit peut-être pas la tension ligamentaire suffisante pour un retour dans une position optimale.

#### **4.3. Les réactions psychiques**

Nous avons été conquise lors de notre premier traitement en ostéopathie par la sensation d'un toucher et d'un mouvement juste du point de vue corporel. Cela s'accompagnait d'un grand sentiment de respect. Aujourd'hui, en tant que patiente toujours, et après donc plus de vingt-six années de traitement ostéopathique, nous pouvons dire qu'il s'agit de respect de la personne mais surtout du respect des résistances de la personne, ce que nous ressentons comme plus primordial encore. Or

le respect des mécanismes de défense se trouve forcément du côté du fonctionnel. « Dans *suivre les tissus*, d'abord, il y a *suivre*, verbe qui suggère une certaine disposition à l'humilité et au respect, c'est-à-dire finalement à **l'attention** aux tissus. Ce sont eux qui guident la main du praticien, une main accompagnatrice dont le rôle, pour second qu'il soit, n'en est pas moins essentiel. »<sup>49</sup>

On peut bien sûr envisager un respect des résistances du côté du structurel si le praticien recueille un consentement éclairé du patient avant la manipulation. Mais ce n'est pas pratiqué ainsi. En effet, il est aujourd'hui devenu « à la mode » de manipuler une articulation, la tendance au mépris pour les praticiens ostéopathes « tout fonctionnel » est assez généralisée, tout autant que celle réservée aux patients qui osent demander qu'on n'use pas de telles manipulations dans leur traitement. Ce mépris est oublié ou non averti de l'Histoire de Charcot à la Salpêtrière, qui ne s'adressait même pas à ses patientes, les hystériques, suivant le motif qu'on n'avait jamais entendu une hystérique dire autre chose que des imbécillités. Faudra-t-il que l'ostéopathe, praticien d'une technique de suprême respect dans l'esprit de Still, refasse les mêmes erreurs ? Faudra-t-il qu'il oublie ce que la psychologie a si minutieusement élaboré puis étayé et que la médecine conventionnelle tente aujourd'hui de respecter, c'est-à-dire le droit élémentaire du patient au libre-choix des techniques de soin ?

Une raison principale de respecter les défenses mises en place par le patient, outre l'éthique, est que guérir repose sur un ensemble de phénomènes corporels et psychologiques parmi lesquels les croyances individuelles ont une place prépondérante. Revenons une fois encore à l'histoire de l'hystérie. Au Moyen-âge, elle était considérée comme une possession et l'exorcisme était très efficace quand ces femmes échappaient au bûcher ou à la noyade. Puis, lorsqu'elle a été considérée comme une suite de traumatisme psychique, les hystériques ont été bien soignées par l'hypnose. Aujourd'hui cette hystérie aux manifestations bruyantes a pratiquement disparu. Et ainsi les croyances de chaque époque déterminent des efficacités de traitement. Claude Lévi-Strauss montre l'importance de l'efficacité symbolique d'un traitement dans un texte relatant comment des rituels chamaniques guérissent une parturiente qui ne peut accoucher<sup>50</sup>. Toute l'ethnopsychiatrie nous offre mille raisons d'arrêter de nous croire seuls détenteurs de la capacité à soigner. Nous reprendrons ce concept dans le chapitre sur l'efficacité symbolique.

Les réactions psychiques susceptibles de survenir sont parfois véritablement comme une libération, parfois des moments ou des périodes malheureusement inconfortables. Nous connaissons de façon certaine une patiente qui a débuté un état vagotonique après un cauchemar reprenant un traumatisme traité en séance. Le frère d'une patiente a débuté des pleurs irrépressibles, puis des angoisses après sa première séance d'ostéopathie. Selon elle, c'était salutaire car leur histoire familiale très lourde avait toujours été déniée par son frère. Nous avons nous-même vécu une

<sup>49</sup> Andrieux, A. (2002). J.M. Briand et A. Andrieux répondent à R. Lalauze-Pol. *ApoStill*, N°11-12, 95.

<sup>50</sup> Lévi-Strauss, C. (1958). L'efficacité symbolique. In *Anthropologie structurale* (pp.213-234). Paris : Masson.

période d'angoisse après quelques mois d'ostéopathie. Nous devons mettre ce vécu psychique pénible en lien avec le contexte de vie d'alors. Néanmoins notre sensation était clairement une perte de points de repère corporels. Nous avions l'impression subjective d'être un immeuble qui se lézarde. Nous nous représentons aujourd'hui cette perception comme une confrontation à la peur de l'inconnu de ce que nous étions en train de devenir. C'était comme une mort au soi connu sans connaître la forme de la renaissance, ni même être assuré d'une renaissance. Ce vécu évoque un passage, comme un rite initiatique. Un texte de Osho donne une métaphore très proche de notre perception d'alors.

### La légende des sables

Un cours d'eau, parti de sa source, tout là-haut dans les montagnes lointaines, après avoir traversé les paysages les plus divers, atteignit enfin les sables du désert. Tout comme il avait traversé les autres barrières, le cours d'eau essaya de traverser celle-ci, mais il s'aperçut qu'en courant dans le sable, ses eaux disparaissaient. Il était convaincu cependant que sa destinée était de traverser le désert, et pourtant ce n'était pas possible. Alors une voix lointaine, venue du désert même, murmura : « le vent traverse le désert, le cours d'eau peut faire de même ». Le cours d'eau objecta qu'en se jetant dans le sable, il s'y faisait simplement absorber, tandis que le vent pouvait voler, c'est pour ça qu'il pouvait traverser le désert.

- En te précipitant de ta manière habituelle, tu ne pourras pas traverser. Tu disparaîtras, ou tu deviendras un marais. Tu dois laisser le vent t'emporter jusqu'à ta destination.
- Comment cela pourrait-il se faire ?
- En te laissant absorber par le vent.

Cette idée était impossible à accepter par le cours d'eau.

Après tout, jamais il ne s'était laissé absorber auparavant. Il ne voulait pas perdre son individualité. Car, quand il l'aurait perdue, comment savoir s'il la retrouverait jamais ?

- C'est là la fonction du vent, dit le sable. Il prend l'eau, l'emporte au-dessus du désert, puis la laisse retomber. L'eau tombe en pluie, et redevient une rivière.
- Comment puis-je savoir si c'est vrai ?
- C'est ainsi ; et si tu ne le crois pas, tu ne pourras rien devenir d'autre qu'un marécage, et ce encore, après des années et des années ; et là non plus, tu ne seras plus un ruisseau.
- Mais ne puis-je donc rester le ruisseau que je suis aujourd'hui ?
- Dans un cas comme dans l'autre, tu ne peux demeurer le même, murmura la voix. Ta partie essentielle est emportée et va former de nouveau une rivière. Même aujourd'hui, tu as le nom que tu portes parce que tu ne sais pas ce qui en toi est la partie essentielle.

Quand il entendit cela, certains échos commencèrent à surgir dans la pensée du cours d'eau. Confusément, il se souvient d'un état où il – ou était-ce une partie de lui ?- était tenu dans les bras du vent. Il se rappela aussi – était-ce lui ?- que c'était vraiment la chose à faire, même si ce n'était pas vraiment évident.

Et le ruisseau laissa ses vapeurs s'élever dans les bras accueillants du vent qui, sans effort, l'emporta doucement au loin, pour le laisser retomber dès qu'ils eurent atteint le sommet d'une montagne, bien des kilomètres plus loin. Et parce qu'il avait eu des doutes, le ruisseau fut capable de se souvenir, et de graver plus profondément dans son esprit les détails de l'expérience. Il réfléchit : oui, maintenant, j'ai appris ce qu'est ma véritable identité. Le ruisseau était en train d'apprendre. Et les sables se mirent à murmurer : nous savons, parce que nous voyons cela se produire jour après jour ; et parce que nous, les sables, nous nous étendons partout, des bords de la rivière jusqu'à la montagne. Et c'est pourquoi il est dit que le cours de la vie, dans son cheminement, est inscrit dans les sables.

#### OSHO

Changer de forme n'est pas chose aisée. L'ostéopathie produit ce travail psychique chez certains patients, surtout ceux qui s'impliquent beaucoup dans une recherche personnelle.

#### 4.4. La résistance tissulaire

Nous espérons avoir été suffisamment précise pour qu'un lecteur puisse se faire une idée juste de la capacité d'un ostéopathe à discerner l'absence de travail des tissus myofasciaux du patient. C'est un guide permanent pendant tout le travail en ostéopathie car tout d'abord, cette absence de travail doit convaincre l'ostéopathe de chercher une meilleure porte d'entrée ou une meilleure direction pour faire travailler telle ou telle tension. Ce n'est qu'à l'échec constant, malgré des portes d'entrée différentes, et malgré des directions et des profondeurs de travail différentes que nous en sommes arrivées à déduire que parfois le corps ne pouvait pas travailler. L'ancienneté de la lésion et le manque de vitalité du patient étant parfois responsables du même effet, nous comprenons que cette notion de résistance tissulaire n'est pas devenue évidente aux « mains » de tous les ostéopathes. Il nous a fallu une certaine expérience pour que notre attention soit attirée sur cette notion de résistance.

La résistance dont nous parlons ici n'est en aucun cas celle du symptôme : le corps peut demander du temps pour se réparer. Personne n'éprouve d'impatience : ni le patient, ni le praticien. Les progrès sont lents mais ils paraissent logiques. La résistance dont nous parlons est celle du corps du sujet patient face aux sollicitations tissulaires que nous lui offrons : sans le vouloir, le patient maintient une tension. Tout ou parties de son corps, certains tissus myofasciaux résistent au travail ostéopathique. Ces parties du corps semblent être rigides, comme en alerte, ou comme dans un effort. Le patient n'en est pas conscient, le plus souvent, mais cela s'impose à sa conscience quand soudain la tension se relâche, soit qu'il arrive à la relâcher volontairement, soit qu'elle cesse soudain au décours de la séance.

#### Exercice pour le lecteur

La résistance est à la limite du volontaire et du non-volontaire, du conscient et du non-conscient. Pour que chacun puisse l'expérimenter, nous proposons ici un nouvel exercice. Demandez à une personne allongée de venir poser sa tête dans vos deux mains disposées en berceau pour recevoir confortablement son occiput. Puis cessez

de bouger 3 ou 4 minutes en demandant au « patient » de se laisser aller sans peur, que vous n'effectuerez que de très lents et très petits mouvements. Vous pourrez vraisemblablement donner une impulsion légère de flexion et/ou d'extension de la tête du patient sans rencontrer de résistance mais le plus souvent il vous sera difficile d'amener une rotation-latéroflexion combinée d'un côté ou de l'autre (mouvement le plus physiologique et facile possible pour la colonne cervicale) sans qu'intervienne ce type de tension ou résistance. Si vous réitérez votre demande de « bien laisser aller », certains patients pourront le faire immédiatement, d'autres par moment, reprenant leur laisser-aller à nouveau rapidement sans s'en rendre compte, d'autres enfin ne pourront pas du tout et n'auront même pas conscience de leur résistance.

Quand une douleur est présente dans la zone de travail, la résistance est quasi-constante. Tout observateur pressent cette résistance comme légitime. Ce sentiment de légitimité montre que chacun connaît en son for intérieur ce type de résistance, et qu'une part au moins en est vraisemblablement consciente et volontaire. Ce à quoi se heurte un ostéopathe qui ne peut pas travailler est un empêchement du laisser-faire du patient quand bien même les mouvements qu'il produira ne seront pas douloureux ni dangereux et que le patient le « sait » pertinemment. Ce dernier résiste, retient malgré son désir conscient d'être coopérant pour ne plus souffrir. Cela évoque une résistance psychique, dont on peut dire qu'elle n'est pas consciente ni inconsciente. Sans doute est-ce à la frontière, elle concernerait le préconscient...

A part cette résistance du travail qui signerait une résistance psychique, il nous semble discerner une autre différence entre le traumatisme physique et le traumatisme psychique dans les perceptions corporelles. Généralement, lors d'un traumatisme physique, les micro-déplacements mettent les ligaments en tension et font percevoir les parties osseuses comme plus dures par rapport aux zones sans lésion. A l'inverse, le traumatisme psychique semble altérer la respiration tissulaire des tissus mous, sans augmenter la sensation de dureté osseux.

## **5. Comment contourner les résistances**

Puisque des résistances sont assez généralement mises en œuvre par les patients du point de vue de la détente, du lâcher prise et de la confiance, chaque ostéopathe un peu expérimenté devient spécialiste en stratégies anti-résistances. Au début l'étudiant se décourage facilement sur ses compétences mécaniques. Puis il développe sa façon de faire personnelle. Certains sont très attentifs à leur posture de travail et détente personnelle, d'autres à leur attitude mentale qu'ils tentent de moduler et adapter au cas du patient, d'autres se veulent gentils en relatant leur vie privée. C'est souvent faute de savoir-faire relationnel. Car s'il est vrai que des soins par le toucher s'apparentent à des soins familiaux, le thérapeute, en s'exposant, perd l'occasion de laisser son patient travailler ou de mettre au travail sa fonction éducative. Car une éducation, certes, est dispensée par l'ostéopathe. Si elle paraît négligeable car naturelle au thérapeute, elle est tout à fait importante pour les patients.

### **L'aspect éducatif**

Sans qu'ils comprennent toujours pourquoi, les patients concluent que la prise en charge ostéopathique est supérieure aux médicaments dans la petite traumatologie car elle soigne des douleurs de façon plus souvent définitive. Ce qu'ils ignorent parfois, c'est l'aspect « traitement de la cause » que nous expliquons quand c'est nécessaire. Comme nous disposons d'une habitude de recherche des causes mécaniques des douleurs dans l'anamnèse habituelle, lorsque les patients ressentent le travail tissulaire, le lien entre cause mécanique et conséquence algique est assez bien fait.

Un autre de ses aspects est le « savoir faire » avec la douleur. Nous conseillons certes de respecter la douleur mais de continuer à bouger et surtout d'éviter l'immobilité prolongée, cela contribue à combattre la peur du mouvement ; c'est essentiel pour éviter l'installation d'une phobie du mouvement. En général les patients conçoivent cela d'eux-mêmes et sans qu'on ait besoin de l'explicitier clairement car on leur fait effectuer les mouvements redoutés de façon passive, et ils ont déjà l'occasion de vérifier pendant la séance que ce n'est pas cela qui produit la douleur. Néanmoins le dire est parfois nécessaire pour modifier des habitudes posturales.

### **Parler en vue d'abaisser les résistances**

Quand les tissus du patient résistent, la première possibilité est de l'inciter à fermer les yeux s'il le peut et d'écouter ses sensations proprioceptives : ce qui se passe dans son corps quand et où on travaille. Cela amène les patients qui sont distraits à eux-mêmes ou occupés par un mental actif à revenir aux sensations et à se détendre.

Parfois, c'est au contraire quand le patient se concentre sur ce que nous faisons qu'il est tendu et il devient capable de se détendre après quelques moments de conversation. C'est surtout vrai en première séance. Dans ce cas il est vraiment préférable de lisser les différences susceptibles d'apparaître au cours de cette conversation plutôt que de les souligner. Etre consensuel est primordial pour éviter les résistances corporelles qui s'installent si facilement et à l'insu du patient.

Parfois certains patients ont des tissus qui sont beaucoup plus accessibles au travail lorsqu'ils augmentent le temps expiratoire de la respiration, ce qui produit une respiration plus lente.

Enfin, parler de ce qu'on ressent peut intéresser le patient à son traitement. Il faut veiller alors de parler de perceptions en précisant qu'il s'agit de notre subjectivité de praticien. Nous y reviendrons.

### **Se parler en tant que thérapeute**

Un des avantages qu'il y a à parler, c'est que l'acte d'indiquer saisit le vrai de la certitude sensible. Il est le signe que je prends un objet dans sa vérité, je le perçois. Tant que je ne désigne pas à moi-même, je reste dans une sensation peu consciente. Pour prendre un exemple qui parlera aux psychothérapeutes comme aux



psychanalysants, tant qu'on n'a pas exprimé à soi-même ou à l'autre ce qu'on pense, on ne le sait pas clairement. Pour l'ostéopathe en travail, c'est vrai aussi. Tant qu'on ne se dit pas ce qu'on sent, on ne le sait pas complètement.

Mais c'est un peu plus délicat : l'ostéopathe doit descendre suffisamment en niveau de conscience pour être perméable à des sensations très fines, et il doit remonter suffisamment pour ne pas s'endormir et se dire des choses à lui-même. Et encore, il ne doit pas décider de se les dire, c'est bien plus efficace quand ce sont soudain ses mains qui parlent à son cerveau. D'actif - je décide de penser -, le cerveau devient un vécu de pensée, où comme le dit Pontalis, la pensée devient « rêvante », elle s'enhardit d'elle-même sans connaissance anticipée de sa destination. C'est le moment où il n'y a plus d'autre pensée, où il n'y a plus qu'une attention à la sensation très profonde par le biais d'une écoute cérébrale très éveillée de ce qui se passe de l'autre côté des mains.

Nous apercevons d'abord dans notre patient l'être humain universel, l'être humain commun dans la région de Paris où nous professons. Puis, le non-universel surgit, s'oppose et l'exclue de la communauté des humains que nous avons reçus jusqu'alors. Dans ce un séparé, nous trouvons beaucoup de propriétés indépendantes. Nous prenons à mon insu notre patient dans une dialectique entre ce qu'il a d'universel et de singulier. De plus en plus finement. Pour un homme ou une femme, de cet âge-ci, avec tel antécédent connu, avec ce que nous ne savons pas mais devinons, avec telle pathologie, avec telle radio, avec telle tension, etc. certaines perceptions nous paraissent normales, d'autres dénotent, singularisent la personne. Nous confrontons à nouveau ces données étonnantes à l'épreuve de la réalité. Est-ce possible ? Et nous continuons à construire l'objet de notre perception. Il n'y a pas que l'objet que nous confrontons à la réalité. Il y a aussi notre sensation. Avons-nous bien senti ? Et si nous allions vérifier encore de l'autre côté ? Du point de vue de l'aspect psychique du patient, le mouvement est le même. Mais il se complexifie car devant accueillir les contradictions inhérentes à chacun. Par exemple : « Certes, ce patient dit avoir trop peur pour affronter telle situation, mais n'est-ce pas étonnant en fonction de ce qu'on connaît de lui dans son rapport à nous ? » C'est ainsi que, pas à pas, notre conscience relie les qualités, perçoit des oppositions qui déterminent la structure de la personnalité... qui surtout contient et organise l'ensemble des contradictions. Du point de vue corporel, c'est ainsi que s'oriente pas à pas le travail. Du point de vue psychique, c'est ainsi que se construit, séance après séance, la relation praticien-patient. Le patient de son côté effectue le même questionnement à propos de son thérapeute. Pour son âge, il, elle, d'après son métier, en fonction de ce qu'on m'a déjà dit de lui, d'elle, il ou elle paraît plus ou moins.

De la perception de chacun naît la relation soignant-soigné, qui en fait repose sur deux images (fausses) de l'autre. Le sentiment d'évidence s'ajoute à cela ; chacun croit être un fin détecteur de la réalité de l'autre car la perception persiste dans l'illusion du vrai. A cette évidente illusion qui s'appelle notre perception de l'autre, et qui contient en creux tout ce que je n'ai pas perçu, il faut cette fois ajouter d'autres

éléments inconscients qu'on ignore être en train de poser sur l'autre : c'est la dimension transférentielle et contre-transférentielle de la relation, celle qui fait que les choses ne se passeront pas comme on le souhaitait, qu'on va achopper là où chacun voudrait, dans son intention première, le meilleur pour l'autre. Devant tant de manques et d'ajouts dans notre compréhension du patient, rappelons avec Hegel que l'entendement (aboutissement réflexif depuis la sensation, puis la perception) voudrait que le thérapeute reste conscient du fait que sa conscience ne fait l'expérience que d'elle-même.

Cela a des conséquences pratiques pour le thérapeute : il convient mieux de parler de notre perception ou de notre compréhension d'un problème donné sur une zone du corps donnée. Prendre des précautions devient indispensable pour ne pas figer une zone par un diagnostic posé comme vérité. De même, dire son étonnement devant une contradiction qu'on n'arrive pas à comprendre est bien plus juste, plus fécond et de surcroît bien plus facile à entendre pour le patient, c'est tellement préférable à la critique qu'on voudrait lui adresser depuis notre « évidente illusion ».

#### **Compte-rendu de la séance**

Au début très silencieuse à propos de notre travail corporel, nous avons appris qu'il était important de redonner quelque chose au patient de notre vécu grâce à Jean, un patient psychotique qui nous entraînait invariablement dans le bureau où on parle après chaque séance.

Parler de perception finit par dire l'essentiel, l'ambiance, la qualité de travail. On ne peut de toutes les façons pas dire les millions de sensations qui nous ont traversées. On en a oublié déjà l'immense majorité. Et en dire quelques-unes, c'est employer des mots anatomiques qui sont inconnus aux patients. Il reste la perception de notre travail qui est un retour qui contribue à l'appropriation de la technique par le patient tout en l'encourageant dans les voies les plus fécondes car lui, habituellement, ne peut pas se rendre compte de la qualité de restauration tissulaire qui a pu se passer pendant la séance. Il y a même de nombreux patients qui ont l'impression de résister alors que le travail se passe sans difficulté.

#### **6. Les interrogations du patient et de l'ostéopathe en cas d'échec**

En cas d'échec momentané, et même de réussite, le patient, autant que l'ostéopathe, sont devant un questionnement difficile :

1 – Le traitement du corps a-t-il été correct ?

Parfois le patient ne connaît pas la cause de sa douleur, il ne se souvient d'aucun traumatisme ; dépourvu d'indices, l'ostéopathe doit traiter toutes les dysfonctions tissulaires potentiellement responsables du symptôme. Des traumatismes anciens peuvent avoir été oubliés depuis longtemps et un examen - même minutieux - du corps ne donne au praticien aucune assurance d'avoir traité toutes les causes mécaniques possibles du symptôme. Un exemple des plus surprenants est celui d'un patient souffrant d'une sciatalgie rebelle qui a vu sa douleur disparaître après un

travail ostéopathique sur une dent. Le patient n'avait pas réalisé que sa sciatique avait débuté après un soin dentaire où il avait été ébloui pendant quelques fractions de secondes pendant le traitement de la dent. C'est une anamnèse plus poussée qui seule a permis le diagnostic du nécessaire ajustement de la dent incriminée dans son alvéole dentaire par ostéopathie.

2 – Est-on devant une résistance d'origine physiologique ou psychosomatique ?

Parfois le patient et/ou l'ostéopathe perçoivent une évidente intrication entre traumatisme physique et traumatisme psychique. L'anamnèse montre un traumatisme corporel bénin, voire aucun traumatisme corporel, et un traumatisme psychologique fort. Par exemple, pas de traumatisme corporel repéré mais annonce d'un décès la veille de la sciatologie. La résistance est-elle alors tissulaire ou psychique ? Comment peut-on travailler en ostéopathie ? Doit-on persévérer en cas de non amélioration ?

3 – Le patient connaît son traumatisme et sait qu'il y a une composante psychique importante : il a eu un accident de voiture dans lequel il a eu très peur de mourir. Il conserve des symptômes corporels et redoute encore beaucoup la voiture. La persistance de la tension corporelle est-elle d'origine physiologique ou psychique ? Lorsque, après plusieurs séances d'ostéopathie sans amélioration notable apparente, soudain les tensions lâchent et les symptômes disparaissent, doit-on penser qu'il y a une horloge biologique présidant à la réparation des traumatismes ou bien l'ostéopathe aurait-il pu contribuer à raccourcir cette résistance ? Et de quelle façon ? L'évocation spontanée du traumatisme ou le sommeil du patient ont-ils joué un rôle ? Est-ce reproductible ?

4 – Peut-on aider le patient à dépasser une résistance corporelle d'origine psychologique non repérée ?

Parfois l'ostéopathe perçoit une résistance corporelle involontairement opposée par un patient. Le patient est tranquillement allongé sur la table, mais il ne peut relâcher son tonus musculaire. Il contrôle tous les mouvements alors qu'il tente d'être passif. Il ne sait pas comment se laisser aller, ni ne connaît la cause de son symptôme. Le travail tissulaire est empêché. S'agit-il d'une cause traumatique précise ou d'un excès de stress de la vie courante, ou d'une dépression masquée, d'un état anxieux généralisé ?

5 – Est-on devant une résistance de la part psychique du traumatisme ou un tableau psychologique plus complexe nécessitant de passer la main ou de coopérer avec un psychothérapeute ?

Parfois le traumatisme psychique se conjugue avec d'autres traumatismes psychiques. Et en dehors de l'histoire traumatique actuelle, le patient possède une histoire et une économie psychique où interviennent beaucoup de paramètres (traumatismes depuis la petite enfance, soutien offert par la vie affective et le milieu socioprofessionnel, analyse de la situation par le système de croyances culturelles, etc.).

## 7. Les hypothèses de la thèse

Ces questions nous ont amenée à formuler des hypothèses de recherche que cette thèse avait pour dessein de mettre à l'épreuve. Bien qu'elles ne soient guère originales et on pourrait même penser qu'elles tombent sous le sens, c'est justement cette quête de scientificité que nous entendions mener :

- *Questionner les a priori intuitifs produits par une expérience globale clinique au moyen d'une comparaison implicite en produisant une analyse des processus par éléments distincts susceptibles d'être confirmés, relativisés ou contredits.*
- *Produire au moyen de cette analyse un recensement des mécanismes d'action potentiels de la technique examinée afin que l'observation de leur combinaison permette la prédiction de l'effet escompté.*
- *Vérifier l'effet supposé par un ensemble d'outils d'observation tant subjectifs qu'objectifs sur une population relativement homogène.*
- *Permettre ainsi de repérer les conditions pertinentes d'utilisation de cette technique et de poser les contours de ses limites les plus habituelles.*

Ce n'est pas une tâche aussi aisée qu'il y paraît à première vue. Voici, résumées en trois points, nos hypothèses de départ :

### **Hypothèse 1 : La technique ostéopathique fonctionnelle exerce une action spécifique sur les traumatismes**

La technique ostéopathique fonctionnelle permet au corps d'éliminer progressivement l'énergie traumatique imprimée dans ses tissus. Dans le même temps, elle permet l'élimination progressive de la part psychique du traumatisme. Les processus psychiques mobilisés lors du travail psychique le sont généralement spontanément.

### **Hypothèse 2 : Un procédé d'induction des processus psychiques spontanés raccourcit le temps de résistance à la technique ostéopathique fonctionnelle**

Quand le symptôme corporel résiste malgré un traitement du corps estimé suffisant pour avoir pu libérer l'énergie traumatique corporelle, ce peut être un signe que la part psychique du traumatisme résiste. Un procédé d'induction des processus psychiques habituellement spontanés accélère l'élimination de la part psychique du traumatisme.

### **Hypothèse 3 : La psychothérapie complète favorablement la technique ostéopathique fonctionnelle quand l'induction ne permet pas de lever la résistance**

Quand cette induction ne suffit pas, le travail psychothérapeutique serait une aide nécessaire et/ou plus économique pour le patient.

Commençons l'observation de la première hypothèse : la technique ostéopathique fonctionnelle permet au corps d'éliminer progressivement l'énergie traumatique imprimée dans ses tissus. C'est l'objet du chapitre B qui doit discriminer l'autoréparation du corps de celle, éventuelle, apportée par l'ostéopathie.

### **B/ Réparation du corps après un traumatisme mécanique**

Après que Still nous a introduit à la notion de réparation faite par le corps lui-même, précédant celle induite par l'ostéopathie et nécessaire à son efficacité, nous allons maintenant observer les réussites et échecs de l'autoréparation sous l'angle des connaissances médicales actuelles. Parler d'autoréparation quand tout le monde sait que la mort est au bout du chemin, c'est affirmer que la néguentropie persiste malgré l'entropie progressive d'un organisme humain. L'échange constitue la clé du mystère. En système fermé, tout organe est soumis à une rapide entropie. Les échanges avec l'extérieur le maintiennent en vie. A un niveau d'organisation inférieur, et inférieur encore, il en va de même. Chaque partie doit communiquer avec les autres du même plan, et aux plans supérieurs et inférieurs. C'est ainsi que le corps reste en bonne santé ; c'est ainsi même qu'il surmonte les agressions extérieures. Et ainsi qu'on guérit d'un rhume : le corps est capable de se guérir seul. Son autoréparation est ici totale, c'est vrai dans une dysrégulation métabolique. Mais quand une agression amène une fracture ou la distension des structures macroscopiques du corps, l'autoréparation peut-elle être totale ? Quelles sont les aides nécessaires de la médecine et de la chirurgie ? Quel rôle spécifique serait celui dévolu à l'ostéopathie ? Nous nous attachons ici uniquement au traumatisme mécanique en raison du sujet de la thèse.

#### **1. L'accident de la voie publique**

Le choc de la tête avec un objet dur (le sol, un arbre, le pare-brise ou autre partie du véhicule) représente la première cause de mortalité lors des Accidents de la Voie Publique (AVP) qui eux-mêmes sont la première cause de mortalité des 15-24 ans en France.

##### **1.1. Le modèle céphalique du traumatisme**

Quand la vie est préservée, les détériorations dues à un traumatisme crânio-cérébral se répartissent en « lésions encéphaliques expansives » ou LEE et en « lésions encéphaliques diffuses » ou LED.

Les lésions encéphaliques expansives (LEE) sont essentiellement le fait d'un impact direct sur le crâne, même survenu à faible vitesse et elles s'expriment par des lésions hémorragiques extradurales, sous-durales ou intra-parenchymateuses, réalisant une contusion cérébrale ou à un degré plus important une attrition cérébrale, amalgame de destruction tissulaire, de foyers ischémiques et de caillots sanguins. Ces lésions entraînent un syndrome neurologique focal, essentiellement le déficit moteur hémiplégique chez le blessé comateux. Une approche mécaniste simple ne semble pas toujours rendre compte des détériorations causées par le choc. Un impact modéré est susceptible de créer des lésions centrales par propagation d'ondes, procédé utilisé avec succès dans les traitements par radiothérapie des cancers cérébraux aujourd'hui. Cette approche biomécanique des lésions cérébrales qui s'intéresse aux phénomènes « stéréotaxiques », permet de mieux comprendre l'aspect central des lésions malgré la faiblesse du choc et, de là, leur difficile mise en évidence par le passé.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dr. Obreja, C. (1999). La biomécanique des lésions cérébrales traumatiques – les phénomènes stéréotaxiques. <http://www.neurostafv.org>

En l'absence totale d'impact direct, les lésions encéphaliques diffuses (LED) sont créées par des phénomènes d'accélération linéaire mais surtout rotatoire. Elles produisent des lésions d'étirement et/ou de rupture des axones et des petits vaisseaux. Elles siègent de façon diffuse dans la profondeur de la substance blanche, selon une répartition centripète, allant de la jonction cortico-sous-corticale à la partie haute du mésencéphale. Ces lésions entraînent une perte des capacités opérationnelles supérieures et un coma dont la profondeur est un index fiable du degré de détérioration globale de l'encéphale.

Dans l'un ou l'autre cas, la vie végétative peut être préservée avec une absence totale d'activité cérébrale évaluée par l'index de Glasgow. L'électrophysiologie, qui n'est pas pratiquée en France car elle n'est pas remboursée, permet toutefois d'alerter les équipes de soin sur une sortie possible du coma dès lors qu'un stimulus - comme le prénom de la personne associé à des sensations corporelles dans les procédés utilisant les potentiels évoqués, est suffisant pour produire une activité cérébrale. La chirurgie permet la vidange des hématomes. Une récupération progressive et naturelle se développe, généralement soutenue par une aide de revalidation de la parole et du mouvement et le constat le plus fréquent est malheureusement celui du maintien de certains troubles (psychomoteurs, mnésiques, confusionnels, vestibulaires et bien entendu douloureux).

Le cerveau est un organe extrêmement complexe. Les neurones sont des cellules particulières, peu aptes à se réparer. Les cicatrices gliales, quand elles existent, sont contraignantes pour la fonctionnalité cérébrale. La pression intracrânienne doit rester la plus stable possible et les infections particulièrement dangereuses. Le cerveau est ainsi un microcosme très particulier et pourtant c'est le traumatisme cérébral qui permet de saisir véritablement l'ampleur du phénomène traumatique pour le corps. Ce qui rend remarquable le mécanisme d'atteinte et de réparation des structures cérébrales, ce qui en fait un modèle intéressant pour l'ensemble du corps, c'est que :

1. L'ensemble des lésions se conjugue, elles ne produisent pas des effets indépendants.
2. Le traumatisme crée des lésions à distance.
3. Des microlésions invisibles produisent des effets délétères.
4. Toutes les lésions ne sont pas réparables spontanément.
5. Toutes les lésions ne sont pas réparables chirurgicalement.
6. Le corps accomplit une œuvre d'auto-réparation maximale.
7. Des obstacles sont à enlever pour permettre, améliorer, compléter l'auto-réparation du corps : il faut rejoindre grossièrement ce qui devra se rejoindre plus parfaitement (vaisseaux, os, tendons et ligaments), éviter les adhérences cicatricielles, traiter la douleur.

### 1.2. Le corps traumatisé

Un traumatisme a eu lieu. Après un bouleversement mécanique, des douleurs apparaissent. Il en résulte une lombalgie chronique. C'est une apparence. Reprenons : un accident de voiture a lieu. Le conducteur, apparemment indemne, émotionnellement investi dans les conséquences matérielles et blessures d'autres personnes, sent apparaître dans la soirée des douleurs diffuses (cervicales,

thoraciques, lombaires). Au cours des jours suivants, alors que les douleurs cervicales et thoraciques deviennent une gêne qui disparaît progressivement, la douleur lombaire s'installe et amène le sujet à réduire ses activités habituelles. Le bas du dos, jusqu'ici muet, devient source de douleur, douleur aggravée au mouvement, à la fatigue et à l'immobilité prolongée. Même sans choc direct, les atteintes somatiques dues à des traumatismes mécaniques corporels peuvent être de plusieurs types. Quels peuvent être les mécanismes responsables d'une telle lombalgie ? Pourquoi les autres douleurs disparaissent-elles et non celle-ci ? Avant d'arriver à ce sujet, quelles sont les réparations les plus urgentes ?

#### **Les contusions, hémorragies, ischémies, fractures organiques et épanchements**

Dans les cas graves et même sans choc direct, il peut y avoir une hémorragie interne par rupture de gros vaisseaux, par fracture d'organes thoraco-abdominaux, des ischémies par désinsertion (mésentère) et des réactions organiques (épanchement pleural). Les ischémies et les déchirures artérielles sont particulièrement douloureuses d'emblée. La fracture organique peut, elle, être indolore. L'intervention chirurgicale, urgence vitale, restaure l'intégrité du système cardio-vasculaire et des différentes fonctions organiques.

Dans les cas plus bénins l'hémorragie des petits vaisseaux des tissus mous produit des hématomes résorbés sans séquelle.

#### **Les distensions ou fractures du conjonctif**

L'atteinte corporelle rassemble les caractéristiques énumérées ci-dessus au sujet de la sphère céphalique : conjugaison des lésions, effets à distance, microlésions invisibles, etc. Le système musculo-squelettique, c'est-à-dire le tissu conjonctif (os, ligament, tendon, muscle et fascia) commencera à se réparer dès l'urgence passée. En cas de fractures ou arrachements, la chirurgie aidera à rapprocher ou relier les éléments disjoints, le corps restaurera ensuite finement la continuité des fibres d'un tissu à l'autre. Des tissus cicatriciels consolideront les réparations.

#### **2. L'autoréparation du corps**

La capacité d'autoréparation du tissu conjonctif est fondamentalement dépendante de sa vascularisation, principal support des apports extérieurs. Or tous les tissus conjonctifs ne sont pas égaux face à leur vascularisation. Le tendon pour une moindre part, et le cartilage surtout, structures les plus démunies en apport sanguin, ont une capacité de régénération lente et incomplète.

Les nerfs font exception à cette règle : bien vascularisés, ils restent particulièrement sensibles à toute ischémie qu'ils manifestent par une vive douleur<sup>2</sup> car elle est vite dangereuse du fait de la lenteur de réparation du nerf.

---

<sup>2</sup> Comme le résumait Head « pain is the cry of a nerve deprived of its blood supply ». <http://www.sante.cc/electro/dossiers/radiculo/radiculo02.htm> consulté le 14 avril 2007 et De Bisschop, G., De Bisschop, E. & Commandré, F. *Les Syndromes canauxiers*. Paris : Masson, p.14.

Nous laissons le lecteur intéressé consulter ces données véritablement passionnantes concernant la réparation spontanée de l'os, du ligament, du tendon, du muscle et du nerf en Tome 3 à partir de p. 72. On y observe toujours une succession incroyablement complexe de phénomènes qui produisent une réparation finalement souvent réussie, parfois aidée empiriquement par divers procédés : chaleur, froid, immobilisation partielle, médicaments. Est-ce nécessaire ? A ce sujet les avis divergent. La réparation du tendon est particulièrement bien illustrée avec l'article de David Marsolais & Jérôme Frenette<sup>3</sup>, la réparation musculaire par celui d'A. Rostan<sup>4</sup> et celui de Bénézis<sup>5</sup>. Le but recherché est l'évitement de phénomènes inflammatoires douloureux ou excédant les besoins de l'organisme. On souhaite éviter une mémorisation de la douleur, une sensibilisation centrale. Au long terme, on vise aussi le retour de l'activité sans retard, à juste titre, car les séquelles sont plus rares.

Attardons-nous ici sur l'exemple du fascia pour mieux connaître ce tissu, sans doute le plus spécifique de l'approche ostéopathique. C'est un tissu conjonctif collagène dense, fibreux et bitendu. Lorsque la fonction de soutien doit être marquée, le tissu collagène est dense. Les différents composants restent toutefois disposés irrégulièrement. Lorsque les fibres collagènes deviennent particulièrement abondantes et de surcroît orientées pour augmenter la résistance mécanique, on parle de tissu conjonctif fibreux. Les fibres peuvent être orientées selon une seule direction, unitendues, ou selon deux directions (bitendues). L'aponévrose, véritable enveloppe de toutes les structures du corps, est un tissu conjonctif fibreux bitendu ; les faisceaux de fibres collagènes, parallèles entre elles, se disposent en plans superposés, à direction plus ou moins orthogonale ou d'orientations différentes selon les textes.

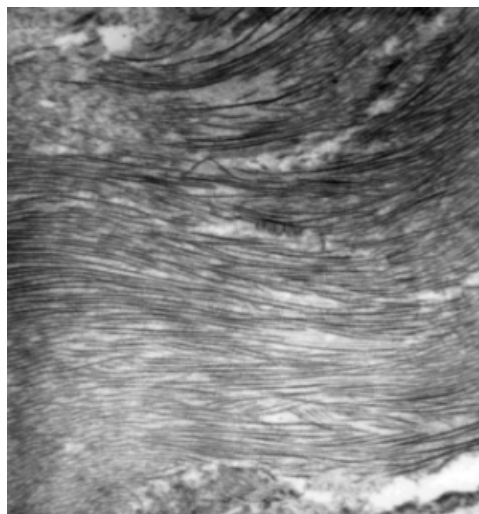
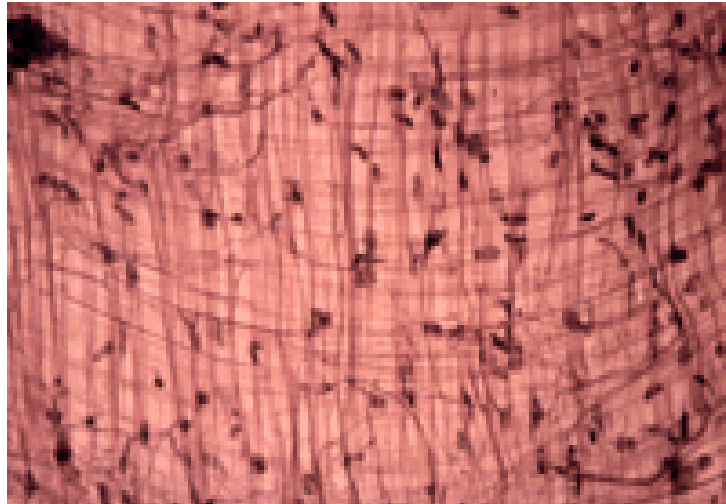
---

<sup>3</sup> Marsolais, D, Frenette, J. (2005). Modulation de l'inflammation et réparation tendineuse. *Médecine Science*, 21, 181-186 : « les AINS pourraient altérer le processus de la réparation tendineuse en modulant l'apoptose, en diminuant la libération de médiateurs anti-inflammatoires et en inhibant l'angiogenèse. [...]Le processus inflammatoire jouerait un rôle important dans la réparation tissulaire. »

<sup>4</sup> 4e Journée Scientifique - 12 avril 2003 - CICG – Genève Association Genevoise de Physiothérapie. Pathologies musculaires : point de vue du rhumatologue. Dr Alain ROSTAN. Rhumatologue et médecin du sport - Genève

<sup>5</sup> Bénézis, C. (2007). *Lésions musculaires du sportif*. Québec. et Simon, L., Rodineau J., Bénézis, C. et al. (1997). *Progrès en médecine physique et de réadaptation*. Masson : Paris.





Aponévrose, vue au microscope électronique à faible grossissement.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.histo-moleculaire.com/siteconj/cadres/cadre020a.htm>

Environ 4 jours après une effraction de la peau avec perte de substance, l'organisme commence à la combler par un nouveau tissu. Dans ce but les fibroblastes produisent en premier lieu des mucopolysaccharides qui serviront de matrice à l'élaboration des fibres collagènes du tissu conjonctif. La synthèse du collagène se fait dans les fibroblastes à partir d'un procollagène soluble. Les fibres d'abord reliées en spirales se séparent, puis vont s'accoler à l'extérieur des fibroblastes. Sous l'influence de la vitamine C, de l'oxygène et du fer, ces fibres collagènes, au début isolées, se renforcent et s'assemblent en faisceaux qui répondront aux contraintes de traction. Ainsi se constitue la fibre collagène définitive et insoluble, qui sera incorporée dans la matrice mucopolysaccharide. Dans le même temps, des néocapillaires progressent dans cette matrice pour assurer la nutrition du tissu nouvellement formé. En présence de pertes de substance plus importantes, les capillaires se présentent à la surface de la plaie avec un aspect de granulation rouge vif. A la surface du tissu néoformé apparaît une couche de sécrétions fibrineuses dans laquelle pénètrent des bourgeons vasculaires et des cellules du tissu conjonctif. Ces deux éléments à leur tour produisent une nouvelle couche de sécrétions. Par ce mécanisme, ils font progresser lentement le bourgeonnement et combler ainsi progressivement la plaie. Entre le 6<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour en moyenne commence la maturation des fibres collagènes. La plaie se rétracte sous l'influence de cellules particulières, les myofibroblastes. En s'appauvrissant progressivement en eau et en contenant de moins en moins de vaisseaux, le tissu de granulation devient plus ferme. Il se transforme en tissu cicatriciel qui, à son tour, favorisera la rétraction cicatricielle. L'épithélialisation marque la fin de la cicatrisation. Elle résulte de la néoformation par mitose de cellules épidermiques des bords de la plaie et de leur migration sur la surface liquéfiée de fibrine.

Quelques secondes de traumatisme... Quatre jours pour l'organisme avant qu'on distingue la fabrication des mucopolysaccharides, la prolifération des cellules de Schwann, l'organisation de l'hématome musculaire, le cal hémateux de la fracture osseuse... le corps d'abord nettoie et phagocyte les tissus endommagés, recrute les éléments nécessaires à la reconstruction. Cette seconde phase prendra plusieurs jours, semaines ou mois, la régénération axonale d'un nerf pouvant durer jusqu'à un an. Pendant cette restauration formidablement complexe du corps des phénomènes anarchiques peuvent se produire, notamment, au niveau du nerf (par phénomène de repousse), ou du fascia par des adhérences contraignantes. Comme le rappelle Paoletti, les fascias fonctionnent comme un système à part entière avec des chaînes physiologiques et des articulations entre elles. Une adhérence crée une tension locale qui, au minimum, se répercute sur l'ensemble de sa chaîne fasciale physiologique, ou si c'est plus fort, emprunte d'autres chaînes physiologiques (controlatérale par exemple), ou crée une chaîne pathologique rejoignant d'autres zones déjà contraintes<sup>7</sup>. On voit des douleurs pourtant anciennes et distantes réapparaître : le

---

<sup>7</sup> « A l'origine une chaîne lésionnelle peut survenir suite à de multiples facteurs : traumatismes (entorses, chute sur le coccyx, mais aussi traumatismes directs sur les tissus mous), cicatrices, infections, inflammations, stress. Ces facteurs vont créer un point de dysfonctionnement fascial qui, s'il n'est pas levé,

nouveau point de fixation a augmenté la tension sur l'ensemble des chaînes qui lui sont liées. La liberté des tissus est progressivement entravée et leur motilité naturelle s'appauvrit. C'est ainsi qu'une lombalgie peut durer, ou un simple faux-mouvement provoquer un blocage et une douleur majeurs. C'est pourquoi aussi l'ostéopathe a besoin, en début de traitement, de voir le patient plusieurs fois : il lève une à une les fixations les plus pénalisantes. Ce nettoyage progressif du passé traumatique a une efficacité certaine. En effet, après un tel travail, de nouveaux blocages sont moins forts et surtout moins difficiles à traiter. Le corps a produit une régénération tissulaire plus profonde, les tissus sont plus souples.

Les chirurgiens, conscients de cela, évitent autant que possible les cicatrices en limitant les effractions du corps, en recousant au mieux plan par plan les tissus internes. L'ostéopathe, habitué au singulier combat contre les adhérences qui entravent la liberté des tissus reste réservé quant aux interventions chirurgicales *a priori*, désireux de tenter d'abord ce qui n'entraînera pas de séquelles. Comme Waddell le rappelle dans l'introduction, l'absence de consensus sur les causes de la douleur parfois rend le problème épineux.

Classiquement, on considère qu'un grand nombre de douleurs lombaires et des membres inférieurs repose sur une irritation des structures articulaires, de la dure-mère, des gaines des nerfs dans le canal rachidien et dans le foramen intervertébral, la douleur étant habituellement induite par le nerf sinu-vertébral.<sup>8</sup> Des débris de hernie discale peuvent irriter le nerf rachidien ; le modèle de la neuropathie d'emprisonnement est privilégié, notamment par œdème intraneural. Dans ce modèle, on évalue par examen clinique et électrophysiologique l'indication éventuelle d'une intervention chirurgicale.

D'autres approches de la hernie discale, plus réservées, évoquent la résolution spontanée de l'œdème de la capsule intersomatique de la colonne vertébrale, celle du liquide intra-articulaire dans l'espace péri-radiculaire<sup>9</sup>, voire du fragment discal<sup>10</sup>. Selon les auteurs très reconnus Chevrot et Vallée, l'entorse de l'articulation vertébrale

---

*va engendrer une modification de la qualité du tissu et qui, dans le temps, va pouvoir se prolonger le long d'une chaîne fasciale pour à plus ou moins long terme créer une dysfonction parfois très à distance.* » Paoletti, S. (2002). Les Fascias, rôle des tissus dans la mécanique humaine. Vannes : Sully. P.203

<sup>8</sup> Selon de Bisschop G, de Bisschop E, Nundlall – de Bisschop R et Gouget JL. Cf. le résumé du Tome 3 et le site

<http://www.sante.cc/electromyographie/dossiers/radiculo/radiculo02.htm>

<sup>9</sup> Le professeur A. Chevrot, du Service de Radiologie de l'Hôpital Cochin à Paris, enseignant de radiologie ostéo-articulaire au Collège Postuniversitaire de radiologie et le professeur C. Vallée du service de chirurgie orthopédique et d'imagerie médicale de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches ont écrit en 1993 un article devenu célèbre à propos des articulations inter-somatiques vertébrales dans lequel ils mettent en doute l'existence même de la hernie discale. Chevrot, A. & Vallée, C. (1993). Interprétation nouvelle de l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'articulation inter-somatique vertébrale. J. Radiol, 74, N°8-9, 385-392. Cf. l'article *in extenso* dans le Tome 3

<sup>10</sup> B. Lassale (1994) Echechs et reprises de la chirurgie de la hernie discale lombaire. Expansion scientifique 46 pp.93-104

intersomatique évolue spontanément vers la régression de la tuméfaction œdémateuse<sup>11</sup> et la libération de l'irritation radiculaire.

Quelques indications post-traumatiques paraissent évidentes, nombreux sont les cas fonctionnels plus nébuleux. Dans tous les cas la décision d'opérer ne revient jamais à l'ostéopathe. Sa participation consiste dans l'adresse du chirurgien qu'il choisit généralement dans le camp des moins interventionnistes en fonction des arguments de l'autoréparation et du dommage cicatriciel.

#### Conclusion

Un degré important d'autoréparation est la règle commune dans l'ensemble du corps humain. Les structures qui guérissent le moins sont les tissus dont l'apport sanguin est naturellement pauvre ou entravé par des compressions. Ceci est en accord avec les lois de la nature de Still. Dans d'autres cas où la chirurgie est nécessaire, l'aide est indiscutable, mais n'est pas toujours sans conséquences à long terme. Tenter des manœuvres non dangereuses nous semble légitime.

Nous avons mentionné plus tôt que la douleur donnait des indications sur sa cause et qu'en même temps on n'est rarement certain de son origine. Il est temps d'aller enquêter davantage sur la douleur.

### **3. La douleur : modèle théorique et évaluation**

#### **3.1. La théorie de Craig**

La douleur est la cause la plus fréquente de consultation en ostéopathie, elle fournit des renseignements nécessaires au diagnostic d'exclusion d'abord. Si l'ostéopathe enquête sur ses circonstances d'apparition et ses modalités singulières d'expression, ce n'est clairement pas pour soigner la douleur. L'effet antalgique de l'ostéopathie est maigre. Plutôt, elle cherche à en éliminer la cause, ou, plus justement, tente d'avoir une action ciblée sur un ou plusieurs facteurs qui la créent ou l'entretiennent.

Mettons d'emblée l'étendue du champ devant nos yeux. La douleur est un domaine où la subjectivité l'emporte et les lois de cause à effet y sont souvent délicates à saisir. En effet, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou probables, ou décrites en fonction de tels dommages. » - Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP).

Cette définition met en avant deux types de processus :

- Le processus sensoriel qui livre au cerveau des informations de type spatial, temporel et qualitatif.
- Le processus affectif qui colore de façon négative la perception sensorielle et qui s'apparente à une menace ou à une vive inquiétude. La douleur est par conséquent en partie un état affectif et l'expérience de la douleur est en partie une expérience émotionnelle.

---

<sup>11</sup> Bozzao, A., Gallucci, M., Masciocchi, C., Aprile, I., Barile, A. & Passariello, R. (1992). Lumbar disc herniation : MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. *Radiology*, 185, 135-141.

Nous ne reviendrons pas ici sur les formes de la douleur, ni la description de ses différentes fibres, données reprises dans le Tome 3 p 96(--è. Avant d'entrer directement dans le vif du sujet avec la théorie de Craig, jetons juste un regard sur les principales douleurs motivant des consultations d'ostéopathie. Aujourd'hui un nombre croissant de patients souffrant de douleur myofasciale consulte en première intention un ostéopathe. La plupart de ces patients douloureux ont une douleur fonctionnelle, avec une origine traumatique (au sens large du terme), assez souvent connue, rarement grave et où l'urgence vraie est rarissime. Malgré cela les praticiens doivent pouvoir recevoir rapidement leurs patients car bon nombre de douleurs myofasciales sont réellement très pénibles et invalidantes. Le délai habituellement supporté par les patients est de un à trois jours. En dehors de ces « urgences », la plupart des « nouveaux » patients qui tentent un soin en ostéopathie le font sur le conseil d'un ami, d'un collègue, d'une relation. Ceux-là ont déjà dépassé le stade de l'autoguérison et les symptômes ont aussi résisté à une première prescription alliant souvent anti-inflammatoire, antalgique et myorelaxant. Des soins de kinésithérapie ont généralement été effectués. Le cas le plus fréquent est celui de douleurs d'une ancienneté mesurable en mois ou en années.

Un grand nombre de patients vient aussi sur le conseil d'un praticien de santé : médecin, dentiste, psychothérapeute, professeur de yoga. La prise en charge attendue est alors plus globale, plus fonctionnelle, parfois avec une composante psychique, pour supporter des traitements agressifs ou venir à bout de leurs séquelles. Quelques exemples : rapport au corps difficile (phobie du ventre), conduites auto-agressives (soif d'opération, tentatives de suicide fréquentes), difficultés de la vie sexuelle (dyspareunie), conduites addictives (alcoolisme, céphalées après prise de toxique), difficultés de sommeil, bruxisme, céphalées, vertiges, acouphènes, œdèmes (gros bras cancéreux), séquelles traumatiques (neuro algodystrophie), anesthésiques ou opératoires, douleurs d'origine neuro-végétatives (douleurs gastriques ou colopathies fonctionnelles), etc. Un autre réseau de patients est constitué par les femmes enceintes qui cherchent un soulagement des troubles mécaniques dus à la prise de poids, aux changements des lignes de gravité, aux difficultés compressives internes, parce que le fœtus est trop bas, etc. Puis elles demandent une aide pour les douleurs post-partum et celles dues à l'inconfort des positions d'allaitement. Quand elles ont été soulagées les bébés suivent leur maman dans nos mains et nous trouvons bien du travail après des naissances difficiles (forceps, ventouse, siège) ou des contraintes *in utero*. Enfin d'autres patients ont recours très tardivement à l'ostéopathie, ils viennent avec un dossier médical épais, enrichi pendant plusieurs années, avec de nombreux examens et compte-rendu de tentatives thérapeutiques. Dans ce cas l'ostéopathie est envisagée par le patient avec peu de conviction et en désespoir de cause. D'autres douleurs encore sont celles de nos patients, qu'ils n'évoquent que tardivement parce qu'ils les pensaient incurables (céphalées depuis l'enfance, tendinite d'un doigt, etc.).

Sur un champ d'action aussi large, qu'est-ce qui est le mieux soigné par ostéopathie ? Est-ce que, comme le chapitre précédent l'a laissé entrevoir, les dysfonctions

d'origine mécanique traumatique bénéficient d'une meilleure résolution ? C'est la pensée intuitive qui suit le vieux modèle de la douleur : une cause mécanique, une réaction périphérique puis centrale : la douleur. Voyons donc les dernières évolutions à ce sujet.

**La théorie classique** de la douleur présente 3 étapes :

Etape 1 : Une douleur est détectée par des nocicepteurs périphériques qui sont des terminaisons nerveuses libres amyéliniques ne répondant qu'à des stimulations potentiellement dommageables pour le corps.

Etape 2 : les fibres A delta (myélinisées de faible diamètre et rapides pour la localisation de la stimulation) et les fibres C (amyélinisées pour la douleur lente et diffuse) projettent vers la corne dorsale de la moelle épinière.

Etape 3 : ces fibres activent les cellules situées dans la couche profonde des racines dorsales de la moelle épinière (couche V de la lame de Rexed) qui projettent controlatéralement, grâce à la voie spinothalamique vers la partie ventropostérieure du thalamus somatosensoriel, puis vers le cortex somatosensoriel primaire. Elles projettent également vers certaines structures du tronc cérébral comme la substance grise périaqueducale pour les comportements d'évitement et de vocalisation. La critique de cette théorie tient en ce que des lésions du cortex somatosensoriel diminuent les sensations tactiles mais non la douleur.

Selon **la théorie du « portillon »** de Melzack et Wall<sup>12</sup> les influx nerveux induits au niveau périphérique sont modifiés dans la moelle par d'autres cellules nerveuses qui font fonction de « portillon », empêchant ou facilitant leur passage. Ces cellules sont sensibles à des informations provenant des fibres sensorielles tactiles et des fibres descendantes dans la moelle épinière impliquant entre autres des interneurons opioïdiques inhibiteurs.

La critique de ces deux théories est qu'elles ne tiennent pas compte de l'aspect émotionnel de la douleur.

**La théorie de Craig**<sup>13</sup> reprise en détail par Belzung<sup>14</sup> part de la même activation des récepteurs périphériques mais à l'étape 3 la projection se fait non seulement en couche V mais également en couche 1 de la lame de Rexed. Or cette couche 1 est la seule à recevoir des afférences monosynaptiques directement de la périphérie et ne se limite pas à transmettre la douleur. Elle est associée de façon plus générale à la représentation de l'état du corps, à son statut homéostatique. L'activation de ces fibres est ainsi sensible à la température, à l'activité métabolique (acide lactique, pH, hypoxie, etc.), à d'éventuels parasites, à la rupture de cellules et à l'état immunitaire et hormonal de l'organisme. Ces fibres C ont une activité de base informant sur

---

<sup>12</sup> Melzack, R. & Wall, PD. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.

<sup>13</sup> Craig, A. D. (2003). Interoception : the sense of the physiological condition of the body. *Curr. Opin. Neurobiol.* 13, 500-505 ; Craig, A. D. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends Neurosci.*, 26 , 303-307.; Craig, A. D. (2003). Pain mechanisms : labelled lines versus convergence in central processing. *Annu. Rev. Neurosci.*, 26, 1-30. ; Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception : the sense of the physiological condition of the body. *Nat. Rev. Neurosci.*, 3, 655-666.

<sup>14</sup> Belzung, C. (2007). Biologie des émotions. Bruxelles : De Boeck, p.390-396

l'homéostasie qui n'est généralement pas ressentie consciemment. Si on ajoute à ceci l'argument qu'il faut une activation simultanée de nombreuses fibres C pour induire une sensation consciente de douleur et le fait que les fibres C sont également activées lors du toucher « sensuel », on peut conclure qu'elles portent très injustement le nom de « fibres nociceptives ».<sup>15</sup> De la couche 1 de la corne dorsale de la moelle elles projettent vers le thalamus ventro-médian controlatéral, vers des régions contrôlant les fibres monoaminergiques, vers certains noyaux homéostasiques du tronc cérébral et vers des régions contrôlant le système nerveux autonome.

En effet ces neurones projettent fortement vers les colonnes de cellules du système nerveux sympathique de la moelle thoraco-lombaire qui contrôlent l'activité du système nerveux sympathique impliqué dans les émotions. Elles projettent vers des régions du tronc cérébral fortement impliquées dans le contrôle de l'homéostasie comme la substance grise périaqueducale (impliquée dans l'expression des comportements émotionnels), le noyau parabrachial (impliqué dans les sensations gastriques) et vers des groupes de cellules catécholaminergiques impliquées dans l'éveil et le contrôle du SNA. Ces projections fournissent le substrat anatomique des réflexes somato-végétatifs essentiels à l'homéostasie. Elles projettent aussi vers un relai thalamique situé dans la partie postérieure du thalamus ventro-médian qui induit des sensations douloureuses bien localisées ainsi que des sensations thermiques et viscérales. La partie basale du thalamus ventro-médian (connexe) reçoit les afférences bilatérales directes du noyau du tractus solitaire, région essentielle aux informations viscérales et gustatives. Les parties postérieure et basale du thalamus ventro-médian permettent une représentation de l'état homéostasique de l'organisme assez complète.

Le thalamus ventro-médian projette à son tour

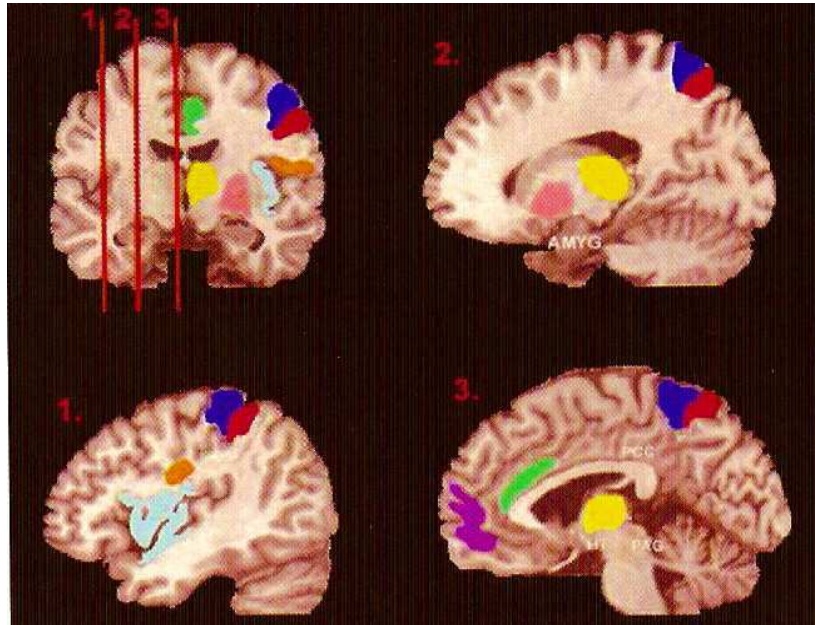
- sur la partie dorsale de l'insulae, qui est sensible au stress (nombreux récepteurs au CRF), activée par la douleur (certaines parties sont activées par une zone du corps, d'autres parties par d'autres zones du corps), par la température, l'homéostasie et un état motivationnel (faim, soif). Des lésions de l'insulae suppriment ces sensations douloureuses ou désagréables et empêchent l'homéostasie. Elle est aussi essentielle pour le ressenti de l'état de bien-être par le toucher sensuel. Elle est activée par des émotions aussi variées que la tristesse, la colère, l'anxiété, la panique, le dégoût, et par les réactions à la musique et à l'éveil sexuel.
- vers le cortex somatosensoriel. L'aire 3a du cortex somatosensoriel informe (et elle seule) sur la localisation et l'intensité de la douleur et reçoit (et elle seule) des projections du thalamus ventro-médian.
- vers le cortex cingulaire antérieur qui est activé par l'aspect aversif de la sensation douloureuse et à un état d'inconfort physique en général. Sa lésion supprime les émotions liées à la douleur. Cette région est

---

<sup>15</sup> Wessberg, J., Olsson, H., Fernstrom, K. W. & Vallbo, A. B. (2003). Receptive field properties of unmyelinated tactile afferents in the human skin. *J. Neurophysiol.*, 89, 1567-1575.

3. Recherche théorique. B/ Réparation du corps

impliquée dans la motivation, la faim, l'analyse d'une récompense, l'attention, l'anticipation, la prédiction d'erreurs et le désir sexuel.



Les figures représentent une coupe coronale (en haut et à gauche) et 3 coupes sagittales (1, 2 et 3). Le cortex cingulaire antérieur est en vert, l'insulae en bleu clair. Le cortex somatosensoriel est en rouge et en orange, le cortex moteur en bleu foncé. Le thalamus est en jaune et le préfrontal en violet. Les ganglions de la base en rose. (Figure originale in Apkarian A V, Bushnell M C, Treede R D, Zubieta J K (2005) *Human Brain Mechanisms of Pain Perception and Regulation in Health and Disease*. *Eur. J. Pain*, 9: 463-484) sans autorisation).

A faible grossissement, la microscopie électronique retrouve les trousseaux de fibres collagènes, s'entrecroisant sans s'anastomoser<sup>16</sup>

<sup>16</sup> <http://www.histo-moleculaire.com/siteconj/cadres/cadre020a.htm>



### Conclusion

Outre son actualité, la théorie de Craig est utile pour rendre compte de la clinique de l'ostéopathie. Elle explicite en effet l'action bénéfique du toucher par l'intermédiaire des fibres C sur les états des émotions par la chaîne sympathique dorsale, sur le stress global par le tronc cérébral, sur le sentiment de bien-être homéostatique par l'insulae et sur les états affectifs par le cortex cingulaire antérieur. L'action déjà connue sur la douleur y est incluse par le cortex somatosensoriel. Elle a enfin le mérite de mettre en évidence la réelle intrication de la douleur avec les aspects biologique, psychologique et social du patient.

Cette théorie démontre tout simplement le support des différents effets psychothérapeutiques des techniques employant des stimulations des fibres C, en particulier le massage et le toucher affectif de l'haptonomie. Cela montre finalement

- dans un sens somato-psychique combien le confort du patient et l'écoute attentive de sa plainte ont une action sur la douleur,
- dans un sens psycho-somatique combien le toucher contribue à calmer, rassurer et apaiser des émotions profondes.

La question de savoir s'il vaut mieux écouter ou toucher un patient alarmé reste entière. Peut-on se fier à l'existence d'éventuelles causes organiques pour faire un travail corporel ? Que savons-nous sur les causes physiologiques de la douleur ?

Bien que des douleurs vasculaires (céphalées chroniques) et viscérales (colopathies et gastralgies) soient régulièrement soulagées par ostéopathie, pour la recherche de la thèse nous avons privilégié l'observation des douleurs musculo-squelettiques parce qu'elles sont plus fréquentes, moins dépendantes de facteurs psychologiques *a priori* et plus facilement objectivables.

### **3.2. L'objectivation des douleurs musculo-squelettiques**

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature concernant l'évaluation des douleurs musculo-squelettiques. Dans la base de données Medline, nous avons croisé les termes « pain » et « muscular-skeletal », ce qui a donné 39 résultats dont 12 concernaient notre sujet. Puis nous avons croisé les termes « pain » et « musculoskeletal », ce qui a donné 515 résultats. La lecture des abstracts a identifié 55 articles relevant de notre sujet. Notre enquête a révélé finalement que les outils d'évaluation des douleurs myofasciales matériellement accessibles seraient au nombre restreint de deux :

- l'électromyogramme (EMG) capable d'objectiver une atteinte neurogène périphérique et une atteinte primitivement myogène, éventuellement de différencier une atteinte tronculaire d'une atteinte radiculaire par l'étude des vitesses de conduction nerveuse (VCN). Il aurait permis de préciser la diffusion et la topographie d'une atteinte périphérique.
- L'algomètre par pression qui est une méthode reproductible permettant d'examiner la sensibilité à la pression dans les douleurs myofasciales.

Un article comparant ces deux méthodes à la palpation manuelle montre qu'un diagnostic multi-méthodes est préférable à un diagnostic unique, et qu'en

l'occurrence l'algométrie de pression et la palpation manuelle ont une meilleure corrélation entre elles et avec les symptômes que l'EMG<sup>17</sup>. Nous étions déjà avertie de ceci par notre clinique où de nombreux patients souffrant de paresthésies douloureuses ont un EMG normal.

Souhaitant montrer que les tensions myofasciales variaient avec un travail corporel et avec un travail psychique profond, il était impensable de choisir l'EMG dans sa version capteurs cutanés qui est trop sensible aux variations émotionnelles superficielles du moment. La version capteurs intramusculaires n'était pas envisageable dans ce type de recherche du fait de la douleur provoquée par l'examen qui risquait de provoquer une augmentation de la tension myofasciale. De plus le maniement de cet outil ne nous était pas accessible personnellement (prix, droit d'utilisation), ce qui compliquait singulièrement le recueil de données multiples et fréquentes. L'algomètre de pression aurait été très utile pour mesurer la pression qui déclenche une douleur sur des trigger points ou des « taut bands », c'est-à-dire des muscles contracturés ou pour mesurer des pressions déclenchant des douleurs sur des insertions tendineuses, mais l'application d'une pression sur un muscle long sans contre-appui n'est pas réalisable et ne donne aucune mesure comparative possible avant-après traitement. A l'utilisation, nous avons remarqué que la douleur était radicalement modifiée en fonction de l'angle de pression sur le contour osseux et par la quantité de tissu ligamentaire, tendineux ou musculaire comprimée par le palpeur avant d'atteindre le périoste. Le capteur de l'algomètre, trop rigide pour sentir la quantité de tissus mous comprimés, s'avérait trop imprécis pour notre recherche. Alors que nous avions pratiquement perdu l'espoir d'une vérification, nous avons découvert l'existence du palpomètre, dont le principe est le même que l'algomètre mais dont le capteur est plus souple et plus petit, ce qui restitue mieux l'élasticité de la palpation manuelle et permet d'identifier plus finement les tissus mous impliqués. Nous avons fait construire un prototype par un laboratoire fabricant différents automates pour la recherche, dont des algomètres de pressions<sup>18</sup> selon les informations d'un article produit par le département de neurologie de l'Hôpital universitaire de Copenhague<sup>19</sup>. Quelques mises au point d'utilisation ont amené à étalonner l'appareil en grammes puis à coller le capteur sur un support plus rigide pour obtenir une meilleure stabilité des mesures.

Le palpomètre a finalement répondu imparfaitement à nos besoins d'objectivation de la douleur myofasciale à la pression pour de nombreuses raisons :

- nous recevions les patients en dehors de la phase aigue de douleur,
- une fois la phase aigue passée, la douleur myofasciale post-traumatique est généralement diffuse, empêchant de trouver « le » point à tester,
- cette douleur est souvent absente au repos et provoquée au mouvement,

---

<sup>17</sup> Sandrini, G., Antonaci, V., Pucci, E., Bono, G. & Nappi G. (1994). Comparative study with EMG, pressure algometry and manual palpation in tension-type headache and migraine. *Cephalgia*, 14, 451-457.

<sup>18</sup> BIOSEB – Chaville – 92 - France

<sup>19</sup> Bendtsen L., Jensen R., Jensen N. K. & Olesen J. (1994) Muscle palpation with controlled finger pressure : new equipment for the study of tender myofascial tissues. *Pain*, 59, 235-239.

- la douleur est souvent majorée la nuit et parfois absente dans la journée.
- quand la douleur est intense, il nous est difficile de commencer une consultation par une aggravation de cette dernière en ajoutant une compression et de risquer de la re-déclencher en fin de traitement par une nouvelle compression qui doit aller jusqu'à la douleur.

Tous ces éléments ont restreint l'utilisation de l'algomètre de pression. Enfin nous avons plusieurs fois observé que le point spontanément douloureux en fin de séance n'était plus au même endroit qu'au début. C'était conforme à la sensation du patient. Nous nous sommes fiée à l'échelle visuelle de la douleur, à l'entretien clinique et à l'item douleur dans le questionnaire de qualité de vie. Ces outils rendaient mieux compte de la douleur que l'algomètre de pression quand nous l'avons utilisé. Finalement, pour objectiver la cessation de la tension myofasciale, le diagnostic manuel restait le meilleur. Il était corrélé à d'autres éléments et devenait plus évident ainsi : la liberté tissulaire, l'amplitude de mouvement, la souplesse des tissus, la respiration tissulaire, la douleur qui diminuait, tous nos outils habituels en disaient plus long. L'EVA et même le SF-36 donnant une évaluation trop labile de la douleur dans nos premiers exposés sur les résultats, nous avons pondéré les résultats par une moyenne de 3 scores successifs quand ils étaient rapprochés dans le temps.

#### 4. Le diagnostic mécanique ou algique ?

Nous voici au fait : quelles sont les causes des dysfonctions dans la lombalgie post-traumatique indirecte ou/et dans la lombalgie chronique ?

Reprenons l'exemple de l'accident de la voie publique et de la victime qui voit ses douleurs cervicales et dorsales disparaître peu à peu tandis que la douleur lombaire s'installe. Quelque chose empêche l'autoréparation spontanée. Il nous faut imaginer une sorte de verrou, de butée, qui opère au niveau lombaire, mais dans ce cas pas au niveau dorsal ou cervical, capable d'empêcher le corps de repositionner toutes ses structures de façon optimale, d'empêcher les fibres musculaires de reprendre leur forme initiale et les fascias de retrouver leur arrangement naturel. Le cœur du problème est invisible, non objectivable, d'aucune façon, l'observation montre une inflammation locale (éventuelle), une tension myofasciale (fréquente) et une raideur locale (parfois). L'origine, la cause est-elle mécanique, osseuse, musculaire, membraneuse, vasculaire, macroscopique, ou bien est-elle chimique, biomécanique, ou encore psychologique ? Dans la représentation familière, l'ostéopathie est la technique qui est censée repositionner la vertèbre lombaire dans sa position de confort physiologique, comme elle devait y être avant l'accident. Y a-t-il l'indication d'une structure qui ne serait pas à sa « bonne » place ?

Parce que c'est son quotidien, nous avons suivi le conseil de notre cher professeur E. Masquelier d'écouter ce qu'en dit le chirurgien orthopédique Gordon Waddell que nous avons introduit dans le chapitre précédent.<sup>20</sup> Dans son ouvrage consacré à la lombalgie chronique, Waddell fait le point de la recherche aujourd'hui sur les causes considérées responsables de cette pathologie :

<sup>20</sup> Waddell, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone. Voir Partie 3.A/ Ostéopathie p.19 de ce tome 1.

#### **4.1. la notion de « ne pas être à sa place » pour un segment osseux n'est plus guère retenue**

C'est très étonnant pour un ostéopathe structurel car l'intuition de la malposition articulaire semble avérée et évidente, de surcroît vérifiable lors de son traitement. Dans beaucoup de cas, il manipule la vertèbre suspectée et la douleur disparaît. Comme nous l'avons déjà dit, il est vrai que les seuls signes dont les ostéopathes disposent pour attester d'une remise en place, d'une cessation de malposition, sont subjectifs puisqu'il s'agit de sensations :

- Pour le patient la pénible douleur musculo-squelettique et/ou la tension myofasciale a disparu dans les instants qui ont suivi un craquement articulaire (dans l'approche structurelle), ou le repositionnement de l'autoréparation (dans l'approche fonctionnelle),
- Pour le praticien, la sensation d'une structure osseuse qui se repositionne est fréquente. Après cela les tissus mous autour de l'articulation deviennent souples à la palpation, l'amplitude de mouvement est meilleure, la motilité se restaure.

Il est permis d'abord de penser que si Waddell ne retient pas la notion de « ne pas être à sa place », c'est peut-être à tort et davantage par absence de preuve que par inexistence du processus. Il est probable qu'en tant que chirurgien orthopédique, il ne reçoive guère les patients qui ont résolu leur problème de cette façon car, finalement, on ne rencontre que les échecs des autres techniques. Il est aussi permis de penser qu'il y a un problème avec cette « évidence », parce que nous l'avons vu plus haut, si la cause n'est pas la malposition, intrinsèquement, alors ce qui la maintient, sa cause même n'a pas été modifiée. D'ailleurs la plupart des patients venant en consultation de la douleur ont déjà consulté un, voire plusieurs ostéopathes. La manipulation ostéopathique ne suffirait pas. D'autres manipulations, selon les critères de l'Académie de médecine, effectuées dans des services d'orthopédie ou de la douleur, n'amélioreraient pas plus durablement les lombalgies chroniques. Faut-il alors admettre que les manipulations sont mal faites ou qu'elles sont inefficaces par elles-mêmes. Il est toujours tentant d'imaginer la cause de l'échec dans la mauvaise pratique d'un collègue mais il est sans doute plus raisonnable de croire qu'il manque des ingrédients à ces manipulations pour qu'elles soient efficaces. Lesquels ?

Still utilisait bien le concept de malposition mais il l'employait déjà pour un organisme pris dans son ensemble et non pour une articulation. Le concept holistique est nécessaire pour y voir plus clair dans « l'évidence » de la malposition. De fait Waddell ajoute au concept de malposition :

- Des altérations des tissus mous « à distance » qui sont responsables du maintien de la subluxation ou de la fixation articulaire.
- Des phénomènes de douleur centrale et par sensibilisation des nocicepteurs ou autre court-circuit entre fibres de gros et de petit calibre, sensibilisation par les acides aminés excitateurs des nocicepteurs au niveau de la corne dorsale de la moelle, au niveau médullaire ou supra-médullaire, altération des systèmes de contrôles segmentaires et centraux.

Tous ces mécanismes produisent tension, douleur ou processus inflammatoire. S'il est probable que certains phénomènes relèvent d'une malposition, ce n'est pas vrai pour d'autres qui impliquent des processus métaboliques.

- Dès lors si le concept « de ne pas être à sa place » est encore valable, il perd nettement de son importance.
- De surcroît il est permis de croire qu'il est alors préférable d'éviter une manipulation articulaire car elle réduit les chances de localiser les différentes origines des tensions. Et les praticiens structurels ont habituellement cette sagesse de déclarer forfait lorsqu'ils ont déjà manipulé la zone ou la vertèbre suspectée quelques fois. Cela continue d'affaiblir le concept de « ne pas être à sa place » puisqu'il serait surtout question de trouver la cause de l'irritation.

On peut alors considérer, avec Waddell, que le plus important contingent des dysfonctions musculo-squelettiques des lombalgies chroniques n'est pas créé par un segment osseux qui « n'est pas à sa place ». C'est d'autant plus facile qu'il n'exclut pas complètement cette hypothèse. Notre expérience nous convainc avec Waddell que ce sont bien souvent des tissus mous « à distance » qui sont responsables du maintien de la fixation articulaire dans l'immense majorité des cas. Ajoutons qu'il est vraisemblable qu'une fine articulation distale, mal protégée des amplitudes traumatiques, est davantage sujette à subluxation qu'une capsule articulaire vertébrale. Alors, dans ces cas-ci, quand l'ostéopathe retire la fixation en relâchant la tension myofasciale qui contraignait l'élément osseux, alors la guérison du corps sera totale et le sujet n'entendra plus jamais parler de cette douleur. C'est notre expérience en tant que patiente qui nous permet de l'affirmer avec force. Combien de douleurs de tendinites, consécutives à un sport, une chute, un coup sont passées ainsi, résistant pendant de nombreux mois et passant définitivement après un soin d'ostéopathie. Notre conviction personnelle est relayée aussi par la conviction générale des ostéopathes qui s'appuie sur la grande quantité de subluxations périphériques responsables des nombreuses tendinites qui guérissent aisément par ostéopathie.

A l'opposé de ces articulations distales, le rachis, et notamment le rachis lombaire, est soumis à de multiples forces et contraintes : c'est une courbure secondaire dépendant de la courbure dorsale, c'est un lieu de rencontre de forces ascendantes et descendantes, c'est une zone qui souffre beaucoup de la sédentarité et de l'excès pondéral, c'est un ensemble fortement influencé par la racine du mésentère, les psoas et les dysfonctions coliques. Ici le travail des tissus mous, des viscères abdominaux et des diaphragmes pelvien et costal corrige habituellement ces impressions de vertèbre déplacée du point de vue du repérage topographique. Toutes ces contraintes empêchent le glissement des facettes articulaires entre elles et donnent au praticien non averti comme au patient l'impression qu'un segment n'est pas « à sa place ».

#### **4.2. La limitation du mouvement n'est pas toujours vérifiable**

Nous pouvons suivre Waddell en ajoutant que parmi les disparités de mobilité articulaire, il faudrait distinguer les petites amplitudes et les grandes amplitudes de mouvement. En effet la mobilité de la colonne lombaire dans son ensemble peut être conservée malgré une restriction de mobilité sur un espace intervertébral précis. Certaines pertes de mobilité sont compensées par une hypermobilité à un autre espace intervertébral et la douleur est plus clairement manifeste au niveau des espaces les plus mobiles, ceux qui restent les plus sollicités, comparativement aux espaces les plus bloqués. Dès lors qu'on admet cela, on réalise que ce n'est pas du tout la douleur mais la restriction de mobilité fine qui devrait guider la main du praticien.

#### **4.3. Un cercle vicieux spasme/contracture/spasme serait un système d'entretien mais non une cause de dysfonction**

Les principales structures susceptibles d'être comprimées, étirées, irritées que sont la dure-mère antérieure, les gaines nerveuses, le ligament longitudinal postérieur et l'annulus, sont innervées par le nerf sinuvertébral. Après un trajet récurrent, celui-ci gagne la moelle en rejoignant le nerf spinal postérieur et la corne dorsale de la moelle. Ses impulsions provoquent un spasme musculaire qui crée une vasoconstriction, une ischémie locale des fibres musculaires et nerveuses et une production de métabolites. Le seuil d'excitabilité des mécanocicepteurs et des chémonocicepteurs s'abaisse et il y a production accrue d'influx nociceptifs. Cette nociception se transmet à la corne dorsale de la moelle où elle vient renforcer les influx du complexe radiculo-sinuvertébral. On obtient ainsi une douleur en boucle fermée et auto-entretenu. Waddell considère ce cercle vicieux comme une hypothèse de maintien du trouble mais non comme cause. Nous verrons plus loin que ce modèle a été complètement mis en cause par G. Walsh et plus récemment par Simons et Mense.

#### **4.4. des déséquilibres entre les fibres actives et passives des muscles**

Ils sont dus notamment à la vie sédentaire et sont reconnus responsables de mauvaises répartitions du poids sur les articulations. Il est évident que notre sédentarité excessive contemporaine se fait sentir au fur et à mesure de l'avancée en âge. Nous ajoutons le surpoids comme cause conjointe d'excès et de mauvaise répartition de poids sur les articulations.

#### **4.5. des névropathies d'emprisonnement et des inhibitions segmentaires de moelle**

**4.5.1. La névropathie d'emprisonnement** a été le grand modèle de la médecine conventionnelle et de l'ostéopathie ces dernières décennies. Tout ce qui est capable de créer une compression de la moelle et un « conflit radiculaire » a été investigué très précisément. Les signes cliniques permettant de suspecter ces atteintes sont heureusement assez fiables : toute atteinte entre le cerveau et la moelle entraîne une spasticité, toute atteinte entre la moelle et le muscle entraîne une fasciculation<sup>21</sup>, une aréflexie et une perte sensitivomotrice. Même s'il est possible de trouver des compressions de racines motrices sans parésie,

---

<sup>21</sup> La fasciculation est une contraction involontaire et isolée d'un faisceau musculaire, indépendamment des faisceaux voisins qui eux, restent au repos.

atrophie ou fasciculation, cela reste l'exception et la grande majorité des lombalgies chroniques sont exemptes de telles pathologies.

**4.5.2. Une cavitation de la moelle**, selon Beaupré<sup>22</sup> est susceptible d'apparaître, surtout en cas de lésion post-traumatique. Ce phénomène, rare, apparaît après un délai extrêmement variable allant de deux mois à plus de dix ans, offre un rappel des signes relatifs aux atteintes de moelle. Quels sont les signes, par exemple, d'une cavitation de la moelle dans la région cervicale ?

- S'il s'agit d'un syndrome centromédullaire où seule la commissure blanche antérieure est atteinte, étant donné que les fibres de la voie extralemniscale (sensibilité thermoalgésique) croisent la ligne médiane dans la commissure blanche antérieure, en avant du canal médullaire, une lésion centromédullaire interrompt la décussation et cause un syndrome syringomyélique ou centromédullaire : anesthésie dissociée, c'est-à-dire sélective pour les sensibilités douloureuses et thermiques avec intégrité des sensibilités discriminative (posture, vibration, sens tactile discriminatif). Le déficit est bilatéral et circonscrit aux dermatomes correspondants de la deuxième racine sous-jacente aux segments médullaires lésés. Il est "suspendu" entre les territoires sus-jacents et sous-jacents qui, eux, sont normaux.
- S'il y a une atteinte des cornes ventrales, des cornes dorsales, de la commissure blanche antérieure et des zones d'entrée et de sortie des racines dorsales et ventrales, il s'agit alors d'un syndrome lésionnel. Le déficit neurologique est ipsilatéral à la lésion et segmentaire, c'est-à-dire limité aux dermatomes et aux myotomes correspondant aux segments médullaires lésés. Il se caractérise par :
  - une anesthésie de toutes les modalités sensibles,
  - une aréflexie tendineuse des membres supérieurs due à l'interruption des voies afférentes des réflexes myotatiques,
  - un syndrome des motoneurones inférieurs avec parésie, atrophie et fasciculation dues à la destruction de la corne ventrale.
- S'il y a compression ou envahissement de la substance blanche médullaire cervicale, il se produit alors un syndrome sous-lésionnel qui se manifeste par :
  - un syndrome des motoneurones supérieurs ou pyramidal avec parésie spastique des quatre membres due à l'atteinte des faisceaux corticospinaux,
  - un syndrome des cordons dorsaux caractérisé par des paresthésies, une hypoesthésie ou une anesthésie tactile, posturale et vibratoire de l'hémicorps ipsilatéral sous-jacent à la lésion,
  - une anesthésie thermoalgésique de l'hémicorps controlatéral sous-jacent à la lésion.
- Si la cavitation s'étend encore plus vers le haut et atteint la région du bulbe, on parle alors de syringobulbie, ce qui se manifeste par une anesthésie thermoalgésique de l'hémiface, une abolition ipsilatérale du réflexe cornéen, une paralysie unilatérale vélo-palato-laryngée (voile du palais, pharynx, cordes

<sup>22</sup> Beaupré, R. (1992). *Propos de réadaptation*, 10, N° 2, 17-20.

vocales), une hémiatrophie de la langue et un nystagmus souvent purement rotatoire.

**4.5.3. Le rôle des systèmes inhibiteurs spinaux** dans le contrôle de l'hypersensibilité centrale est très important. Dubner<sup>23</sup> a proposé que la stimulation excessive des récepteurs NMDA, connue pour induire des effets excitotoxiques, pourrait entraîner un dysfonctionnement, voire une destruction d'interneurones inhibiteurs locaux et donc une altération des systèmes de contrôle segmentaires responsables d'une « hyperexcitabilité » des neurones de la corne dorsale de la moelle. L'altération des systèmes de modulation de la transmission des messages nociceptifs peut également être en rapport avec la réduction dans la corne postérieure de la moelle de deux neuromédiateurs inhibiteurs, jouant un rôle capital dans les processus d'inhibition segmentaire, à savoir GABA et glycine.

**4.6. Facilitation et hypersensibilité**, qui sont des modifications neurophysiologiques, peuvent affecter l'activité neuromusculaire sans névropathie d'emprisonnement. Cela a été montré par deux ostéopathes, Denslow et Korr, du Collège d'ostéopathie de Kirksville, qui établirent par des recherches électromyographiques des particularités du fonctionnement neurophysiologique dans les années 1950. Denslow en premier put démontrer que les muscles situés au voisinage d'une lésion vertébrale étaient le siège de potentiels d'action prolongés et redéclenchables facilement avec rémanence de la douleur, contrairement aux muscles sains, où passée la période initiale de mise en place des électrodes, aucun potentiel d'action n'était détectable ni redéclenchable. Il émit l'hypothèse de l'existence d'un « état d'excitation subliminal » à l'étage des motoneurones situés au niveau métamérique correspondant à la zone lésée. Puis Korr<sup>24</sup> et Denslow démontrèrent que des stimuli diffus et éloignés provenant de plusieurs sources excitaient les motoneurones des segments lésés tandis que l'on n'observait rien dans les segments sains. C'est ce qu'on appelle un « état de facilitation » vertébral. A leur avis, cet état provient de stimuli efférents sur les muscles venant de structures somatiques et viscérales correspondantes.

Une fois l'étage excité, les impulsions efférentes gagnent le système musculo-squelettique en utilisant les voies du système nerveux central ou les viscères par l'intermédiaire du système nerveux sympathique, en générant un dysfonctionnement local susceptible d'initier à son tour de nouvelles excitations vers le segment médullaire métamérique concerné. La survenue et la persistance de ces perturbations somatiques, ou même l'existence d'une souffrance viscérale par les multiples influx envoyés vers la moelle constituent autant de sources de fragilisation potentielle de celle-ci au niveau métamérique correspondant. Cette dernière envoie à son tour des messages anarchiques. Selon Le Corre et Toffaloni<sup>25</sup>, « Korr et son équipe sont arrivés

<sup>23</sup> Dubner R. Neuronal plasticity and pain following peripheral tissue inflammation or nerve injury. In Bond M.R., Charlton J.E., Woolf C.J. eds. *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Elsevier, Amsterdam, 264-276.

<sup>24</sup> Korr, I. (1978). *The neurobiological Mechanisms in Manipulative Therapy*, New-York : Plenum Press. Et Korr, I., (1979). *The collected Papers of Irvin M. Korr*. Indianapolis : American Academy of Osteopathy.

<sup>25</sup> Le Corre, F, Toffaloni, S. (1996). *L'ostéopathie*. Paris : PUF.



à démontrer l'existence de cette activation du système sympathique au cours d'une telle situation anormale en étudiant le degré de sudation et le niveau de la résistance cutanée électrique. [...] Leurs recherches démontrent que le réseau sympathique périphérique situé dans la région segmentaire correspondante à la dysfonction somatique et à ses conséquences périvertébrales serait dans un état de facilitation chronique.» Selon eux, la manipulation rétablit le bon fonctionnement de ces impulsions avec abaissement de l'hyperactivité sympathique – à la condition de faire disparaître la dysfonction mécanique ou l'irritation des structures neurologiques.

Selon De Bisschop G, De Bisschop E, Nundlall-de Bisschop R et Gouget JL, <sup>26</sup> « il est intéressant de souligner que les diminutions de la résistance électrique cutanée constatées dans les facilitations segmentaires existent le long de la colonne spinale, avec des hyperesthésies associées. Ce fait est particulièrement net au cours des lombalgies. Certains auteurs (Stoddard) estiment qu'une majorité d'adultes présentent éventuellement des facilitations segmentaires spinales qui peuvent durer des mois et des années par suite d'anomalies posturales, fonctionnelles ou organiques. » Wilcox<sup>27</sup>, par analogie avec les mécanismes de potentiation à long-terme décrits dans l'hippocampe, a suggéré que les acides aminés excitateurs (AAE) pourraient avoir un rôle majeur dans le développement des phénomènes de sensibilisation centrale impliqués dans les douleurs chroniques. Les AAE (glutamate, aspartate) sont libérés par les afférences primaires et représentent des neurotransmetteurs excitateurs des neurones de second ordre qui transmettent des messages nociceptifs vers les centres supérieurs. Dans des circonstances pathologiques leur libération prolongée liée à une activation tonique des fibres C et leur fixation sur des récepteurs spécifiques (NMDA et non NMDA) présents à la surface de ces neurones, entraînerait une cascade d'événements intracellulaires (entrée de calcium, activation des systèmes de second messenger, modifications des protéines membranaires) responsables de modifications durables de l'excitabilité des neurones de la corne dorsale. Comme le fait remarquer Wilcox, ces mécanismes sont rigoureusement les mêmes que ceux de la mémoire à long terme. Parler de « mémoire de la douleur » prend ainsi tout son sens. Cette mémoire, serait, ici, périphérique.

#### 4.7. interprétation erronée d'influx afférents

Il peut aussi exister une interprétation erronée d'influx afférents normaux en provenance des mécanorécepteurs, susceptible d'entraîner des réponses inappropriées dans le muscle et sur l'activité du système neurovégétatif. Par exemple, des activités ectopiques peuvent être générées non au niveau des nocicepteurs mais au niveau du tronc nerveux, des corps cellulaires situés dans le ganglion sensitif ou au niveau de plaques de démyélinisation sur les axones des fibres de gros diamètre. La survenue de telles activités anormales serait due à une « instabilité électrique » de la

<sup>26</sup> De Bisschop G, De Bisschop E, Nundlall-de Bisschop R et Gouget JL <http://www.sante.cc/electro/dossiers/radiculo/radiculo05.htm> consulté le 3 avril 2008 et De Bisschop G., De Bisschop E. Commandré F. (1997) *Les Syndromes canalaire*s. Paris : Masson.

<sup>27</sup> Wilcox G.L. (1991) Excitatory neurotransmitters and pain. In : Bond M.R., Charlton J.E., Woolf C.J. eds. *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier 264-276.

membrane neuronale liée à une dysrégulation de la synthèse et/ou du fonctionnement des canaux ioniques (Na, K, Ca, etc.). Ces activités peuvent être liées aussi à une repousse nerveuse anormale de fibres amyéliniques ou à une ischémie nerveuse. Enfin elles pourraient être liées à la stimulation des récepteurs du *nervi-nervorum*. (Le *nervi-nervorum* est une fibre nerveuse sensitive et sympathique, issue de fibres du nerf lui-même et des plexus périvasculaires, distribuée à l'épinèvre, au périnèvre et à l'endonèvre).<sup>28</sup> Un autre exemple est constitué des éphapses qui sont des connexions artificielles constituées par des appositions directes, sans l'intervention de la gaine de myéline et réalisant ainsi de véritables « court-circuits » bidirectionnels entre fibres. Ils entraînent une activation pathologique des fibres de petit calibre par des fibres de gros calibre.

Enfin Shortland et Woolf ont observé que secondairement à la section d'un nerf périphérique, certaines de ces afférences, qui normalement se terminent majoritairement dans les couches profondes de la corne dorsale de la moelle (III-IV), envoient des ramifications vers les couches superficielles (couche II). Une telle réorganisation pourrait fournir un substrat anatomique à l'allodynie si l'on admet que les ramifications des fibres de gros calibres (qui véhiculent le tact léger) vers la couche II, établissent des contacts synaptiques fonctionnels avec les neurones nociceptifs localisés à ce niveau. Dans ces conditions, ces neurones, normalement activés uniquement par des stimulations intenses, pourraient également l'être par des stimulations légères.<sup>29</sup> Ces données rappellent la théorie sur la douleur de Craig mentionnée plus haut.

#### **Notre conclusion sur le mécanisme « mécanique ou algique ? »**

Imaginer que pour faire cesser la lombalgie chronique, souvent adaptative, il suffira de manipuler une lombaire « pour la remettre à sa place » n'a plus guère de sens après ce rappel. En revanche, des malpositions osseuses, non visibles aux examens d'imagerie médicale, entraînent un nombre considérable de douleurs rebelles dont beaucoup de tendinites. En libérant ces malpositions l'ostéopathie permet habituellement de résoudre ces subluxations périphériques.

Mais pour que le résultat soit pérenne, il faut aller plus loin. Waddell est formel : « La notion de fonction intégrée prédomine, c'est-à-dire qu'il importe de prendre en compte l'unité du corps en ses différentes parties et l'unité psyché-soma ».

Ces deux assertions sont à peine imaginables intuitivement. Il faut donc bien en mesurer les conséquences. Waddell est un scientifique moderne qui opère au quotidien ; son ouvrage a moins de dix ans. Bref, on ne peut le suspecter d'holisme (dans ses deux dimensions - « corps pris dans son ensemble » et « corps/psyché » - par

---

<sup>28</sup> Bouhassira, D., Attal, N. (1997) Les neuropathies périphériques douloureuses, in *Douleurs* sous la dir. Brasseur, Chauvin, Guilbaud. Paris : Maloine., p.433

<sup>29</sup> Shortland, P., Woolf, C.J. (1993) Chronic peripheral nerve section results in a rearrangement of the central axonal arborizations of axotomized A beta primary afferent neurons in the rat spinal cord. *J Comp Neurol* 330, 3655-3671.

manque d'expérience. Il semble que son expérience en tant que chirurgien rejoigne celle des ostéopathes.

- S'il faut prendre en compte l'unité du corps en ses différentes parties, cela confirme-t-il que la lombalgie pourrait ne pas se résorber à cause d'un verrouillage ailleurs que dans la zone douloureuse ?
- S'il faut prendre en compte l'unité psyché-soma, cela confirme-t-il que le plan psychique pourrait participer au défaut de réparation spontanée du corps ?

Nous sommes bien sûr en accord avec Waddell sur ces deux points. Puisqu'il est d'abord très difficile de savoir la cause d'une douleur rebelle, notre position est finalement la même que pour le chapitre précédent. Il paraît souhaitable de parier pour l'hypothèse la plus simple car on peut dans tous les cas tenter de la traiter aucun dommage pour le corps. Au pire, le patient et le thérapeute auront éliminé des tensions sans que celles-ci ne soient en lien causal avec la douleur. Dans ce cas-ci, il n'y a même pas la crainte de passer à côté d'une intervention plus urgente. Les douleurs dépendant d'une sensibilisation par un organe sont vraisemblablement soulagées par les techniques viscérales. La guérison dépend alors de la cause. Nous avons traité chez des enfants des dysfonctions mécaniques qui ont supprimé des dysfonctions organiques (reflux gastrique) mais quand Rosa nous offre un problème comparable, notre traitement ne semble pas avoir amélioré son problème. Chez les enfants il nous semblait que la cause était mécanique. Chez Rosa, elle semblait d'origine neurovégétative. Enfin savoir si nous avons une action sur la mémoire de la douleur comme l'évoque Wilcox demandera des expérimentations qui seront sans doute délicates mais ô combien passionnantes. Encore un terrain d'expérimentation en perspective digne d'intérêt.

### **5. Le diagnostic systémique différentiel des différents systèmes : Le profil clinico-temporel**

Chez l'ostéopathe, comme chez tout praticien de première intention, il y a un système d'anamnèse au sein duquel les éléments s'organisent pour identifier le trouble myofascial et éliminer une pathologie sous-jacente : VINDICATE est un des procédés mnémotechniques utilisés pour penser à tout. Cela permet de lister les causes :

- Vasculaire
- Infectieuse
- Néoplasique
- Dégénérative
- Intoxication
- Congénitale
- Auto-immune ou inflammatoire
- Traumatique
- Endocrinienne ou métabolique.

A cette liste, l'ostéopathe ajoute une interprétation du trouble du patient tenant compte de sa distribution et son ancienneté. Le tableau suivant donne un aperçu des attentions gardées en tête derrière l'apparente mécanique des troubles.

|                  | <b>Focal (unilatéral)</b>                                                                                | <b>Multifocal (symétrique)</b>                | <b>Diffus</b>                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aigu</b>      | Vasculaire (infarctus, hémorragie) : douleur spontanée<br>Traumatisme (fracture) : douleur au mouvement  | Vasculaire (douche embolique)                 | Irritation du système vasculaire<br>Hémorragie interne<br>Endocrinien<br>Métabolique<br>Intoxication<br>Traumatisme crânien                                  |
| <b>Subaigu</b>   | Infection (abcès-myélite)<br>Traumatisme                                                                 | Infection auto-immune (poussée inflammatoire) | Infection auto-immune (céphalée, vertiges, vomissements, perte de connaissance, augmentation de la pression intracrânienne)<br>Whiplash et WAD <sup>30</sup> |
| <b>Chronique</b> | Traumatisme Pb congénital<br>Néoplasme. Ex : douleur d'un bras + difficulté de langage = cancer temporal | Poly-traumatisme                              | Problème dégénératif<br>Endocrinien<br>Métabolique                                                                                                           |

Il ajoute enfin l'éventualité d'une somatisation d'une problématique psychique, que ce soit du point de vue psychosomatique ou de conversion hystérique. Ces quelques points très brefs ne rendent pas compte de la complexité qui est rencontrée, rarement certes, du point de vue diagnostique. Un exemple intéressant à ce sujet est donné dans le Tome 3 p 135. Cet exemple montre que le diagnostic médical reste très utile et apprécié des ostéopathes qui semblent plutôt attendre qu'une collaboration paisible avec le corps médical puisse développer des réseaux pluridisciplinaires où ils peuvent s'intégrer sans difficulté aujourd'hui. Quand ce temps sera venu, si les ostéopathes arrivent à tenir leur haut niveau de qualification en Europe, envers et contre les décrets en France, pourront leur être adressés des patients souffrants de troubles que la médecine conventionnelle ne peut guère traiter du point de vue

<sup>30</sup> Whiplash associated disorder, voir la définition ci-après.

causal : les troubles où une énergie mécanique cinétique s'est emmagasinée dans les tissus et n'a pu être évacuée.

## 6. L'action réparatrice propre à l'ostéopathie

### 6.1. Le whiplash

C'est, selon notre expérience, un trouble qui est soigné de façon très spécifique par l'ostéopathie. Les quelques personnes que nous avons pu connaître qui souffraient d'un whiplash et qui ont été soulagées par l'ostéopathie sont véritablement stupéfaites de son efficacité sur des troubles diffus qui pouvaient durer depuis des années. Les symptômes sont listés ci-après. Aux USA, ce trouble et la façon de le soigner en ostéopathie semblent admis. C'est incertain en Europe.

L'histoire du whiplash ressemble au triomphe lent des évidences après le refus de toucher, le déni des effets à distance, le tout neurologique, la négation de la dysfonction somato-psychique (d'origine somatique qui atteint le psychisme) et surtout la surdité des assurances. Cet exemple-type de dysfonction invisible et donc non prise en charge par les assurances a reçu en français l'appellation étrange de « coup du lapin ». Nous l'appelons « whiplash » qui est l'équivalent en anglais et qui nous semble plus approprié puisqu'il signifie « coup de fouet » ce qui donne une image plus explicite de la lanière/tête secouée au bout du manche/colonne vertébrale. L'histoire du whiplash est pertinente non seulement parce que le whiplash est extrêmement commun en traumatologie AVP, mais aussi parce qu'il est obligatoirement post-traumatique et que le diagnostic différentiel, quand il n'y a pas de délai entre l'accident et son effet, est alors paradoxalement très aisé à établir pour la victime alors qu'il reste énigmatique pour le soignant.

Le whiplash, ainsi dénommé par Crowe<sup>31</sup> en 1928, est le successeur du « Railway spine » (colonne vertébrale du Chemin de fer), nom donné par Duchesnes (1857) en France et Erichsen (1864) en Angleterre aux troubles « neuropsychiques » observés après des accidents du trafic ferroviaire. Ces troubles avaient été à la source d'autopsies très minutieuses de l'ensemble du canal rachidien de patients décédés, compte tenu de l'absence régulière d'atteintes radiculo-médullaires<sup>32</sup>. Lorsque Crowe décrit le whiplash, il se réfère exclusivement au mécanisme – hyper-extension suivie d'une flexion de la tête – par lequel il résulte une atteinte du cou (et des dommages aux structures du cou) provoquée par une accélération ou décélération soudaine.

En 1995, lorsque la Quebec Task Force <sup>33</sup> définit le whiplash au sein de la nomenclature médicale elle prend en compte le Traumatisme crânio-cervical par

<sup>31</sup> Bono, G., Antonaci, V., Ghirmai, S., D'Angelo, V., Berger, M. & Nappi, G (2000). Whiplash injuries : Clinical picture and diagnostic work-up. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 18 (Suppl.19). S23-S28.

<sup>32</sup>Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod. p.17.

<sup>9</sup> Spitzer, W.O., Skovron, M.L., Salmi, L.R., Cassidy, J.D., Duranceau, J., Suissa, S. & Zeiss, E. (1995). Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders : redefining « whiplash » and its management. *Spine*, 20 (Suppl.) 2S-73S.

accélération (TCCA). Elle établit une classification du whiplash en 5 stades du point de vue de l'atteinte somatique

- I – Cervicalgie (douleur, raideur, algies). Aucune lésion somatique.
- II et III – Cervicalgie et symptômes musculo-squelettiques (mobilité réduite, points douloureux).
- IV – Cervicalgie et symptômes neurologiques (réflexes tendineux diminués ou absents, déficits sensitivomoteurs).
- V – Cervicalgie et fracture ou luxation.

Elle définit aussi dans sa monographie les Troubles Associés au Whiplash ou Whiplash Associated Disorders (WAD) : « En général, les désordres somatiques et psychiques qui émergent à court ou à moyen terme après un whiplash sont aisément reliés à des mécanismes de dysfonction et de dommages « simples » qui peuvent, si nécessaire, être reproduits et investigués sur des modèles animaux, et qui ne génèrent pas de doute sur leur relation causale entre l'événement traumatique et le phénomène clinique, même si on ne peut toujours pas - en utilisant les outils diagnostics actuels - démontrer les microlésions possibles des organes et des tissus impliqués dans leur genèse. Plus tard, quoi qu'il en soit, dans le contexte de séquelle persistante et chronique, il n'est pas rare de pouvoir isoler certains symptômes ou groupes de symptômes qui, devenant plus complexes et reconnaissables en tant que partie d'une image syndromale, présentent un modèle chronique continu ou intermittent dont l'apparition est souvent précédée par un intervalle asymptomatique (une phase silencieuse ou subclinique) qui peut masquer, ou rendre incertain, le lien causal avec l'événement traumatique. »

Nous trouvons dans ce même article - remarquable mais paru en 1995 - trois causes du très long délai pour passer du « Railway Spine » (la colonne vertébrale du chemin de fer) - devenu peu après le « Railway brain » (cerveau du chemin de fer) - aux « WAD » :

- 1/ le manque de traces visibles dans le corps bien qu'on puisse reproduire les symptômes expérimentalement,<sup>34</sup>
- 2/ le temps de latence avant l'apparition des symptômes,
- 3/ la disparité des symptômes.

Nous ajoutons quant à nous deux autres causes :

- 4/ « le manque de parallélisme entre la gravité apparente du traumatisme et l'intensité des troubles fonctionnels post-commotionnels »<sup>35</sup>
- 5/ la confusion des termes TCC (traumatisme crânio-cérébral) et TCC (traumatisme crânio-cervical).

---

<sup>34</sup> C'est ce qu'a fait notamment Boismare en produisant un whiplash sur des rats. Il a observé une augmentation de la réactivité sympathique périphérique et des catécholamines centrales V. (1986). *Traumatisme cervical expérimental. Etude des conséquences sur la réactivité sympathique périphérique et les catécholamines centrales*. Rouen : Thèse de Médecine.

<sup>35</sup> Cause tirée par nous de Lempérière, Th., Féline, A. (1977). *Psychiatrie de l'adulte*. In *L'Abrégé de Psychiatrie de l'Adulte*. Paris : Masson

Notons avec intérêt que les WADs peuvent exister à n'importe quel stade du whiplash, c'est-à-dire quelle que soit sa gravité.

Un article récent cite deux études listant les symptômes d'une façon plus précise, avec des fréquences d'occurrence <sup>36</sup> :

*Cervicalgie (100%), raideur de nuque (89%), céphalée (87%), troubles végétatifs (71%), myalgie cervicale (70%), troubles neurasthéniques (60%), tête lourde (49%), vertige (39%), douleurs d'un bras (27%), douleur lombaire (25%), trouble auditif, acouphène (21%), symptômes des mains (20%), troubles visuels (20%), boule dans la gorge (12%), dysphagie (7%), chat dans la gorge (6%), douleur mandibulaire (4%), douleur plancher buccal (4%).*

Notons ici que la lombalgie prise en exemple apparaît dans un quart des cas de whiplash et aussi que la répercussion somato-psychisme est absente, sauf en ce qui concerne les troubles neurasthéniques qui gardent leur flou usuel.

Avec des chiffres différents mais comparables, la deuxième étude ajoute :

*Fatigabilité rapide (56%), anxiété (44%), insomnie (39%), dorsalgie (38%), sensibilité au bruit (29%), difficultés de concentration (26%), distraction (15%).*

Quand les littératures canadienne et suisse considèrent enfin les conséquences somato-psychiques du whiplash, Waddell, plus tôt, souligne l'importance du contexte psychique sur l'évolution d'une pathologie somatique, c'est-à-dire dans le sens psychosomatique. La littérature parvient à considérer le sens somato-psychique et le sens psycho-somatique des troubles. Une nouvelle compréhension des séquelles traumatiques entre dans la prise en charge des victimes, de façon inégale. La double appartenance de la névrose traumatique au registre du somatique et du psychique commence à être reconnue en psychiatrie mais pourtant crée une suspicion médicale. « L'interprétation du syndrome subjectif post-commotionnel fait intervenir deux ordres de facteurs :

- un trouble organique (microlésions hémorragiques, perturbation de l'hydraulique encéphalique, commotion labyrinthique... existence de microlésions au niveau du tronc cérébral...)
- la réaction au traumatisme et à ses implications affectives et sociales chez une personnalité plus ou moins modifiée sur le plan biopsychologique par la commotion cérébrale...

La prise en charge de ces malades est difficile : le médecin souvent méfiant devant des troubles imprécis d'allure sinistres a du mal à garder une attitude objective et cohérente envers un patient qui, se sentant incompris, a tendance à majorer ses troubles avec l'espoir conscient ou inconscient d'obtenir une réparation financière au préjudice subi. <sup>37</sup>» Le patient est considéré volontiers comme un simulateur, d'autant que « bien souvent les troubles ne s'améliorent qu'à la fin d'une procédure

---

<sup>36</sup> Strebel, H.M., Ettlin, Th., Annoni, J.M., Caravatti, M., Jan, S., Gianella, C., Keidel, M., Saner, U. & Schwarz, H. (2002). Diagnostic et traitement du traumatisme crânio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. *Forum Médical Suisse*, N°47, 1119-1125.

<sup>37</sup> Lempérière, Th., & Féline, A. (1977). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson.

d'indemnisation ou qu'après la fixation du taux d'I.P.P.<sup>38</sup> » (Invalidité Partielle Permanente).

La prise en charge correcte des victimes n'est pas encore atteinte alors : qu'on envisage la douleur, le whiplash ou l'action de l'ostéopathie, la suspicion règne tant qu'on ne dispose pas d'outils pour objectiver. Au niveau de la douleur, les progrès sont les plus notables, le consensus étant désormais pour le respect de la parole du patient en incluant son aspect émotionnel. Cependant, aujourd'hui encore, les équipes médicales qui n'ont pas d'outils précis pour coter la douleur des nouveau-nés, emploient dans leurs dossiers de soin des expressions comme « semble souffrir », qui témoignent involontairement des doutes que les soignants entretiennent inconsciemment.

Quant au whiplash, son appellation provisoire « TCC », traumatisme crânio-cervical, le confondra avec le TCC, traumatisme crânio-cérébral, dont on fera mal la différence d'avec le syndrome subjectif post-commotionnel, qui a reçu ensuite le nom de névrose traumatique. Or, tous ces termes ne désignent ni les mêmes traumatismes ni les mêmes symptômes. Dans le whiplash, ensuite nommé « traumatisme crânio-cervical par accélération » (TCCA), il n'y a pas d'impact sur la boîte crânienne et pas d'œdème cérébral<sup>39</sup>. Mais il y a bien tous les signes associés (WAD) et des troubles neuro-végétatifs. Pour rendre les choses encore plus complexes, avec le DSM III, la névrose traumatique prendra le nom de PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), traduit en français par ESTP (Etats de Stress Post-Traumatiques).

Dans un tel contexte on peut se réjouir de savoir que les victimes commencent à se regrouper pour mieux organiser la défense de leurs préjudices, ce qui est facilité par la communication au moyen de forum sur le web. Ainsi un site dédié aux victimes du coup du lapin liste les conséquences admises après un whiplash.<sup>40</sup> On y trouve notamment les références d'un article concernant une expression anormale du gène de myélinisation créée expérimentalement : « Après une blessure partielle de la moelle épinière (BME) on trouve sur le tissu épargné une myélinisation anormale à laquelle est associée une conductance réduite ou bloquée de l'axone<sup>41</sup>. »

Comment l'ostéopathie serait-elle capable de soigner le whiplash ? Réfléchir sur ce thème occupe bien des ostéopathes car cela oblige à se positionner quant aux mécanismes intrinsèques potentiels. Nous entrons donc dans une position de recherche, posant des hypothèses qui demanderont à être vérifiées, dès que des ostéopathes pourront libérer du temps pour faire de la recherche. Ces hypothèses ne sont pas nôtres. Nous les avons sélectionnées parmi d'autres dans la littérature de recherche, parfois chez les ostéopathes, parfois en université de biomécanique,

---

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Boismare, V. (1986). Traumatisme cervical expérimental. Etude des conséquences sur la réactivité sympathique périphérique et les catécholamines centrales. Rouen : Thèse de Médecine.

<sup>40</sup> <http://www.coupdulapin.org/> consulté en avril 2007.

<sup>41</sup> Wrathall, J.R., Li, W. & Hudson, L.D. (1998) Myelin gene expression after experimental contusive spinal cord injury. *Journal of Neuroscience*, 18, N°21, 8780-87993. Voir l'abstract en annexe.



parfois chez des vétérinaires ostéopathes. Nous les avons adoptées provisoirement car elles répondent le mieux à nos perceptions sensorielles. Mais la recherche continuera, plus rapidement, nous l'espérons.

A notre avis donc, la biomécanique est la façon la plus aisée de comprendre l'action de l'ostéopathie sur la part mécanique du whiplash. Nous croyons aussi que les fluctuations liquidiennes cérébrales sont concernées. Et l'action psychique aussi.

Les arguments en faveur de l'hypothèse du trouble hydraulique sont l'importance de la quantité des liquides dans cet espace clos, les conséquences du whiplash en termes de troubles de l'équilibre et la sensation de normalisation des fluctuations liquidiennes, si régulièrement mentionnées par les patients et les praticiens en ostéopathie.

La seconde action de réparation propre à l'ostéopathie fonctionnelle, son action du point de vue somatique, serait sa capacité à mettre en œuvre et à tirer profit de la tenségrité viscoélastique. La part psychique de son action sera étudiée plus loin par commodité.

#### **6.2. La part biomécanique : la tenségrité viscoélastique**

Les connaissances actuelles offrent ainsi à l'ostéopathie fonctionnelle les premiers balbutiements de l'explication de son mécanisme d'action : les récentes avancées de la physique sur la tenségrité<sup>42</sup> et de la biochimie sur la thixotropie des tissus biologiques<sup>43</sup> ont abouti récemment à un modèle de tenségrité viscoélastique<sup>44</sup> qui expliquerait de nombreux mécanismes d'action de l'ostéopathie fonctionnelle.

##### La thixotropie :

La thixotropie est une propriété physico-chimique de certaines substances brutes, de certains états de certaines matières. Au départ on est généralement en présence de substances telles que des gels tremblotants, à demi liquides, en état de repos. Leur point commun est de renfermer, d'emprisonner littéralement des molécules d'eau (parfois d'huile) dans un réseau, un « filet » microscopique de fibres cellulaires ou macromoléculaires. Cet ensemble réagit fortement à tous les mouvements : ceux induits par la chaleur, se traduisant par un accroissement de la vibration moléculaire et ceux induits par les déplacements. Que se passe-t-il alors ? Une désorganisation du réseau fibreux, « cassé » par le mouvement. L'eau (ou un autre liquide) est libérée et, de contenu, devient contenant. Le mouvement cessant, l'organisation macromoléculaire se reconstitue, l'eau est de nouveau « prise au filet » et le produit redevient un gel.

<sup>42</sup> Mégret, J.-V. (2004). La tenségrité, modèle biomécanique pour l'ostéopathie. *Apostill*, N° 14, 4-16.

<sup>43</sup> Walsh, E. G. (1992). Muscles, Masses and Motion. The Physiology of normality, hypotonicity, spasticity and rigidity. *Clinics in developmental medicine*, N° 125. New-York : Mac Keith Press. Cambridge University Press. et Lakie, M., Walsh, E.G. & Wright, G.W. (1984). Resonant frequency at the wrist demonstrated by the use of a torque motor : an instrumental analysis of muscle tone in man. *J. Physiol*, 353, 265-285.

<sup>44</sup> Canadas, P. (2003). *Modèle de tenségrité viscoélastique pour l'étude de la réponse dynamique des cellules adhérentes*. Thèse de doctorat. CCSD thèses-EN-ligne

« La thixotropie est la propriété montrée par de nombreux gels de se liquéfier quand ils sont secoués et de se reformer lorsqu'ils sont au repos (Thewlis, 1979, p.336). Cette perte de résistance au mouvement peut se produire quand ils sont agités également).

Qu'est-ce qui est thixotrope dans le corps humain ? Geoffrey Walsh, physiologiste écossais a pu démontrer assez récemment que les muscles humains sont thixotropes, c'est-à-dire qu'ils ont une rigidité qui dépend non seulement de l'amplitude d'un mouvement mais aussi de l'histoire du mouvement. La viscoélasticité des muscles est vraisemblablement due au fait que les fibres d'actine et de myosine se décollent lorsque les fibrilles musculaires sont « agitées ». Cela vaut pour les fibres musculaires.

Par ailleurs, il est universellement connu que le collagène est particulièrement thixotrope, la colle de peau de lapin étant utilisée en peinture depuis toujours pour ses propriétés de liquéfaction à la chaleur et de stabilité à froid. Les fascias étant, du point de vue histologique, les tissus les plus riches en collagène, il est permis d'émettre l'hypothèse qu'une aponévrose, ainsi sélectivement « agitée » ou chauffée, même modérément, pourrait libérer les fibres musculaires sous-jacentes susceptibles alors de revenir à leur état de non-tension initial. On peut enfin supposer que les propriétés histologiques des aponévroses (constituées de couches de fibres de collagène superposées bi-tendues et d'orientations différentes), rend l'approche manuelle de l'ostéopathie fonctionnelle par successifs ajustements pour atteindre et suivre la position d'équilibre et de tension réciproque spécifiquement adéquate pour tirer partie des propriétés thixotropes du fascia.

La thixotropie a pris tout son sens depuis les travaux de Walsh. En effet, un article capital de Simons et Mense, traduit *in extenso* dans le Tome 3 p.103. Il semble démontrer que l'hypothèse de l'existence du cycle douleur-spasme-douleur est rigoureusement impossible : « Une des conditions cliniques de douleur associée à une tension musculaire accrue est la céphalée « de tension » qui est grandement musculaire à l'origine ; elle est souvent causée par des points myofasciaux gâchettes (trigger points) et non pas par un cycle douleur-spasme-douleur, qui est un concept qui ne tient pas, ni physiologiquement, ni cliniquement.<sup>45</sup> »

L'argument de Walsh est que le spasme musculaire est par définition une contraction du muscle causée par une activité EMG, laquelle peut devenir inadéquate par perte d'influence de l'inhibition supraspinale sur le moto neurone alpha. En dehors de ce cas précis, selon Walsh, il n'y a pas du tout d'activité EMG dans un muscle au repos. Il faut donc s'appuyer sur la visco-élasticité, et uniquement celle-ci, pour expliquer le maintien des tensions musculaires une fois le muscle douloureux mis hors activité volontaire.

« Walsh (Walsh, 1992, p.53-55) a passé en revue de façon éloquente l'erreur courante de la littérature médicale selon laquelle le tonus du muscle au repos dépend d'une décharge tonique de faible amplitude de moto neurones jusqu'aux muscles, produisant une petite contraction tonique. Walsh a repris les faits historiques : le

---

<sup>45</sup> Simons, D.G., & Mense, S. (1998). Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain. *Pain*, 75, 1-17.

concept a été établi par Waller en 1896, se basant sur une expérience inappropriée de grenouille rapportée par Brondegeest en 1860. Lorsque l'Ecole Sherrington d'Oxford a par la suite mis comme équivalent le réflexe d'étirement et le tonus, le concept a été incorporé. Malheureusement, le fait que leurs études ont été faites sur des animaux spinalisés et qu'elles ne sont applicables qu'à des individus paraplégiques ou tétraplégiques est complètement ignoré. Les efforts pour trouver la preuve d'activité EMG dans le tonus musculaire au repos chez un sujet normal ont échoué (Clemmesen, 1951 ; Ralston et Libet, 1953 ; Besmajian, 1957). Les études EMG à aiguille sont une méthode sensible et fiable pour détecter toute activité de moto neurone alpha qui pourrait être la source de ce tonus musculaire. L'activation d'un moto neurone active une unité motrice, qui active 500 (ou plus) fibres musculaires dans la plupart des muscles de posture. Ainsi l'activité électrique d'une unité motrice est facilement observable de n'importe où dans un diamètre approximativement de 1 cm dans la plupart des muscles squelettiques. En outre, les études sensibles de la fréquence de résonance sur les changements de rigidité musculaire avant et après anesthésie (Lakie et al., 1979, Lakie et al., 1980) concluent qu'il n'y a pas de réduction du tonus dans l'anesthésie chirurgicale. Ainsi le tonus élastique d'un muscle normal au repos doit être causé par ses propriétés viscoélastiques en l'absence d'activité contractile musculaire. »

Ce débat avait lieu il y a une vingtaine d'années, à l'époque de la découverte de la thixotropie. Si la connaissance a progressé d'un grand pas, ces données sont loin d'être comprises et intégrées dans les démarches de soin habituelles. Les causes de maintien d'une dysfonction sont-elles en lien avec cette thixotropie des tissus biologiques, de façon globale ou par l'intermédiaire des points gâchette, une activité neuro-hormonale perturbée des fibres C - et à quel niveau -, une ischémie compressive ou d'étirement, un problème sur des muscles antagonistes, un excès de poids ou de sédentarité? Tous les discours se côtoient et il faudra vraisemblablement encore du temps pour venir à bout d'erreurs répétées depuis un siècle et demi.

Force est de constater que la chirurgie s'appuie de plus en plus sur ces nouveaux concepts pour les simulations en 3D préopératoires <sup>46</sup>: « la plupart des simulateurs existants utilisent des modèles mécaniques extrêmement simples, basés sur les lois de l'élasticité linéaire. Or de nombreux résultats de biomécanique indiquent que les tissus biologiques se comportent selon des lois beaucoup plus complexes, incluant des effets non-linéaires et viscoélastiques importants. (...) Nous démontrons que cette méthode est capable de reproduire avec précision le comportement mécanique d'un tissu biologique mou »

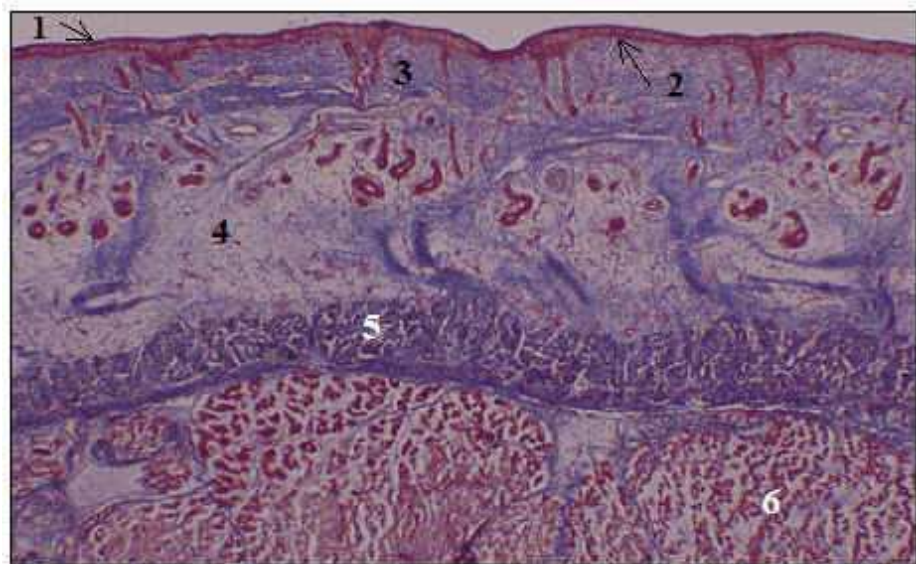
---

<sup>46</sup> Schwartz, J.M. *Calcul rapide de forces et de déformations mécaniques non-linéaires et viscoélastiques pour la simulation de chirurgie*. En ligne : <http://www.theses.ulaval.ca> consulté 05-2004

En dehors de l'épiderme (1) non vascularisé, la peau comprend de la superficie vers la profondeur:

- \* la jonction dermo-épidermique (2) qui par sa complexité et son importance fonctionnelle forme une zone à part entière,

- \* le derme (3) et l'hypoderme (4), le derme se poursuivant par l'hypoderme sans limite franche, les deux en revanche étant vascularisés suivant une systématisation très précise, \* l'aponévrose (5) et le tissu musculaire (6)<sup>47</sup>.



<sup>47</sup> De l'histologie moléculaire à la pathologie [www.histo-moleculaire.com/.../images/page007.jpg](http://www.histo-moleculaire.com/.../images/page007.jpg)

Un autre article très récent qui a reçu la contribution de notre cher professeur E. Masquelier, vient de donner des critères objectifs de la fibromyalgie en observant à part la différence de raideur musculaire élastique et de raideur musculaire visqueuse des chevilles de patients fibromyalgiques<sup>48</sup>. Cet article conclut que « la mesure de la résistance à des mouvements sinusoïdaux passifs au niveau des muscles des chevilles pourrait s'avérer être une méthode sensible pour quantifier la perception subjective de raideur décrite par les sujets fibromyalgiques. Pour le moment, les études utilisant la viscoélasticité et la fréquence de résonnance sont obligées d'utiliser un appareil pour faire faire des mouvements passifs à l'exclusion de toute participation du neurone moteur. Cela exige un contrôle par myographie qui ajoute à la complexité de l'expérimentation. Les outils scientifiques modernes commencent à rendre compte de ce que la sensibilité de la main humaine perçoit. Les ostéopathes fonctionnels sentent si leur main rencontre une résistance viscoélastique ou une résistance involontaire produite par l'activité d'un motoneurone, même s'ils ne connaissent pas tout sur le concept de la viscoélasticité des tissus biologiques.

Il est évident que les personnes qui ont une connaissance de leur corps par des exercices corporels ou mentaux ont une capacité à éliminer tout tonus musculaire volontaire très performante alors que cela peut être rigoureusement impossible à des personnes qui n'ont que très peu conscience de leur corps. Si Walsh pris soin de démontrer de façon absolument certaine l'absence de toute activité d'un seul motoneurone dans le tonus de base d'un muscle au repos et que c'est la viscoélasticité qui produit ce tonus, cela devrait encourager les ostéopathes à considérer ces éléments avec beaucoup d'attention. Si un muscle douloureux au repos (sans activité volontaire inconsciente) reste contracturé seulement par ses propriétés viscoélastiques, cela signifie concrètement que c'est la forme anormale qu'il a adoptée qui ne peut se résorber d'elle-même. Le motoneurone n'a plus aucune influence sur lui à ce moment. On comprend dès lors qu'il est nécessaire de modifier la forme du muscle ou de son enveloppe par l'utilisation de ses propriétés thixotropes, c'est-à-dire par l'ajout d'une « force » thermique ou mécanique pour « l'agiter ». Si l'action porte sur le muscle, elle déferait les liens stabilisés entre les filaments d'actine et de myosine qui entraînent la raideur musculaire. Si l'action porte sur le fascia, c'est le collagène qui changerait de consistance.

Il serait très intéressant de savoir si la main est capable d'entrer en fréquence de résonnance avec ce tissu myofascial et si c'est, en particulier, ce que l'on nomme le still point. Néanmoins l'ostéopathe doit garder à l'esprit que toute activité motrice empêche l'accès à la part viscoélastique des tissus. Ainsi un soin particulier devrait être porté au relâchement musculaire avant tout.

---

<sup>48</sup> Dierick, R., Detrembleur, C., Desenfans, E., & Masquelier E. (2007). Pouvons-nous objectiver la raideur musculaire du patient fibromyalgique ? *Douleur et analgésie*, 20, N°4, 257-263

La tenségrité<sup>49</sup> :

« La tenségrité, concept architectural et mécanique novateur, a fait l'objet d'applications dans les domaines de la biomécanique et de la thérapeutique. La tenségrité repose sur l'existence d'éléments disjoints en compression au sein d'un réseau précontraint en tension. Les similitudes entre la tenségrité et les systèmes biologiques sont nombreuses : précontrainte, comportement non-linéaire, etc.

A l'échelle microscopique, le rapport entre la structure et la fonction repose sur la tenségrité, modèle mécanique pertinent pour la cellule. Le rôle de la matrice extracellulaire et du cytosquelette, fascia intracellulaire, est central. A l'échelle macroscopique, l'importance de la tension est rappelée. Plusieurs structures anatomiques fonctionnent selon le principe de tenségrité, les tissus mous assurant le transfert de forces.(...) Pour l'ostéopathe, le modèle de tenségrité permet de préciser le concept de mouvement mineur, le principe des tests ostéopathiques et le mode d'action de plusieurs techniques correctrices. La pathologie est définie en termes d'états d'autocontrainte, et le rôle de la gravité en tant qu'agent étiologique est discuté. Le tissu matriciel, ou fascia, apparaît de nouveau central en permettant à l'ostéopathe d'accéder au niveau cellulaire... »

Les éléments disjoints en compression dont parle Mégret sont en particulier au niveau macroscopique, les différentes pièces squelettiques précontraintes dans les réseaux des chaînes fasciales. Cela expliquerait très simplement et concrètement pourquoi les os se remettent en place au plus vite et au mieux dès qu'on les libère des contraintes imposées par la fixation des fascias, et pourquoi aussi les muscles n'ont d'autre « envie » que de réduire les contractions ou étirements qui ont été produits par excès, surprise ou événement métabolique particulier utilisant les caractéristiques thixotropes des tissus biologiques. Ces contraintes disparues, les tensions imposées aux tendons cessent, les tendinites se résorbent progressivement et les articulations libérées soulagent leurs ligaments d'une position faillée.

Le fait que la déformation de la cellule ait une action sur le noyau cellulaire serait également de la plus haute importance pour comprendre que toute déformation tissulaire chronique entraîne des dysfonctions métaboliques et pour inciter les personnes fortement secouées mécaniquement à consulter en ostéopathie pour éviter de compromettre l'homéostasie. Le schéma ci-dessous montre comment, selon le modèle de la tenségrité, la déformation de la membrane cellulaire entraîne une déformation du noyau et une modification de la physiologie cellulaire, notamment au niveau du cytosquelette.

---

<sup>49</sup> Mégret, J.-V. (2004). La tenségrité, modèle biomécanique pour l'ostéopathie. *Apostill*, N° 14, 4-16.

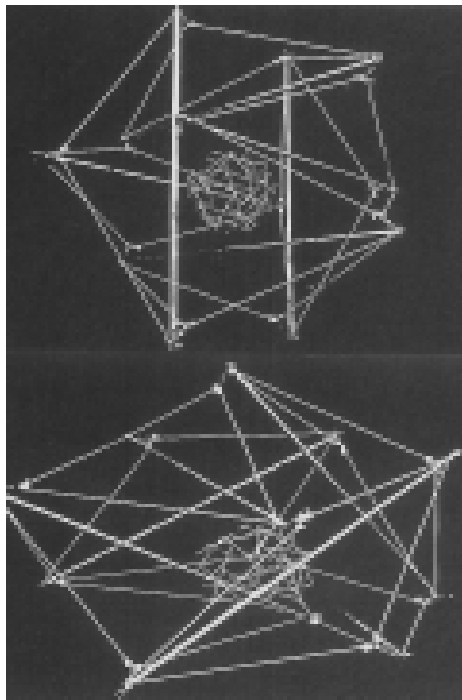


Figure III - Reproduction D. Ingber,  
Cellular tensegrity : defining new rules of biological design that govern the  
cytoskeleton.  
*J. Cell. Sci.* 104, 613 627 (1993) sans autorisation.

Les recherches actuelles continuent d'explorer la tenségrité et la viscoélasticité des tissus biologiques et d'entériner leur pertinence. Pour exemple, un court passage d'une thèse récente sur la tenségrité viscoélastique du cytosquelette :

« Un modèle de tenségrité viscoélastique (MTV) composé de 6 barres quasi-rigides et de 24 câbles viscoélastiques est développé et son comportement mécanique est étudié dans les domaines temporel et fréquentiel pour comprendre le rôle joué par la déformation structurale du cytosquelette dans la réponse cellulaire en petites et grandes déformations. [...] Appliqué à l'échelle micro-cellulaire en utilisant les propriétés des bio-polymères qui composent le cytosquelette, le présent modèle de tenségrité viscoélastique apporte une évaluation prédictive du rôle de la redistribution spatiale des éléments sur les propriétés mécaniques de l'architecture cellulaire. »

Un diagnostic objectif des altérations biomécaniques cellulaires n'est pas encore possible in vivo par les examens d'imagerie médicale. Selon des chercheurs du Centre de physique moléculaire optique et hertzienne (CPMOH) la microscopie à balayage laser pourra dans un avenir proche utiliser un effet non linéaire de génération de troisième harmonique (GTH) d'un faisceau laser pour reconstruire l'image tridimensionnelle d'un objet sans adjonction d'éléments chimiques additionnels. Cela permettrait enfin d'établir de façon objective des dysfonctions soignées par les mains des ostéopathes.<sup>50</sup>

### 6.3 L'évolution de nos hypothèses concernant les mécanismes d'action

#### 6.3.1. Du mécanique au biomécanique

Quand nous avons commencé notre étude, nous pensions que, du point de vue des dysfonctions périphériques, la technique ostéopathique fonctionnelle privilégiait deux processus d'action sur le plan somatique :

- le retour des tissus dans leur position traumatique ferait cesser le spasme myofascial local et permettrait une interruption du cercle vicieux douleur/contracture/douleur. La cessation du spasme induirait une rééquilibration mécanique des tissus qui améliorerait les échanges métaboliques tissulaires locaux et aiderait à leur restauration progressive.

---

<sup>50</sup> Microscopie à balayage laser par génération de 3<sup>ème</sup> harmonique : « en utilisant un effet non linéaire de génération de troisième harmonique (GTH) d'un faisceau laser, des chercheurs du Centre de physique moléculaire optique et hertzienne (CPMOH) ont récemment mis au point un nouveau type de microscope permettant la reconstruction tridimensionnelle de l'image d'un objet. Le faisceau laser génère dans l'objet un signal que l'on détecte en transmission. L'intensité du signal, dépendant du milieu traversé et changeant fortement aux interfaces, permet une reconstruction point par point de la structure de l'objet. Cette microscopie laser présente d'énormes avantages par rapport aux techniques existantes et utilisées pour l'étude des milieux biologiques (fluorescence à deux photons par exemple) : pour faire de l'imagerie, elle ne nécessite pas l'insertion, dans l'objet étudié, d'éléments chimiques additionnels. Elle peut s'employer aussi bien en caractérisation de matériaux qu'en biologie. » Canioni, L., Rivet, S., Sarger, L., Barille, R., Vacher, P., & Voisin, P. Imaging of Ca<sup>2+</sup> intracellular dynamic with Third Harmonic Generation microscope. (2004). A paraître dans *Optics Letters*. Consulté sur internet <http://www.cnrs.fr/Cnrspresse/n390/html>.



Ce processus mécanique et métabolique local se répercuterait dans toute l'unité fonctionnelle du corps.

- les forces lésionnelles traumatiques (énergie cinétique) qui s'impriment dans les tissus en les déformant, seraient évacuées par un travail mécanique libérant les tensions<sup>51</sup>.

Nous pensons aujourd'hui que l'ostéopathie possède effectivement cette fonction réparatrice - complémentaire de l'autoréparation - par les processus suivants :

- la manipulation lente des tissus myofasciaux jusqu'à l'aisance maximale solliciterait la viscoélasticité de ces tissus.
- cette manipulation mécanique assouplirait les tissus myofasciaux et leur permettrait de libérer l'énergie cinétique qui jusqu'alors les déformait.
- cela donnerait la possibilité aux éléments précontraints par ailleurs (os du squelette mais aussi chaînes fasciales et musculaires) de reprendre leur position d'aisance et d'équilibre réciproque optimal selon les lois de la tenségrité.

Après libération de ces contraintes, on observerait :

- une amélioration des processus vasculaires par suppression de stase veineuse ou amélioration de l'apport artériel.
- une amélioration de la conduction neurologique ou une élimination de l'irritation au niveau d'un nerf (par exemple nerf sinuvertébral dans la lombalgie et l'éventuelle facilitation médullaire qu'elle provoque).
- l'arrêt progressif des processus inflammatoires par la libération des terminaisons nerveuses, la cessation de la douleur et la reprise du drainage naturel des vaisseaux lymphatiques.

Par ailleurs une action indirecte se produirait au niveau :

- du SNA par l'élimination de l'inflammation et de la douleur qui stopperait l'activation du locus coeruleus par l'intermédiaire des fibres du nerf vague, par action sur les zones clés ortho ou parasympathiques comme les ganglions spinaux, et par la suppression des tensions mécaniques imposées aux viscères par des contraintes fasciales (épiploons et mésos).
- du système immunitaire qui bénéficierait de l'arrêt de la production des glucocorticoïdes consécutive à l'inflammation périphérique et au dysfonctionnement de l'axe HHS (cf. le point suivant).
- du SNC par les projections des fibres C au niveau du thalamus ventro-médian, de l'insulae et du cortex cingulaire.

Ces trois derniers points qui concernent les liens entre systèmes et entre réactions centrales et périphériques seraient un troisième moyen d'action de l'ostéopathie fonctionnelle. En effet, dans les consultations d'ostéopathie, les anamnèses qui ne révèlent aucune cause mécanique récente, même sur une lombalgie banale, sont très fréquentes.

---

<sup>51</sup> Barral, J.P., Croibier, A. (2000) *Approche ostéopathique du Traumatisme*. Ed Actes Graphiques

### 6.3.2. Névropathie d'emprisonnement - neuro-végétatif

Prenons l'exemple de la somatisation lors d'un excès d'événements de vie nouveaux et perturbants. Il n'y a pas eu de traumatisme mécanique et les troubles sont dus à des difficultés psychiques qui créent des dysfonctions neuro-végétatives affectant des viscères. Les viscères reçoivent des influx du SNA désordonnés et contradictoires, les sphincters sont spasmodiques, les muqueuses irritées. Les mésos et épiploons tendus étirent les viscères qui deviennent eux-mêmes pris dans des conflits de tensions venant de différentes directions. Dans ces cas amener le corps à renégocier les tensions antagonistes redonne davantage de liberté aux éléments trop précontraints. Ce début de libération peut amener un cercle vertueux de relâchement progressif ou n'être qu'un soulagement passager. En effet l'influence psychique jouée par le soutien affectif et le support social sera très déterminante car l'interprétation des événements de vie reste fondamentale. Toute la recherche sur les modes d'adaptation (coping) dans les développements récents de la médecine psychosomatique l'a abondamment prouvé. A l'opposé, si ces tensions s'intègrent durablement dans le schéma général du corps, les tensions supplémentaires imposent de plus en plus de contrainte et l'on assiste à des réactions de blocage myofasciaux susceptibles de se produire sur des faux-mouvements insignifiants. La liberté de glissement des différents organes et tissus les uns par rapport aux autres s'est amincie jusqu'au blocage. Les lombalgies sans cause apparente sont le plus souvent de cet ordre. Par ailleurs la somatisation durable de ces états de stress modèle la forme des fascias de façon durable. Les viscères eux-mêmes ont un fonctionnement perturbé, comme on le constate avec la constipation chronique ou le colon irritable.

Dénouer ces tensions sera toujours possible et souhaitable, mais représentera un vrai travail pour le corps à chaque séance. Cela conduit à une notion de terrain en ostéopathie, terrain qui n'est pas dû à l'hérédité (ce qui ne l'exclut nullement), mais à l'histoire traumatique physique et psychique du sujet. Un terrain chargé en traumatismes tire un grand profit à être nettoyé de ses multiples séquelles. Alors les blocages et alertes deviennent de plus en plus rares. Les dégradations dues au mauvais métabolisme ne s'ajoutent pas à celles, naturelles, de l'avancée en âge qui se fait plus discrète.

Qu'un nouvel événement psychique pénible soit capable de redéclencher un trouble viscéral paraît logique par l'influence du SNA. C'est bien plus étonnant mais également vrai pour une douleur périphérique. Néanmoins cela s'est vérifié uniquement quand le trouble mécanique était resté inscrit longtemps dans l'organisation du corps. La douleur et la dysfonction mécanique semblent réactivées par une sorte de mémoire de la douleur et par un « frayage » qui a produit un lieu privilégié de somatisation. En effet la douleur est réellement supportée par des tensions myofasciales cohérentes. Cependant, quand le terrain mécanique a été correctement nettoyé, douleurs et tensions se guérissent bien plus vite, avec peu d'aide, voire spontanément si le psychisme a acquis la même capacité de mobilité par rapport au traumatisme premier.

Quand les difficultés psychiques ont été rencontrées de façon très précoce, ou lorsqu'elles ont été graves, les tensions sont encore plus inscrites comme formes habituelles du corps et les dénouer est un travail susceptible de durer des années. C'est une véritable psychanalyse par le corps qui touche à des souffrances infantiles insoupçonnées telles que celles que nous mentionnerons dans le chapitre sur Lowen.

Dans ce doctorat, le projet n'était pas de démontrer l'efficacité de l'ostéopathie sur le plan physiologique et mécanique. Nous ne faisons que pointer des pistes de recherche. Il nous apparaît aujourd'hui que des liens entre les chercheurs des disciplines de biomécanique et de biochimie cellulaire et moléculaire sont nécessaires pour continuer à établir la continuité entre le niveau microscopique et macroscopique du modèle de tenségrité viscoélastique, allant du cytosquelette jusqu'au système fascial. Il nous paraît fructueux aussi d'explorer mieux la continuité de tension sur toute l'étendue du corps de la matrice extracellulaire. Cela constituerait une confirmation des intuitions de Swedenborg quelques centaines d'années après.

L'observation de la cause des troubles montre qu'il est nécessaire de conjuguer le mécanique au biochimique et au psychique en ostéopathie : un événement mécanique qui dépasse les limites d'adaptation du corps et un événement psychique qui dépasse les limites d'adaptation du psychisme créent tous deux une souffrance du corps qui doit être mesurable en biochimie. Mais comme il est impensable de faire des analyses pour les ostéopathes, il a fallu repérer les améliorations précoces par la seule clinique.

#### **6.3.3. Méninges, astrocytes et fonctionnement cérébral**

Une quatrième voie d'action spécifique de l'ostéopathie est la circulation vasculaire cérébrale générale, gliale et méningée en particulier. L'exemple le plus significatif est sans doute celui du travail sur la zone charnière d'occiput/atlas, du point de vue des structures qui sont sous nos doigts pendant ce type de travail dit « crânien ». Patients et praticiens sentent bien la détente tissulaire locale, libérant progressivement des tensions souvent vieilles et fixées, provoquant des cervicalgies bénignes et des symptômes mineurs auxquels on n'a pas trouvé d'origine précise (fatigue, céphalées, acouphènes ou légères instabilités). Les ostéopathes en général (et nous souscrivons à cela personnellement) pensent que l'ostéopathie permet aussi d'exercer une action d'équilibration sur les fascias intracrâniens (faux du cerveau et faux du cervelet, tente du cervelet) et sur la dure-mère spinale<sup>52</sup>.

En tout état de cause, si on ne peut aucunement affirmer que ce processus existe de façon scientifique encore, il est au moins certain que la libération des tensions sous-occipitales, a nécessairement une répercussion vasculaire positive sur le fonctionnement cérébral. En effet, s'il est difficile de prouver l'amélioration produite

---

<sup>52</sup> Nous savons pertinemment que la dure-mère spinale est adhérente sur toute sa longueur au ligament vertébral commun antérieur. Nous espérons que la thixotropie et la tenségrité éclaireront nos impressions tactiles.

par une meilleure vascularisation cérébrale, prouver les effets délétères des « lésions vertébrales » a été extrêmement bien fait. En effet les travaux de Louisa Burns et de son équipe parus dans l'ouvrage *Pathogenèse des maladies viscérales après lésions ostéopathies*<sup>53</sup>, ont montré l'apparition chez le lapin d'une opacité du cristallin dans les vingt-quatre mois suivant la création d'une lésion occiput-atlas ou atlas-axis (1 143 animaux examinés) ainsi que la survenue d'une congestion des tissus cérébraux intracrâniens après provocation de lésions cervicales ou thoracique supérieures (100 animaux examinés). Or, selon Le Corre et Toffaloni, « on ne peut qu'être admiratif devant la rigueur et la méticulosité ayant présidé à ces travaux et devant les constatations observées. L. Burns a étudié en effet l'étape intermédiaire entre la normalité tissulaire et les manifestations pathologiques installées, c'est-à-dire les différentes modifications intervenant lors de la création expérimentale d'une lésion vertébrale, immédiatement après et dans les jours, semaines et mois suivants. Afin de disposer d'un protocole irréprochable, elle s'entoura de multiples précautions : choix minutieux d'animaux sains souvent de la troisième génération en fonction de la recherche faite, création artificielle des lésions vertébrales par un procédé simple n'entraînant aucune conséquence neurologique, constatation des résultats simultanément par deux ou trois chercheurs ignorant les conclusions des autres, contrôles à intervalles réguliers *in vivo* et *post-mortem* toujours par rapport à des témoins sains<sup>54</sup>... »

Nous connaissons déjà depuis quelques années, nous l'avons mentionné dans la présentation de l'ostéopathie fonctionnelle, le rôle essentiel de l'astrocyte dans la vascularisation : « G. Bonvento, du centre d'imagerie Joliot-Curie à Orsay (CEA) pose la question de ce qui est visualisé par l'IRM fonctionnelle et le Pet Scan : *l'augmentation du débit sanguin, du taux d'oxygène consommé ou du taux de glucose enregistrée par ces appareils d'imagerie, correspond à l'activité intense d'une région du cerveau. Et jusqu'à maintenant, cette activité est directement attribuée aux neurones*. Sauf qu'entre le neurone et le vaisseau sanguin, il y a... l'astrocyte.

Ce que nous avons appris alors, grâce aux travaux de Bonvento et de l'équipe italienne de

Carmignoto, c'est un autre rôle des astrocytes : ils ne sont pas de simples tuyaux chargés d'amener passivement les éléments puisés dans le sang : « *Au contraire, ils semblent être de véritables interfaces actives qui modulent, parfois d'eux-mêmes, les apports énergétiques* » insiste Bonvento. Ainsi, le rôle actif des astrocytes serait en partie à l'origine des variations du débit sanguin et de la concentration en glucose... Et donc ce que l'imagerie cérébrale détecte dans notre cerveau, c'est peut-être bien plus l'activité des astrocytes que celle des neurones ! »

Cela conférerait alors une influence certaine de l'ostéopathie sur la biochimie cérébrale. Nous apprenions en effet que les astrocytes régulaient le fonctionnement synaptique

---

<sup>53</sup> Burns, L., Chandler, L., Rice, W. (1948) *Pathogenesis of Visceral Disease Following Vertebral Lesions*, Chicago, American Osteopathic Association.,

<sup>54</sup> Le Corre F., Toffaloni S. L'ostéopathie. Paris, PUF, *Que sais-je ?* N°3139 1996 p.80.

des neurones<sup>55</sup>: « par l'action des astrocytes au niveau des synapses, le flux d'informations est recyclé, détourné, fluidifié ou bloqué. Les astrocytes peuvent absorber certains des neurotransmetteurs traversant la synapse, puis les recycler, régulant ainsi leur fixation sur les récepteurs. Les astrocytes sont capables de produire une molécule-leurre qui piège les neurotransmetteurs en se fixant sur eux, les empêchant ainsi d'atteindre les récepteurs. Des molécules de signalisation produites par les astrocytes permettent d'augmenter le nombre de récepteurs de la synapse selon les besoins. Résultat: le trafic des informations est fluide. En revanche, lorsqu'on éloigne l'astrocyte de la synapse, il ne joue plus son rôle de régulateur. Les neurotransmetteurs saturent les récepteurs, empêchant la transmission des informations. »

L'élément qui nous semblait capital était là : finalement, l'astrocyte, intelligemment, était capable de réguler certains des dysfonctionnements neuronaux. S'il pouvait désaturer des synapses, cela correspondait tant aux sensations décrites par bien des patients : l'impression que le cerveau est aéré, léger, défatigué, recalé, qu'il a retrouvé tout son espace, comme lorsqu'on est reposé et qu'on a pris un vrai bol d'air pur.

---

<sup>55</sup> Tourbe, C. (2004) Astrocytes : ils bouleversent tout ce que l'on sait du cerveau. *Science et vie* N°1045, p.67-71

### Conclusion

En traitant une douleur, beaucoup de mécanismes homéostasiques sont restaurés et ce quelle que soit la méthode du moment qu'on implique la cause ou les facteurs causaux cumulés. En traitant les dysfonctions biomécaniques au moyen de la tenségrité viscoélastique, d'autres mécanismes propres au métabolisme cellulaire sont probablement sollicités. Il est envisageable qu'en l'absence du traitement des tensions mécaniques, un état sub-inflammatoire ou/et des échanges vasculaires appauvris soient chroniquement entretenus dans le corps.

La disparition des tensions des tissus mous libère des contraintes et des dysfonctions sur le plan de la mécanique osseuse et vasculaire. Cette action est connue en périphérie. Elle est aussi vraisemblablement active au niveau du SNC par le biais des astrocytes. Ce faisant, l'action de régulation synaptique modifie la biochimie cérébrale, notamment en fluidifiant la circulation des informations par un effet de désaturation synaptique. Si la cause de la dysfonction métabolique est autre (maladie endocrine, diabète, etc.) l'effet sera passager, de la même façon qu'un anxiolytique ne change pas la cause de l'anxiété, ou un anti-inflammatoire la cause de l'inflammation. Néanmoins, dans un cas comme dans l'autre, la sédation provisoire d'un symptôme peut donner au corps un répit suffisant pour restaurer ses propres mécanismes de défense et interrompre des cercles de dysfonction auto-entretenus.

Après avoir envisagé comment le corps s'autorépare et par quels moyens l'ostéopathie seconde cette autoréparation, nous allons parcourir le chemin de la douleur jusqu'au stress psychique. Nous allons nous arrêter en passant sur les effets de l'inflammation et du stress sur régulation centrale. La douleur est un stress pour l'organisme (même sous anesthésie générale, la nociception augmente la tension artérielle et le rythme cardiaque) et à ce titre son traitement est hautement important car le risque de chronicisation par sensibilisation médullaire est toujours présent. A notre avis du moins, quand elle existe, la tension myofasciale devrait être traitée en priorité afin de ne pas être seulement masquée par une substance exogène et parce qu'elle est alors une cause de la dysfonction. Après un traumatisme mécanique important, comme un accident de la voie publique, on devrait au moins la suspecter et envisager de la traiter.

### **C/ Modifications biologiques dues aux stress**

Ce chapitre a pour but d'étudier les interactions entre centre et périphérie. Cette limite, considérée infranchissable par la barrière hémato-méningée s'avère finalement plus poreuse qu'il n'y paraissait. Cela nous intéresse comme cela nous a concerné dans la conclusion du chapitre précédent : si périphérie et centre ne sont pas des étrangers l'un pour l'autre, alors soigner la périphérie dévolue à l'ostéopathie un rôle plus qu'éventuel du point de vue psychique. D'après les scientifiques contemporains comment centre et périphérie communiquent-ils et jusqu'où ?

Sapolsky <sup>1</sup> définit ainsi le stress : « une agression (un stressor) est, au sens physiologique étroit du terme, n'importe quelle perturbation extérieure qui désorganise l'homéostasie, et la réponse au stress est l'ensemble des adaptations nerveuses et endocriniennes qui la rétablissent. » Que le stress qui agresse l'organisme soit d'origine infectieuse, nociceptive ou psychique, il mobilise l'homéostasie totale du corps sous ses aspects hormonal, neuronal, endocrinien et immunitaire. Ces interactions réciproques entre systèmes interviennent non seulement en cas stress, mais également en tant que réponse systémique normale.

Néanmoins Lazarus <sup>2</sup> conseille de distinguer le stress physiologique (ce qui est nuisible aux tissus) et le stress psychologique. L'enquête psychologique doit porter sur la signification personnelle. Le stress dépend de l'appréciation cognitive des maux et menaces personnels. Le comportement lié au stress serait selon lui un effort adaptatif, fondé sur l'évaluation et destiné à faire face. Si l'individu pense pouvoir faire quelque chose pour s'aider, il fait face au problème ; s'il ne voit pas d'issue, il est en proie à l'émotion. L'extériorisation de l'émotion est un processus actif avec des effets importants sur l'environnement social.

#### **1. Interaction des systèmes hormonaux, neuroendocriniens et immunitaires**

L'immunosuppression due au stress a été longtemps expliquée par l'action toxique des glucocorticoïdes sur les lymphocytes. Cette conception s'est révélée réductrice depuis les progrès en psycho-neuro-immunologie. On sait aujourd'hui que les cellules impliquées dans les réponses immunes communiquent les unes avec les autres et avec d'autres types cellulaires, les cellules endothéliales des vaisseaux par exemple, par l'intermédiaire de molécules d'adhésion et par les médiateurs solubles que sont les cytokines et les interleukines. Ce sont ces médiateurs qui régulent la réponse immune. C'est ainsi que « depuis 1980 on est passé de la vision d'un système immunitaire fonctionnant de façon autonome, tout en étant soumis aux aléas du fonctionnement neuroendocrinien, à une conception plus intégrée faisant du système

---

<sup>1</sup> Sapolsky, RM. (1992) *Stress, the aging brain and the mechanisms of neuron death*. Cambridge : the MIT Press.

<sup>2</sup> Lazarus R S. (1993) From psychological stress to the emotions : a history of changing outlooks. *Ann Rev Psychol*, 44,1-21

immunitaire un ensemble régulé de façon extrinsèque par le système nerveux central. »<sup>3</sup>

Les techniques histologiques ont révélé l'existence d'une innervation du thymus, de la rate et des ganglions lymphatiques par les branches orthosympathique et, peut-être, parasympathique du système nerveux autonome (SNA). On a aussi décrit sur les cellules immunocompétentes des sites de liaison aux neurotransmetteurs et aux neuropeptides, dont les caractéristiques biochimiques sont semblables à celles des sites de liaison des neurones. Les immunocytes possèdent effectivement des récepteurs aux hormones stéroïdes.

Les neuropeptides contenus dans les fibres nerveuses sympathiques innervant les organes lymphoïdes modifient l'équilibre entre l'immunité cellulaire et l'immunité humorale. Cette donnée confirme l'action du stress sur les réponses immunes par l'intermédiaire des neuropeptides contenus dans les fibres du SNA. L'influence du SNA ne s'arrête pas là. Des expériences récentes montrent que les nerfs vagues qui innervent les viscères freinent l'immunité innée en bloquant la production par les monocytes et les macrophages de cytokines pro-inflammatoires. Les récepteurs nicotiniques de ces cellules sont en effet stimulés par l'acétylcholine libérée par les terminaisons vagales.

Les immunocytes utilisent un ensemble de molécules de signalisation qui, bien qu'elles aient été identifiées initialement dans le système nerveux, jouent un rôle propre au sein du système immunitaire. Ainsi les monocytes sont capables de synthétiser et de libérer de la corticolibérine (CRH) identique à la CRH hypothalamique dans sa composition en acides aminés, qui favorise la réaction inflammatoire locale. Inversement les cellules nerveuses utilisent les cytokines non pas pour des fonctions de neurotransmission classique mais pour la signalisation gliale, la prolifération et la différenciation cellulaire tant des précurseurs neuronaux que des cellules gliales. Les systèmes interagissent entre eux aussi au cours de la réponse inflammatoire. Les immunocytes libèrent des endorphines qui envahissent le site lésionnel et contribuent à calmer la douleur par un effet sur les terminaisons nerveuses locales. A l'inverse les terminaisons nerveuses afférentes libèrent de la substance P dans le réflexe d'axone et augmentent la réaction inflammatoire locale.

Depuis plus de dix années Blalock<sup>4</sup> et de Besedovsky<sup>5</sup> ont montré que l'activation du système immunitaire doit être considérée comme un facteur de stress (non cognitif) qui utilise les mêmes circuits neuronaux et neuroendocriniens que les autres facteurs

---

<sup>3</sup> Dantzer, R, Wollman, E. (2003). Interrelations entre le système nerveux et le système immunitaire. In J-M Thurin & N. Baumann (Eds.), *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion, p.64.

<sup>4</sup> Blalock, JE. (1999). Pro-opiomelanocortine and the immune-neuroendocrine connection, *Ann NY Acad Sci*, 885, 161-172.

<sup>5</sup> Besedovsky, HO & Del Rey, AE. (1996). Immune-neuro-endocrine interactions : facts and hypothesis. *Endocr Rev*, 17, 64 -102.



de stress. Haour & Crumeyrolle-Arias <sup>6</sup> confirment en rappelant qu' « au niveau du tissu nerveux, deux types de cellules sont particulièrement importants pour toutes ces interactions : les cellules microgliales et les astrocytes. Dans les conditions physiologiques, les cellules microgliales, qui sont les cellules immunitaires résidentes dans le cerveau, servent à la surveillance immunitaire. Les astrocytes maintiennent l'équilibre ionique, tamponnent l'action des neurotransmetteurs et sécrètent des facteurs de croissance. Les atteintes du système nerveux s'accompagnent d'une gliose réactionnelle et d'une production locale de cytokines et de métabolites variés (prostaglandines, acides gras, oxyde d'azote, etc.). Cette production locale de cytokines va donc permettre les interactions directes avec le système nerveux et modifier les activités nerveuses et neuro-endocriniennes. »

#### **La réponse centrale aux agressions infectieuses**

Le syndrome de fièvre représente le meilleur exemple de ce type d'interactions. On sait que la réaction locale inflammatoire se double d'une réponse systémique, caractérisée par de la fièvre, une activation de l'axe corticotrope et par de profondes modifications comportementales et psychiques. Cet état de maladie représente un ensemble réactionnel cohérent au plan métabolique, physiologique, comportemental et psychique qui est tout aussi adapté face à un agent infectieux que la réaction de peur face au danger. Il exprime ce que les psychologues appellent « un état motivationnel central », dont la fonction est de réorganiser les perceptions et les actions du sujet.

#### *Communication de la périphérie vers le centre*

- Dans le sens pro-inflammatoire :

L'induction de l'état de maladie est due à l'action sur le cerveau des cytokines pro-inflammatoires synthétisées et libérées par les monocytes et les macrophages périphériques. Puisque les cytokines ne passent pas la barrière hémato-encéphalique, on pensait initialement qu'elles agissaient au niveau de zones du cerveau dépourvues de barrière, les organes circumventriculaires, pour entraîner là la synthèse et la libération de prostaglandines capables de diffuser librement dans le parenchyme cérébral. Cette hypothèse s'est cependant avérée fautive. On sait maintenant que les cytokines libérées à la périphérie entraînent la synthèse et la libération des mêmes cytokines par les macrophages et les cellules microgliales du cerveau. Ce sont ces dernières cytokines produites dans le cerveau qui sont à l'origine de la fièvre et des modifications comportementales et neuroendocriniennes qui l'accompagnent. La communication entre les cytokines de la périphérie et les cytokines du cerveau passe par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses innervant la zone infectée.

- Dans le sens anti-inflammatoire physiologique :

L'activation de l'axe corticotrope par les cytokines inflammatoires joue un rôle important dans la régulation des composantes locale et systémique de la réponse

---

<sup>6</sup> Haour F. & Crumeyrolle-Arias, M. (2003). L'axe neuroendocrinien du stress : interface entre systèmes nerveux et immunitaire. In J-M Thurin & N. Baumann (Eds.), *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion, p.27

inflammatoire. Les glucocorticoïdes libérés par le cortex surrénalien inhibent la synthèse des cytokines inflammatoires non seulement à la périphérie, mais également dans le cerveau. Quand cette boucle de régulation dysfonctionne, par l'incapacité du cerveau de reconnaître le signal d'origine immunitaire, une exagération de la réponse inflammatoire peut favoriser la mise en place d'une pathologie auto-immune.

La présence de récepteurs aux corticostéroïdes a été démontrée dans différentes régions du cerveau (cortex; système limbique: hippocampe, septum, cortex entorhinal, amygdale; hypothalamus: noyaux paraventriculaires, noyau arqué, noyaux périventriculaires, noyaux supra-optiques et éminence médiane) ainsi que dans l'hypophyse chez l'animal comme chez l'homme. C'est dans l'hippocampe que se trouvent les plus fortes densités de récepteurs, ce qui a permis d'envisager, puis de vérifier, que les corticostéroïdes modulent des effets comportementaux complexes mettant en jeu l'attention, la prise alimentaire et la mémoire. Ces récepteurs participent au rétrocontrôle physiologique qu'exercent les stéroïdes surrénaliens sur l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) mais aussi sur l'activité du système limbique qui participe à l'efficacité de ce rétrocontrôle.

- Dans le sens anti-inflammatoire médicamenteux

Deux types d'arguments plaident pour un effet central des AINS. L'un pharmacocinétique montrant leur aptitude, certes variable, à diffuser au travers de la barrière hémato-encéphalique, l'autre pharmacodynamique par la capacité de certains AINS à provoquer un effet antinociceptif par action centrale. Quelles hypothèses d'action ? L'effet antinociceptif des AINS est classiquement considéré comme lié à la propriété d'inhiber la production de prostaglandines par blocage de l'activité des cyclo-oxygénases. Cette interaction avec les prostaglandines est en général évoquée à la périphérie, au site de la lésion inflammatoire. Plusieurs arguments plaident cependant pour l'implication de l'effet anticox des AINS dans le mécanisme de leur action centrale: la présence de cyclo-oxygénases et de prostaglandines dans le système nerveux central, la surexpression de cyclo-oxygénases spinales lors d'une inflammation et l'implication reconnue des prostaglandines dans les phénomènes de sensibilisation centrale suite à des lésions inflammatoires périphériques, phénomène que les AINS sont capables de réduire. Un article récent conclut ainsi que : « le mécanisme d'action central des AINS occupe une place variable dépendante de différents facteurs, mais sa participation n'est pas symbolique. Il est intéressant de noter que les cyclo-oxygénases centrales participent à cet effet mais aussi les cellules gliales et les cytokines de plus en plus étudiées dans le contexte de la douleur. »<sup>7</sup>

Conclusion :

Les données récentes concernant le transport de neuromédiateurs et de cytokines depuis les terminaisons nerveuses périphériques jusqu'au cerveau en contournant la

---

<sup>7</sup> Kresc, O., Richard, D., Busserolles, J., Guastella, V., & Escalier, A. (2007). Composante centrale de l'effet analgésique des AINS. *Douleur et Analgésie*, 20, N°1,1-9.

barrière hémato-encéphalique changent radicalement le paysage de l'interaction périphérie/centre. Ajouter aux cellules astrocytaires un rôle d'interactif entre le stress et l'immunité aide à saisir combien nous disposons en fait de deux centres de commande, l'un périphérique, l'autre central qui certes interagissent en permanence, mais sans doute pas dans la prédominance jusque-là attribuée aux seuls neurones du SNC. Le SNA et le système immunitaire sont un lien permanent qui agit autant au centre et en périphérie.

#### *La communication du centre vers la périphérie*

Qu'en est-il de l'influence du stress sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) ?

A l'opposé de Dantzer et Wollman<sup>8</sup> qui écrivent que « l'administration de glucocorticoïdes à des doses physiologiques n'a que peu ou pas de conséquences sur les réponses immunes et l'évolution de divers processus pathologiques », Haour pense qu'« une élévation chronique du taux circulant sous l'effet du stress, tout comme des injections répétées de glucocorticoïdes, diminuent le nombre des récepteurs des glucocorticoïdes et provoquent la mort des neurones dans l'hippocampe. Ainsi, une hyperproduction chronique de glucocorticoïdes du type de celle qui est induite par le stress chronique peut être à l'origine d'une désensibilisation centrale donnant lieu à une insuffisance de rétrocontrôle. »

Nous verrons ultérieurement que l'hypersensibilisation centrale augmente le rétrocontrôle, phénomène qui va nous intéresser longuement puisqu'il est contemporain des états de stress post-traumatiques. Gardons déjà en mémoire que le système neuroendocrinien du stress (axe HHS) constitue l'interface principale entre le cerveau et les systèmes périphériques. Il permet en effet de coordonner les modulations immunitaires, neurologiques et endocriniennes nécessaires au rétablissement de l'homéostasie par des mécanismes de rétrocontrôles réciproques.

Cependant l'importance de ce système neuroendocrinien ne doit pas faire oublier que les organes du système immunitaire, comme les autres organes, sont reliés au cerveau par l'innervation sympathique et parasympathique qui permet, en parallèle, la communication entre le cerveau et les organes périphériques. Justement, comment la douleur, en tant qu'émotion, agit-elle au niveau des mécanismes centraux ?

#### **Mécanismes centraux de la composante émotionnelle de la douleur**

Les phénomènes centraux sensoriels et douloureux partagent les mécanismes sensitifs communs : les fibres A delta et C transmettent les informations des récepteurs nociceptifs, sensibilisés par les produits de l'inflammation, et excités par des phénomènes neuropathiques périphériques, comme des décharges ectopiques. La différenciation entre phénomènes sensoriels et affectifs débute dans la corne dorsale de la moelle. La transmission sensorielle emprunte les faisceaux spino-

---

<sup>8</sup> Dantzer, R, Wollman, E. (2003). Interrelations entre le système nerveux et le système immunitaire. In J-M Thurin & N. Baumann (Eds.), *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion, p.64.

thalamiques, l'affective les spinoréticulaires. Le faisceau spinoréticulaire reçoit des afférences somatiques et viscérales à différents niveaux du tronc cérébral et la plupart des neurones spinoréticulaires véhiculent des signaux nociceptifs. Du tronc cérébral, les neurones spinoréticulaires transmettent les signaux nociceptifs dans les voies réticulocorticales qui les modèlent en affects.

Quatre voies extrathalamiques afférentes se projettent vers le néocortex :

- le faisceau noradrénergique dorsal naissant du locus ceruleus
- les fibres sérotoninergiques provenant des noyaux raphé médian et raphé dorsal,
- les voies dopaminergiques du tractus tegmental ventral venant de la substance noire
- et les neurones acétylcholinergiques émergeant surtout du noyau basal de la substance innominée.

Nous ne verrons ici que les voies noradrénergiques qui participent le plus aux états émotionnels négatifs. L'ensemble des structures recevant des projections de ce réseau étendu et complexe correspond à la définition classique du cerveau limbique.

#### 1. Le locus ceruleus (LC) et le faisceau noradrénergique dorsal (FND)

Le locus ceruleus est situé de chaque côté de la paroi du quatrième ventricule. Sa projection ascendante, le faisceau noradrénergique dorsal, est la plus étendue et se projette vers tout le néocortex. Il correspond à environ 70% de la noradrénaline cérébrale. Le LC donne aussi naissance à la plupart des fibres noradrénergiques centrales de la moelle, de l'hypothalamus, du thalamus et de l'hippocampe. Ce noyau exerce ainsi une énorme influence sur l'activité cérébrale.

Le LC réagit aux stimuli sensitifs qui signalent une atteinte de l'intégrité corporelle. Même sous anesthésie, l'activité du LC est augmentée par une stimulation nociceptive. Une activation expérimentale du LC provoque des réactions d'alarme et de peur chez le primate. Des lésions du LC suppriment la tachycardie liée à une menace. Le LC n'est pas un noyau spécifique de la nociception, il répond plutôt aux événements menaçants, dont la lésion tissulaire est le substratum.

#### 2. L'activation du FND et des structures limbiques associées entraîne une réponse

sympathique et provoque des comportements émotionnels de frayeur et d'immobilité. La vigilance et l'orientation face à de nouveaux stimuli, d'ordre affectif, dépendent du FND qui régule également l'attention et facilite la réponse motrice. Le LC influence ainsi, en continu, le flux de la conscience, et prépare l'individu à répondre rapidement et efficacement à la menace.

Les neurones noradrénergiques du LC ont une activité continue pendant l'éveil et les phases de sommeil non-REM ; en outre, une augmentation du sommeil REM survient après lésion du FND. Ainsi les périodes d'activité réduite du LC (sommeil REM) permettent une diminution du tonus sympathique. De ces données on peut conclure

que la part émotionnelle de la douleur peut être décrite comme la conscience d'une menace vitale immédiate.

### 3. Le faisceau noradrénergique ventral (FNV) et l'axe HHS

Le FNV est un système noradrénergique ascendant qui transmet les influx en provenance du noyau réticulaire latéral (NRL) et du noyau du tractus solitaire (NTS) qui reçoit les afférences viscérales. Ces formations médullaires fournissent 90% de l'innervation catécholaminergique de l'hypothalamus paraventriculaire à travers le FNV. Innervant l'hypothalamus, le FNV joue un rôle important dans la douleur : ses axones noradrénergiques répondent à la stimulation nociceptive. De plus les neurones nociceptifs, à tous les niveaux médullaires, se projettent vers l'hypothalamus médian et latéral. Ces projections fournissent le lien neurophysiologique essentiel entre la lésion tissulaire et la réponse hypothalamique.

Le noyau hypothalamique paraventriculaire (NHP) est le coordonnateur de l'axe HHS. Les neurones du NHP reçoivent des afférences de plusieurs aires réticulées, comme la région ventrolatérale du bulbe, le noyau raphé dorsal, le noyau raphé magnus, le LC, le noyau dorsomédian et le noyau du tractus solitaire. Le NHP reçoit également des afférences de l'hippocampe et de l'amygdale. Presque tous les noyaux hypothalamiques et pré-optiques envoient des projections au NHP. En réponse à des stimuli potentiellement ou réellement nocifs, le NHP déclenche une série d'événements régulés par rétroaction. Ces mécanismes préparent l'organisme à des comportements qui augmentent ses chances de faire face au danger : excitation autonome par les voies neurales et endocriniennes, libération d'ACTH, d'adrénaline et noradrénaline par la médullosurrénale. Il participe ainsi à la coordination de l'émotion et du comportement, entre autre par des comportements défensifs accompagnés de manifestations autonomes.

Les réponses physiologiques au stress interagissent de manière complexe avec les attributs sensoriels de la douleur et avec les données psychologiques. Par exemple les glucocorticoïdes libérés par l'axe HHS diminuent l'inflammation et bloquent la sensibilisation des récepteurs nociceptifs dans les tissus lésés. Ceci abaisse la sensibilité périphérique et atténue les signaux nociceptifs. L'excitation de l'HHS libère aussi l'ACTH et des peptides dérivés de la pro-opiomélanocortine, y compris des bêta-endorphines, dans la circulation. Selon Chapman,<sup>9</sup> « nous avons aujourd'hui des preuves suffisantes pour penser que la réponse au stress augmente l'activité des bêta-endorphines<sup>10</sup> dans le noyau infundibulaire et modifie l'aspect sensoriel de la

<sup>9</sup> Champan, C. R. (1997). Emotion et douleur. In L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud. *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*. (pp.189-198). Paris: Maloine.

<sup>10</sup> Le rôle le plus important de la bêta-endorphine est celui d'un "destructeur" de la douleur ; des tests ont montré que son pouvoir analgésique est cent fois supérieur à celui de la morphine. De façon intéressante, la bêta-endorphine peut être divisée en deux composants chimiques, l'alpha-endorphine et la gamma-endorphine. La première, euphorique et analgésique, apporte un bien-être et supprime la souffrance. La gamma-endorphine, d'après des expériences menées sur des animaux de laboratoire, induit des effets exactement opposés : irritabilité, excitabilité, sensibilité accrue à la douleur. Dans des situations de stress ou de survie, les deux composants se révèlent complémentaires : une dose d'alpha pour surmonter la

douleur. » La position de Chapman<sup>11</sup> rejoint clairement celle de France Haour : non seulement le stress est suffisant pour augmenter les glucocorticoïdes, mais encore ceux-ci sont efficaces pour diminuer la douleur inflammatoire et la sensibilisation des récepteurs nociceptifs, vasculaires, gliaux et homéostasiques.

## 2. Mécanismes centraux dans l'Etat de stress post-traumatique

A quels niveaux la structure dysfonctionne-t-elle ? Le dysfonctionnement homéostatique pourrait-il être d'origine purement somatique ? Les éléments précédents tendraient à le montrer. Paradoxalement, une vision large des interactions périphérie-centre tend à solidifier l'hypothèse de réactions psychologiques à partir de stimuli proprement périphériques.

La discipline qui paraît la plus indifférente à un choix - qui paraît par ailleurs presque affectif - qu'il y a à faire entre imputer des causes somatiques ou psychiques à l'allostase, c'est vraisemblablement la biochimie. Dans la mesure où, pour cette matière, le stimulus se transforme toujours en équation chimique, la relation entre le cérébral et le psychique est une évidence absolue. Le dernier chapitre étudié confine même à penser que si on se sent mal dans sa peau, cela pourrait venir proprement d'un défaut dans l'homéostasie. Or dans le chapitre suivant on trouve une abondante littérature scientifique sur les répercussions du stress psychique sur l'axe corticotrope. Nous souhaitons là mettre en garde le lecteur contre une fausse compréhension possible. Dans notre esprit au moins, et en fonction de ce qui a été dit plus haut sur les médecins holistes, à visée centrale, il existe une différence phénoménale entre les hormones endogènes et les hormones exogènes. L'exemple le plus connu est sans conteste celui du cortisol. Un apport massif de cortisone fait baisser drastiquement la production endogène de cortisol, c'est la raison pour laquelle les médicaments au long cours de cortisone doivent être diminués très progressivement, ce qui permet à l'organisme de reprendre sa production endogène. Ainsi, alors que nous allons plonger dans l'observation du lien entre psychisme et cerveau par l'optique de la biochimie, nous n'en garderons pas moins à l'esprit qu'il ne s'agit nullement d'encourager à suppléer en substances déficientes mais de réaliser comment le corps pourrait parvenir à reproduire ce qui est déficitaire.

Après avoir étudié l'hypothèse selon laquelle un dysfonctionnement pourrait être d'origine purement somatique, étudions celle d'une origine purement psychique.

### Fonctionnement normal de l'axe corticotrope

Nous avons déjà mentionné le début du fonctionnement de l'axe corticotrope dans le chapitre concernant la douleur. Ainsi quand une personne est en situation de souffrance, peu importe que ce soit par la douleur ou le stress, le noyau paraventriculaire (PNV) de l'hypothalamus sécrète le CRF (Corticotropin Releasing

---

douleur et la peur, et une dose de gamma pour maintenir en contact avec la réalité de la situation afin d'y réagir correctement.

<sup>11</sup> Chapman C. R. : Département d'anesthésiologie, Psychiatrie et Sciences Comportementales, Ecole de médecine de l'Université de Washington, Seattle, USA.

Factor) qui, libéré par les terminaisons axoniques gagne la circulation sanguine porte hypothalamo-hypophysaire. Au niveau hypophysaire la CRH (hormone corticolibérine) stimule la synthèse et la sécrétion d'ACTH (hormone adrénocorticotrope). L'ACTH libérée au niveau des cellules de l'hypophyse antérieure, induit la sécrétion de glucocorticoïdes, principalement le cortisol, par les cellules sécrétantes de la corticosurrénale. Le cortisol, ainsi libéré dans la circulation générale exerce un rétrocontrôle, appelé également feedback négatif, sur les récepteurs aux corticoïdes situés dans le cerveau pour freiner, entre autre, l'activité de cet axe dit « corticotrope ».

Cela est très connu. Ce qu'il est important de bien saisir pour comprendre la dysrégulation de l'axe, c'est que le feedback négatif s'exerce à trois niveaux :

- au niveau de l'hypophyse,
- au niveau du noyau paraventriculaire et de l'hypothalamus (freinant la sécrétion de CRH)-
- au niveau de plusieurs structures cérébrales capables d'avoir une activité inhibitrice sur la sécrétion de CRH dont principalement l'hippocampe.

Le stress active également la sécrétion centrale de neurotransmetteurs, en particulier de sérotonine et de noradrénaline qui sont essentielles dans le traitement des informations sensorielles, la mise en jeu de réactions neurovégétatives et les fonctions cognitives, mais dont l'excès est néfaste. Les corticoïdes inhibent un embrasement éventuel de ces systèmes de neurotransmetteurs. On dit que les corticoïdes servent à traiter et à terminer la réaction de stress. Ils inhibent leur propre sécrétion par un système de rétrocontrôle négatif qui s'effectue par les récepteurs aux minéralocorticoïdes (MR) très présents au niveau hippocampique, conférant un rôle clé à cette structure dans le mécanisme de rétrocontrôle négatif et par les récepteurs aux glucocorticoïdes (GR) présents dans la plupart des tissus dont l'hypothalamus, l'hippocampe, l'hypophyse... Ainsi au cours de la réaction de stress, l'activation des récepteurs freine l'activation de l'axe corticotrope et permet le retour à la normale de la cortisolémie. Cela permet de réduire au maximum le temps d'exposition des tissus aux glucocorticoïdes qui ont des effets délétères sur ces structures cérébrales et d'autres structures immunitaires comme déjà vu.

### **2.1. L'hyperfonctionnement et sensibilisation de l'axe corticotrope**

L'hyperfonctionnement de l'axe HHS constitue l'anomalie la plus précocement identifiée et la plus abondamment décrite dans la littérature consacrée aux aspects neuroendocriniens des troubles de l'humeur.

Ce dysfonctionnement a été mis en évidence par le test à la dexaméthasone (corticoïde synthétique) qui, normalement entraîne une chute d'ACTH et de cortisol durant plus de 24 heures. Chez les sujets présentant une hyperactivité de l'axe corticotrope, cette réponse est atténuée. Chez la moitié environ des déprimés, le test de freination à la dexaméthasone n'entraîne pas (ou pas suffisamment) de chute du taux de cortisol sanguin. L'hypothèse corticoïde de la dépression est issue de deux observations principales : celle d'une augmentation de la sécrétion périphérique de corticoïdes lors de la dépression et celle de la mise en évidence d'interactions entre

les corticoïdes et la sérotonine. Schématiquement l'hypothèse corticoïde fait de l'excès chronique de libération périphérique de corticoïdes la cause de l'installation de l'état dépressif. Le stress active la sécrétion de corticoïdes. Les corticoïdes inhibent la transmission sérotoninergique centrale. Chez un individu dont la transmission sérotoninergique est chroniquement inhibée par des corticoïdes, les stress récurrents entraînent l'installation d'un état dépressif. On trouve donc un hyperfonctionnement de l'axe avec des taux de corticoïdes circulants élevés aussi bien dans le stress chronique que dans la dépression. L'hypothèse corticoïde des symptômes anxio-dépressifs trouve des arguments cliniques dans le fait que les hypercortisolismes primaires (maladie de Cushing) s'accompagnent fréquemment de symptômes anxio-dépressifs dont la sévérité a été corrélée avec les taux de production de corticostéroïdes, et qui régressent à l'abaissement des taux de cortisol après traitement de la maladie.

Comment se désorganiserait l'axe corticotrope ? Rappelons d'abord que le locus ceruleus répondait à un stimulus de menace. Rappelons encore que les deux types de récepteurs, aux minéralocorticoïdes et aux glucocorticoïdes participent de manière coordonnée aussi à l'activité du système limbique. Rappelons enfin que l'élévation chronique du taux circulant de corticoïdes diminue le nombre des récepteurs des glucocorticoïdes et provoquent la mort des neurones dans l'hippocampe. Ainsi une hyperproduction chronique de glucocorticoïdes du type de celle qui est induite par le stress chronique peut être à l'origine d'une désensibilisation centrale donnant lieu à une insuffisance de rétrocontrôle. A ce niveau, il est intéressant de souligner que les effets du stress chronique et de la dépression sont comparables à ceux de l'âge. A la fin de vie, l'axe corticotrope est moins efficace, on devient plus fragile au stress, on le contrôle moins bien. En début de vie, la situation est pire, la plasticité cérébrale et la faible maturation des organes rendent les jeunes êtres extrêmement fragiles aux stress affectifs.

S'appuyant sur des travaux de séparation maternelle précoce en éthologie, Gold <sup>12</sup> et Post <sup>13</sup> ont montré que les états dépressifs et les situations de stress ont en commun une dysrégulation des deux effecteurs de la réponse au stress, la CRH et le système noradrénergique du locus ceruleus. Lorsque l'activation de ces deux systèmes se produit de façon concomitante elle serait, selon leurs études, particulièrement dommageable à des étapes spécifiques du développement et de la maturation cérébrale. Nous trouverons plus loin des psychologues comme Bowlby et Spitz qui, s'inspirant de l'éthologie, ont montré que la carence de soins affectifs - et seulement affectifs - peut être mortelle pour le nourrisson.

---

<sup>12</sup> Gold, P. W. (1988). Stress-responsive neuromodulators. *Biol Psychiatr*, 24, 371-374

<sup>13</sup> Post, R. M., Roy-Byrne, P. P., & Uhde, T. W. (1988). Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorder. *Am J Psychiatry*, 145, 844-848.



### La sensibilisation de l'axe corticotrope

Dans le sens inverse à la dépression et au stress chronique, l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) produit des taux bas de glucocorticoïdes circulants. Pourtant il nous est impossible de parler d'un hypofonctionnement de l'axe corticotrope car l'axe, en tant que tel, devient extrêmement actif du point de vue du rétrocontrôle négatif. Au niveau périphérique le stress active la sécrétion des catécholamines, principalement la noradrénaline, et les corticoïdes ont un rôle majeur du point de vue de l'inhibition des phénomènes inflammatoires. Au niveau central, les corticoïdes normalisent l'activité des systèmes cérébraux rendus hyperactifs par le stress ainsi que leur propre sécrétion. Le profil neuroendocrine observé dans l'ESTP est quelque peu paradoxal parce que les altérations observées dans le fonctionnement de l'axe HHS sont presque diamétralement opposées à ce qui est observé dans les études sur le stress aigu et chronique et dans la dépression majeure. La densité des récepteurs aux corticoïdes serait trois fois plus importante chez les ESPT que chez les déprimés. La résistance accrue à la dexaméthasone chez les déprimés se transforme en sensibilité importante chez les ESPT qui voient leur taux déjà bas de cortisol diminuer très sensiblement après la prise d'une faible dose de dexaméthasone. Ces effets de la dexaméthasone démontrent que, dans l'ESPT, le cortisol exerce un feed-back négatif très puissant, autrement dit que l'HHS est hypersensible.

|                                                  | Dépression majeure | ESPT      |
|--------------------------------------------------|--------------------|-----------|
| Taux de cortisol circulants                      | augmentés          | diminués  |
| Concentration de récepteurs aux glucocorticoïdes | diminuée           | augmentée |
| Réactivité des récepteurs aux glucocorticoïdes   | diminuée           | augmentée |
| Sensibilité au feedback négatif de l'axe HHS     | diminuée           | augmentée |
| Sensibilisation de l'axe HHS                     | diminuée           | augmentée |

Une autre caractéristique de l'axe HHS dans l'ESPT est que la CRH est augmentée dans le liquide céphalo-rachidien des patients. Les auteurs s'accordent généralement pour penser que l'augmentation de la CHR concerne le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus, ce qui d'une deuxième façon empêche de considérer un hypofonctionnement de l'axe HHS.

Selon Yehuda, il existerait chez les patients ESPT, d'une part, une hyper stimulation chronique de l'hypophyse par la CRH à l'origine d'un dysfonctionnement de l'hypophyse et, d'autre part, une hypersensibilité des récepteurs centraux aux corticoïdes qui potentialiseraient le feedback négatif du cortisol sur le cerveau. La réalité de ce feedback renforcé a été démontrée en utilisant le test à la métyrapone :

cette substance bloque transitoirement la synthèse de cortisol, donc bloque transitoirement le feedback négatif du cortisol sur le cerveau. Lors d'un traitement par la métyrapone, on voit l'ACTH augmenter beaucoup plus chez les ESPT que chez les contrôles, ce qui signifie qu'il existe bien une hyper stimulation par la CRH hypothalamique chez les ESPT et que, si celle-ci n'apparaît pas dans des conditions normales, c'est que le feedback négatif du cortisol sur l'hypophyse est considérablement potentialisé par des récepteurs aux corticoïdes hypersensibles. Tout cela a contribué grandement à défendre l'idée que l'ESPT est une pathologie autonome, unique, étroitement liée à une adaptation particulière de l'axe HHS au stress. Les cortisolémies et les cortisoluries des 24 heures ont été retrouvées diminuées dans toutes les catégories d'ESPT, c'est-à-dire quel que soit le type de stress, l'âge, le sexe des sujets, etc.

## 2.2. L'hypothèse « psychologique » de la sensibilisation de l'axe corticotrope

Nous reprenons d'un article très exhaustif de Renaud de Beaurepaire<sup>14</sup> quelques éléments clés de la recherche sur le sujet des ESPT depuis ces 20 dernières années. Yehuda a montré que dès 1968 des cortisolémies basses avaient été trouvées chez des soldats vivant sous la menace d'une attaque imminente au Vietnam. Des cortisolémies pratiquées dans les 2 heures suivant un accident de la route ont montré que chez les personnes qui ont par la suite développé un ESPT, les cortisolémies étaient plus basses, que celles de ceux qui n'ont pas développé de trouble psychique, elles-mêmes plus basses que celles des patients qui ont développé une dépression majeure. Des échantillons de cortisol sanguins ont été prélevés chez 39 femmes lors de leur arrivée aux urgences, quelques heures après un viol. Des taux de cortisol significativement plus bas ont été trouvés dans le sous-groupe de femmes qui avaient déjà eu une histoire d'agression sexuelle que chez celles qui en étaient exemptes. Le premier groupe de femmes a aussi démontré une probabilité de développer un ESPT à 4 mois 3 fois plus importante que celles qui n'avaient pas eu d'histoire d'agressions sexuelle antérieure. Ces données pourraient plaider en faveur d'un trouble du fonctionnement de l'axe HHS avant le traumatisme. Les études réalisées chez l'enfant montrent généralement que les enfants maltraités ou souffrant d'ESPT ont plutôt une hyperactivité de l'axe HHS. Des traumatismes psychiques dans l'enfance pourraient donc produire une « adaptation compensatoire » subséquente de l'axe HHS (associant CRH élevée et cortisolémie basse), avec une hypersensibilité de l'axe, qui modifierait les réponses au stress à l'âge adulte.

Une étude plus récente <sup>15</sup> propose une autre explication. Dans cette étude, les auteurs ont fait longitudinalement des cortisoluries itératives chez 51 patients hospitalisés souffrant d'ESPT. Les patients étaient hospitalisés pendant une durée de trois mois pour être soumis à un traitement consistant en un programme d'exposition intensive,

---

<sup>14</sup> De Beaurepaire, R. (2003). Aspects biologiques des états de stress post-traumatiques. In J-M. Thurin & N. Baumann, *Stress, Pathologies et Immunité* (pp135-153). Paris : Flammarion.

<sup>15</sup> Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Lubin, H., Johnson, D., Bremner, D., Charney, D. & Southwick, S. (2002). Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosomatic Medicine*, 64, 238-246.

c'est-à-dire un traitement susceptible de mobiliser une reviviscence du trauma et de déclencher des états aigus de stress. Les résultats ont montré une variabilité considérable des cortisoluries d'un sujet à l'autre et des fluctuations tout aussi considérables pour un même sujet au cours des trois mois. Il ressort essentiellement que plus les sujets sont dans un état d'évitement et de retrait émotionnel, plus les cortisoluries sont basses et, à l'inverse, plus les sujets s'engagent et se sentent impliqués dans une situation de stress, plus les cortisoluries sont élevées. « Les patients souffrant d'ESPT n'auraient donc pas un dérèglement fondamental de l'axe HHS, mais ce seraient des données psychologiques, et seulement psychologiques (s'engager dans une situation stressante ou éviter de se sentir concerné) qui détermineraient l'activité de l'axe HHS. »<sup>16</sup>

Partie d'une hypothèse physiologique d'un dysfonctionnement de l'axe HHS, nous voici finalement arrivée à une hypothèse purement psychologique du dysfonctionnement homéostatique.

### **3. Les états de stress post-traumatiques et le cortisol depuis le début de la thèse**

#### **3.1. L'autoréparation : borborygmes et cortisol**

Une des constatations les plus intrigantes et déterminantes du début de notre pratique en ostéopathie était que les relâchements de tension importants étaient la plupart du temps accompagnés de borborygmes. Depuis toujours intéressée par le système nerveux autonome, nous avons questionné textes et professeurs jusqu'à trouver confirmation que le borborygme était bien (en l'absence de diarrhée infectieuse) signe de transit, lui-même sous la dépendance de la parasymphaticotonie (et non de l'orthosymphaticotonie comme on aurait pu le supposer avec la diarrhée motrice produite par le stress). Ces données avaient été complétées par les travaux de Gerda Boyesen<sup>17</sup> sur les liens entre psyché et soma et l'importance des borborygmes dans l'élaboration des stress psychiques. Selon son travail d'une vie à l'écoute des borborygmes, ils sont une signature de travail psychique profond. Cela résonnait avec notre expérience.

La parasymphaticotonie a été étudiée alors dans une vision d'ensemble très précieuse et très rare offerte par Daniel Schermann, un docteur es-sciences qui « à une époque où la compétitivité du chercheur implique sa spécialisation, fait appel à plusieurs disciplines, l'endocrinologie, la biologie cellulaire, la biochimie et la neurophysiologie, et qui prend le temps et le risque d'assembler certains morceaux du puzzle que représentent nos connaissances en Biologie <sup>18</sup>».

Cet ouvrage nous incitait à vérifier si :

1/ la fréquence des borborygmes indiquait une action neurovégétative susceptible non de soulager de façon brève des troubles mais aussi d'aider à leur retraitement

---

<sup>16</sup> De Beaurepaire, R. (2003). Aspects biologiques des états de stress post-traumatiques. In J-M. Thurin & N. Baumann, *Stress, Pathologies et Immunité* (pp135-153). Paris : Flammarion.

<sup>17</sup> Boyesen, G. (1985). *Entre psyché et soma*. Paris : Payot. G. Boyesen a fondé une école qui forme des thérapeutes « psycho-corporels » à Paris notamment.

<sup>18</sup> Scherman, D. (1987). *La biologie du stress*. Paris : Le Rocher.

2/ les catécholamines, soit le cortisol, soit l'adrénaline ou encore sur l'écart entre les deux, seraient modifiées. C'est cet auteur finalement qui nous a encouragée à oser la recherche « Aide intensive aux victimes par l'ostéopathie » (AIVIO) qui allait nous occuper longuement dans ce doctorat. D'abord dans la crainte de viser trop haut, nous avons écouté attentivement les réflexions de « vrais » chercheurs. Aucun n'a cherché à nous décourager.

### **3.2. Psychosomatic Medicine**

Un autre écrit allait finir de nous convaincre de nous lancer dans l'aventure lorsque nous avons lu, dans cette période des balbutiements de la construction des hypothèses doctorales un article paru dans Psychosomatic Medicine<sup>19</sup> à propos des victimes de traumatismes : ils avaient bel et bien un déficit en cortisol. Cette piste a été par la suite suivie par plusieurs équipes de chercheurs, reprise par les publications spécifiques et les auteurs consacrés experts du PTSD aux Etats-Unis, jusqu'à être publiée récemment en France<sup>20</sup> dans l'article de R. de Beaurepaire. Nous avons produit un résumé de la littérature qui a été utile à notre recherche dans les annexes Tome 3 p.147.

### **3.3. L'hippocampe et le cortisol**

Ces recherches expertes sur le cortisol dans les états de stress post-traumatique (ESPT) nous ont fait partager leurs interrogations sur les raisons de l'hyperexcitation de l'axe HHS et leurs conséquences sur les structures cérébrales, avec notamment une éventuelle altération de l'hippocampe par le cortisol. Nous avons rencontré, dans les successifs congrès internationaux de psychotraumatologie, des partisans de l'influence de l'hormone sur la structure de l'hippocampe, d'autres qui réfutaient les résultats. Depuis les articles se sont succédés. Les données ont fini par être concordantes. Les avancées scientifiques progressent à une vitesse incroyable. C'est bien admis aujourd'hui : un cortisol circulant excessif réduit le volume de l'hippocampe. A l'inverse un processus de neurogénèse hippocampale existe, cela a été démontré encore plus récemment.

### **3.4. Adaptation corticale ou détraumatisation du système limbique ?**

#### **Les structures cérébrales impliquées dans la peur conditionnée**

La peur conditionnée est le processus par lequel un stimulus sans signification particulière devient, par association, l'indice d'un danger imminent. Si le chien du voisin vous a déjà mordu par exemple, vous allez probablement être craintif à chaque fois que vous aller avoir à aller sur son terrain. Les arbres et les bâtiments du voisin ont simplement été associés pour vous à la morsure douloureuse du chien.

En laboratoire, les expériences avec la peur conditionnée se font le plus souvent avec un rat que l'on place dans une cage dont le plancher peut donner de petites décharges électriques. On fait alors entendre un son au rat, suivi immédiatement par un léger choc aux pattes. Après quelques associations seulement du son et du choc, le

---

<sup>19</sup> Mason J.W. Wang S. Yehuda R. Lubin H.Y. Johnson D. Bremner D. Charney D. Southwick S. (2002) Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program Psychosomatic Medicine 64. P.238-246.

<sup>20</sup> Baumann N. Thurin J.M. (2003) Stress, Pathologie et Immunité. Paris, Flammarion. *Op.cit.*

rat devient effrayé à la seule écoute du son. Le stimulus neutre du son est devenu pour lui une peur conditionnée.

En plus d'être initiée très rapidement, la peur conditionnée a l'avantage de durer très longtemps. Il s'agit donc d'une association très robuste peu susceptible à l'oubli, ce qui permet de la tester sans se soucier du temps écoulé depuis son apprentissage.

Une autre qualité de la peur conditionnée est que le phénomène a pu être induit chez à peu près toutes les espèces, de la mouche au mollusque et du poisson au singe. Il semble donc être bien conservé par l'évolution et avoir un rôle fondamental pour la survie des espèces. Mais le plus intéressant est d'une part que le système sensoriel utilisé pour le conditionnement est souvent bien connu et peut être utilisé comme point de départ pour retracer les voies cérébrales impliquées. Et d'autre part, que la réponse comportementale de peur implique plusieurs modifications physiologiques bien connues qui peuvent être mesurées (accélération de la fréquence cardiaque, élévation du taux d'hormones de stress dans le sang, etc.)

Car le problème qui se pose est le suivant : comment un nouveau stimulus acoustique sans signification en lui-même en vient-il à déclencher une réponse comportementale défensive suite à une peur conditionnée. Pour le résoudre, les chercheurs ont deux solides points de départ : ils connaissent le point de départ du phénomène (le système auditif et ses connexions dans le cerveau) ainsi que le point d'arrivée (la réponse comportementale de défense avec ses manifestations viscérales). Il leur reste donc à trouver les connexions qui relient les inputs aux outputs.

Un des chercheurs qui a relancé l'étude scientifique des émotions par ses expériences sur la peur conditionnée est Joseph LeDoux de l'Université de New York. Dans une première série d'expériences, il s'est d'abord demandé quelles étaient les parties du système auditif qui étaient essentielles pour que s'établisse la peur conditionnée. Des lésions furent d'abord effectuées au cortex auditif, l'endroit où les sons sont identifiés. Mais la peur conditionnée pouvait encore être induite chez ces animaux.

La station juste avant le cortex, le thalamus auditif, fut ensuite enlevé chez certains rats. Contrairement à ceux dont on avait enlevé le cortex, ceux-ci ne pouvaient plus apprendre à avoir une peur conditionnée. Même effet pour les lésions à la station sous-jacente, le mésencéphale. Il devenait donc clair que dans la peur conditionnée, le stimulus auditif devait se rendre au thalamus. Mais où allait-il ensuite pour déclencher la réaction émotive de peur ? Les manuels de neuro-anatomie ne donnaient à l'époque que le cortex auditif comme voie de sortie pour le thalamus auditif.

LeDoux et ses collègues firent appel à des techniques de traçage des voies neuronales qui permettent, en injectant certaines substances qui sont absorbées par les neurones, de visualiser le parcours de leurs axones. Quatre régions sous-corticales recevant des axones du thalamus auditif furent ainsi mises en évidence. Une série d'expériences où chacune de ces voies était détruite à tour de rôle permit de découvrir qu'une seule était nécessaire à l'établissement d'une peur conditionnée : celle menant à l'amygdale.

La découverte de cette nouvelle voie sous-corticale expliquait pourquoi les lésions au cortex auditif (qui empêchaient pourtant l'animal d'identifier précisément le son)

n'éliminaient pas la peur conditionnée. La voie neuronale du thalamus à l'amygdale court-circuitait tout simplement le cortex.

Parallèlement, un autre chercheur, Bruce Kapp, avait découvert une sous-région de l'amygdale, le noyau central, qui avait des connexions avec des régions du tronc cérébral impliquées dans le contrôle de la fréquence cardiaque et de différentes réponses du système nerveux végétatif. Il proposa donc que ces régions constituaient la porte de sortie de l'amygdale qui permettait les nombreuses réponses viscérales de la peur conditionnée. Une étude de lésion du noyau central montra peu de temps après que son intuition était bonne : la destruction du noyau central interférait de manière dramatique avec la réponse comportementale de la peur conditionnée.

Grâce aux techniques de lésion et de traçage, on a ainsi pu établir le câblage fondamental et les principales structures cérébrales impliquées dans la réaction de peur conditionnée. D'autres études ont par la suite montré le rôle central de l'amygdale dans l'émotion de peur et ce, peu importe la nature du stimulus sensoriel à son origine.<sup>21</sup>

Il est connu que lorsqu'on conditionne une peur chez un rat, et qu'on la déconditionne ensuite, la destruction du cortex fait réapparaître la peur comme avant son déconditionnement. Cette expérience renforce l'idée d'un cerveau limbique qu'on ne peut détraumatiser intrinsèquement, mais qu'on pourrait seulement inhiber les peurs apprises par le cortex pré-frontal. Comprendre comment une expérience peut durablement conditionner des souvenirs incitait à chercher comment, du point de vue biologique la mémoire fonctionne. Comment une information sensorielle peut-elle rester inscrite des années, voire un siècle quand on sait qu'on ne garde qu'une très infime partie de notre vie épisodique quotidienne. Cette recherche nous entraîne dans la connaissance de la potentiation à long terme, notamment au sein de l'hippocampe, cette structure qui, justement, se trouve être le chef d'orchestre de cette mémoire du quotidien qui nous concerne. Cette partie est mise dans le Tome 3 des Annexes p.191.

Encore une fois, on se trouve dans le difficile problème de savoir ce qui résiste et ce qui soigne dans le traumatisme.

La connaissance de la LTP nous a sensibilisé si besoin était encore à l'interaction permanente entre la structure et la fonction. Est-ce qu'on comprend quelque chose du traumatisme et que c'est cela qui guérit ? Ou plutôt, est-ce le cerveau limbique qui d'abord s'apaise, et produit des effets calmants sur la vie émotionnelle ? Est-ce le corps qui en premier, relâche ses tensions physiquement et qu'alors le psychisme peut enfin souffler ?

L'efficace traitement par l'EMDR où le travail sur le cognitif est important ferait pencher pour une inhibition supérieure. En revanche, une autre part de l'action de l'EMDR (les saccades oculaires qui suscitent des ondes ponto-géniculo-occipitales) et le travail de relâchement des tensions tissulaires par l'ostéopathie nous font envisager la possibilité d'un processus limbique.

---

<sup>21</sup> [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/experience\\_bleu03.htm](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/experience_bleu03.htm) consulté le 07.0.08

Tant notre expérience de praticienne que de patiente nous fait supposer que l'ostéopathie est susceptible d'effectuer un lent mais inexorable travail sur... le cerveau limbique. Il nous paraît que le corps entretient une connivence plus grande avec cette part de la psyché. Si cette hypothèse est vraie les victimes d'ESPT devraient voir leurs dosages de cortisol remonter après traitement. C'est d'autant plus tentant que les recherches menées par des chercheurs de ce domaine n'ont pas montré que le traitement très efficace de l'EMDR réussirait à réguler le cortisol dans les cas d'ESPT. C'était en tous cas ce que Bessel van der Kolk, le « pape » du traumatisme à notre avis, déclarait à la neuvième conférence européenne du stress traumatique à Stockholm en juin 2005.

C'est ce formidable pari qui était le cœur des hypothèses de la recherche AIVIO : que l'ostéopathie ait un effet régulateur de l'homéostasie plus profond que la thérapie verbale parce qu'elle toucherait à une cause mécanique de dérégulation de l'homéostasie. Nous ajoutons bien vite que cela ne donnait pas à notre avis une suprématie à l'ostéopathie qui est bien incapable d'aider une personne traumatisée dans son cheminement vers la connaissance des mécanismes, l'abandon de la culpabilité et de l'identification à l'agresseur, et bien d'autres complications psychiques que nous allons aborder maintenant.

### D Le traumatisme psychique

Comment résumer en une cinquantaine de pages l'évolution des découvertes et des savoir-faire à propos du traumatisme psychique alors que cela a occupé la vie entière de plusieurs savants ingénieux ? Schopenhauer, Freud, Ferenczi, Reich, Jung, Lorenz, Harlow, Winnicott, Bowlby, Federn, Spitz, Lowen, Tinbergen, Lacan, Mucchielli, Marty, Dejours, Barrois, Stickgold, Naccache, Ledoux, etc. Comment résumer leur œuvre en si peu ? Devant cette impossibilité fondamentale, nous convions le lecteur à des parcours discursifs et ludiques dans la partie D du Tome 3. Parce que les données sont moins connues, nous conserverons les données concernant le corps et la névrose traumatique. Cela ne révèle nullement notre préférence pour le corps ou le psychisme que nous considérons être nulle. Nous n'avons aucune idée de la prédominance de l'un ou l'autre domaine tout en croyant fermement que l'abord somatique ou psychique n'est pas indifférent et que le choix de l'approche ne doit pas dépendre d'aspects affectifs du thérapeute mais de signes propres au cas de chaque patient. Nous nous attacherons aussi avec plus de détails à des auteurs contemporains concernant le traumatisme et sa somatisation.

#### 1. Le statut de l'inconscient dans la clinique du traumatisme somato-psychique

La première question soulevée est celle du statut de l'inconscient dans la clinique du traumatisme somato-psychique pour plusieurs raisons : d'une part parce que le psychisme occulte des parties du traumatisme à la conscience du sujet, d'autre part parce que les sujets qui sont pétrifiés par une névrose traumatique n'ont aucun argument pour expliquer leur peur. Ils savent que l'événement est passé, qu'ils ne risquent plus rien, mais ils ne peuvent véritablement pas arrêter d'avoir peur. La conscience, le Moi, toutes ces instances auxquelles on s'accroche généralement pour aller bien sont en perte. Plus rien ne tient.

Nous devons à Peter Levine une description des symptômes auxquels sont soumises les victimes d'ESPT. Elle est si vraie, si convaincante et si accablante que nous avons souhaité l'inclure.

*Je ne connais rien qui ne me fasse pas peur. J'ai peur de me lever le matin. J'ai peur de sortir de chez moi. J'ai des peurs intenses de mort... Non pas que je vais mourir un jour, mais que je vais mourir dans les prochaines minutes. J'ai peur de la colère... La mienne et celle des autres, même quand la colère n'est pas là. J'ai peur du rejet et de l'abandon. J'ai peur du succès et de l'échec. J'ai mal dans la poitrine, j'ai des picotements et un engourdissement dans les bras et dans les jambes tous les jours. J'ai des crampes presque tous les jours, allant d'une douleur de règles à une douleur intense. J'ai tout simplement mal presque tout le temps. Je sens que je ne peux pas aller plus loin. J'ai des maux de tête. Je me sens nerveux tout le temps. J'ai le souffle court, le cœur qui bat à toute allure, je suis désorienté et paniqué. J'ai toujours froid, et j'ai la bouche sèche. J'ai du mal à avaler. Je n'ai ni énergie ni motivation, et quand j'accomplis quelque chose, je ne ressens aucune satisfaction. Je me sens dépassé, confus, perdu, sans ressource et désespéré tous les jours. J'ai des accès incontrôlables de rage et de dépression.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Traduit par nous.



### 1.1. L'inconscient de Freud (1856-1939) : sexualité et agressivité

Le questionnement sur le statut de l'inconscient dans le traumatisme est usuel en psychologie. C'est par l'hypnose que Freud a acquis la certitude de l'existence de l'inconscient. Il évoque à plusieurs reprises les expériences qu'il a vues à Nancy, en août 1889, quand il a été perfectionner sa technique hypnotique auprès de Bernheim et Liébault. Et s'il est vrai que cette notion d'inconscient était déjà utilisée bien avant lui, entre autres par Maine de Biran et surtout par Schopenhauer et Janet, depuis Freud et la psychanalyse, le champ de la réflexion s'est approfondi considérablement en prenant en compte ce qui échappe à la volonté et aux discours idéalisés de l'Homme sur lui-même. Une œuvre novatrice et fondamentale voit le jour parce qu'est pris en compte un constat sur la réalité humaine : il existe dans l'espèce humaine une primauté des pulsions agressives et sexuelles contre lesquelles le Moi semble incapable de se défendre malgré la sublimation qui aurait dû être, depuis longtemps déjà, favorisée par la culture et la civilisation. C'est dire que Freud a rendu compte de la réalité humaine à la façon d'un anthropologue et sans concession. Il a traité ainsi avec honnêteté ce que l'Histoire et l'histoire des patients donnaient à voir et c'était là une façon de nous donner à voir « de » l'inconscient humain tant les enfants montrent une domination de leur vie par ces deux composantes et les adultes une incapacité à y échapper bien pire que dans le règne animal.

Dans la première construction théorique que Freud fait de l'appareil psychique (première topique), il place résolument ce qui perturbe le Moi dans l'inconscient. : « C'est à Nancy que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés à la conscience des hommes. <sup>2</sup> » L'inconscient est le lieu où sont refoulés les éléments de la réalité et les pulsions dangereux pour le Moi et par là anxiogènes. Ainsi l'Homme refoulerait au sein de l'inconscient ce qui, des pulsions sexuelles et agressives, ne répondrait pas à un besoin d'autoconservation. Le traumatisme aussi est refoulé dans l'inconscient pour protéger le Moi dont il est séparé par la censure. Freud analyse ces éléments refoulés dans l'inconscient et leur découvre des particularités spécifiques différentes des processus actifs dans le Moi : les souvenirs refoulés ignorent le temps, l'espace, la mort et la réalité. Ils ne subissent pas les effets du temps et notamment ne sont pas atteints par l'oubli. C'est ainsi qu'un traumatisme sensibilise un individu et d'autres événements évocateurs de cette première blessure sont susceptibles d'être vécus plus facilement comme de nouveaux traumatismes. Freud parti du traumatisme expliquant le symptôme se trouve lancé à la recherche du traumatisme originaire. Ce dernier recule toujours plus loin dans le temps. Une sorte de vertige le saisit jusqu'au moment où la réalité bascule. Non, le traumatisme n'a pas toujours été vécu dans la réalité. Il peut être le résultat d'une situation ou d'un événement imaginé, imaginaire, c'est-à-dire qu'un désir incorrect (moralement, socialement) et inconscient peut avoir fait traumatisme.

Est-ce à cause de cette fuite en avant du traumatisme vers la naissance, est-ce parce qu'il est infléchi par son ami Fliess et son maître Breuer et malgré sa connaissance de

---

<sup>2</sup> Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1971.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

la réalité des nombreux délits sexuels par les conférences et autopsies de Brouardel qu'il suit à Paris, Freud renonce à « accuser les pères<sup>3</sup> ».

Freud abandonne la *neurotica*, c'est-à-dire la thèse de la réalité des traumatismes sexuels invoqués par les patientes en 1897. A partir de cette étape décisive le contenu de l'inconscient se modifie profondément. Ce sont les enfants qui fantasment une séduction parentale, et c'est cela qui fait symptôme. Dès 1896, dans les écrits de Freud apparaissent des récits relatifs à des fantasmes d'enfants. A partir de là Freud s'intéressera davantage du rapport des êtres humains à leurs propres fantasmes qu'au traumatisme de la réalité. Cela amènera à un champ de découvertes très propice au traitement des conflits intrapsychiques mais éloignera Freud d'une réflexion sur le traumatisme « de la réalité » qui nous intéresse ici.

Un deuxième changement important dans les concepts intervient, du point de vue de notre recherche, vers 1900. Continuant à travailler sur le mécanisme du refoulement, Freud est amené à effectuer une discrimination : le refoulement ne s'exerce que sur la représentation. L'affect, quant à lui, subit une « répression de son développement », qui reste malgré tout le « but spécifique du refoulement. »<sup>4</sup> Freud introduit le terme de répression sans toutefois lui concéder un statut conceptuel spécifique. Toutefois : « *il devrait au moins être clair que ce dernier (refoulement) accentue plus fortement l'appartenance à l'inconscient que le premier (répression).* »<sup>5</sup> Il distingue désormais deux différents destins. L'affect commence à échapper de l'inconscient.

Destin de la représentation :

La représentation est refoulée dans l'/cs où elle reste néanmoins capable d'action car elle a conservé son investissement inconscient. « Si nous prenons le cas du refoulement proprement dit (refoulement après-coup) et de la manière dont il agit sur les représentations préconscientes ou même déjà inconscientes, alors le refoulement ne peut constituer qu'en ceci : à la représentation est retiré l'investissement (pré)conscient qui appartient au système *Pcs* ». Puis « nous avons besoin d'un autre processus qui [...] maintient le refoulement et [...] a pour rôle de le constituer et de le faire durer ; nous ne pouvons le trouver qu'en admettant l'existence d'un *contre-investissement*. »<sup>6</sup>

Destin de la pulsion, du sentiment, de la sensation et de l'affect :

« En fait, je pense que l'opposition entre conscient et inconscient ne s'applique pas à la pulsion. Une pulsion ne peut jamais devenir objet de la conscience, seule le peut la représentation qui la représente. [...] Si la pulsion n'était pas attachée à une représentation ou n'apparaissait pas sous forme d'état d'affect, nous ne pourrions rien savoir d'elle. [...] Il est de l'essence d'un sentiment d'être perçu, donc d'être connu de la conscience. [...] »

L'emploi des expressions « affect inconscient et sentiment inconscient » renvoie surtout aux destins que connaît le facteur quantitatif de la motion pulsionnelle par suite du refoulement. Nous savons que ce destin peut être de trois types : ou bien

---

<sup>3</sup> Lettre à Fliess du 21 septembre 1897

<sup>4</sup> Freud S. (1915). *L'inconscient* In *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, p.84.

<sup>5</sup> Freud S. (1900) *L'interprétation du rêve* OCF – IV p.661

<sup>6</sup> Ibid. p.89

l'affect – totalement ou en partie – subsiste tel quel ; ou bien il subit une transformation en un quantum d'affect qualitativement différent, principalement en angoisse ; ou bien, il est réprimé, c'est-à-dire que son développement est franchement empêché. [...] Dans tous les cas où le refoulement réussit à inhiber le développement de l'affect, nous appelons « inconscients » les affects que nous rétablissons en redressant le travail du refoulement. [...] Mais il existe une différence notable par rapport à la représentation inconsciente ; celle-ci, une fois refoulée demeure dans le système *lcs* comme formation réelle tandis qu'à l'affect inconscient ne correspond en ce même lieu qu'un rudiment qui n'a pas pu parvenir à se développer. » « L'affect réprimé devient [...] une quantité d'énergie libre et toxique dont la voie de décharge risque d'être somatique. »

« Il arrive aussi, fréquemment, que la motion pulsionnelle doive attendre jusqu'à ce qu'elle ait trouvé une représentation substitutive dans le système *Cs*<sup>7</sup>. Alors le développement de l'affect est rendu possible à partir de ce substitut conscient, et c'est la nature de ce dernier qui détermine le caractère qualitatif de l'affect. Nous avons affirmé que, lors du refoulement, a lieu une séparation de l'affect d'avec sa représentation, sur quoi tous deux s'en vont vers leurs destins distincts [...] mais le véritable processus est, en règle générale, qu'un affect ne se produit pas tant que n'a pas réussi la percée qui lui donne une nouvelle façon d'être représenté dans le système *Cs*. »<sup>8</sup>

Ceci est visible dans les phobies : l'angoisse du petit Hans n'existe qu'en présence du cheval (représentant du père) et non de ce dernier, représentant de la castration potentielle.

Le travail analytique consiste donc en partie à "reconnecter" l'affect avec sa représentation d'origine. Ce qui est particulièrement intéressant, dans cette évolution, c'est qu'une représentation, même refoulée, peut être inscrite dans les deux systèmes *lcs*<sup>9</sup> et *Cs* en même temps. Par exemple : « si l'on communique à un patient une représentation qu'il a, à un moment donné, refoulée, et que l'on a devinée, cela ne change d'abord rien à son état psychique. Et notamment ce n'est pas parce que la représentation précédemment inconsciente est maintenant devenue consciente que le refoulement est levé et ses effets supprimés, comme on pouvait peut-être s'y attendre. Au contraire, on n'obtiendra tout d'abord qu'un refus renouvelé de la représentation refoulée. Mais maintenant le patient a effectivement la même représentation sous une double forme et en des endroits différents de son appareil psychique ; premièrement, il dispose du souvenir conscient de la trace acoustique de la représentation qui lui a été communiquée et, deuxièmement, comme nous le savons avec certitude, il porte en lui, à côté de ce souvenir mais sous l'ancienne forme, le souvenir inconscient de ce qui a été vécu. En réalité, la suppression du refoulement n'intervient pas avant que la représentation consciente, une fois surmontées les résistances, ne soit entrée en liaison avec les traces

---

<sup>7</sup> *Cs* : conscient

<sup>8</sup> Freud S. (1915). L'inconscient In *Métopsychologie*. Paris : Gallimard, p.84.

<sup>9</sup> *lcs* : inconscient

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

mnésiques inconscientes. C'est seulement quand ces dernières sont elles-mêmes rendues conscientes que le succès est atteint. »<sup>10</sup>

En ce qui concerne notre propos actuel, les éléments importants sont ceux-ci :

- Freud s'éloigne d'une vision de l'inconscient qui serait le gardien de la sécurité du conscient ;
- La représentation, c'est assez simple, attend une nouvelle occasion plus favorable pour se manifester mais elle peut résister à des tentatives thérapeutiques maladroites.
- L'affect a des destins très différents : soit il perdure, soit il est transformé en angoisse, soit il est réprimé. Ici nous pouvons d'ores et déjà développer notre vision du problème. Si le traumatisme est actuel, l'affect de peur est inchangé ou transformé en angoisse. Si le traumatisme est d'ordre conflictuel et psychonévrotique, l'affect peut être sans encombre réprimé, et son développement empêché.

Que l'on puisse reconnaître que le destin de l'affect varie en fonction de la cause traumatique est inachevé à l'époque de Freud. Le fait qu'il reste une peur ou qu'il se transforme en angoisse est encore plus obscur alors.

Une troisième modification profonde de sa pensée va éloigner Freud d'une réflexion sur le traumatisme et l'inconscient. En 1920, lorsqu'il adopte la seconde topique, la censure qui séparait le conscient de l'inconscient devient le Surmoi. Sa réflexion sur l'angoisse l'amène à penser que le danger intérieur n'est pas tant du côté des pulsions sexuelles que de la violence de la censure. Il lui semble que les états d'angoisse proviennent du fait que le Moi se trouve faible et peureux devant le caractère redoutable de l'instance réprobatrice inconsciente qu'il appelle dès lors le Surmoi. Alors l'angoisse traduit la présence du surmoi plus que celle de la libido. Alors, « ce n'est pas le refoulement qui provoque l'angoisse, mais bien l'angoisse, apparue la première, qui provoque le refoulement ». Si le Moi est peureux face aux pulsions sexuelles du Ca, c'est surtout à propos des pulsions agressives que le surmoi est sévère vis-à-vis du Moi.

Le Moi se trouve alors pris entre deux dangers :

- le Ca qui continue de représenter l'inconscient *grosso modo*, donc ce qui est refoulé et ce sont désormais les pulsions sexuelles qui sont essentiellement représentées et prises en compte dans la notion de refoulement.
- et le Surmoi qui surveille, punit ou prive d'amour le Moi, l'accablant de représailles face à l'agressivité et en fonction des interdits parentaux et sociaux ou face à la défaillance du sujet par rapport à son Idéal du Moi.

La deuxième construction du schéma de l'appareil psychique en Ca, Moi et Surmoi continue certes la progression de la connaissance et du traitement des névroses hystérique et obsessionnelle car elle permet une meilleure analyse des mécanismes de défense. Elles sont désormais nommées « psychonévroses » ou « névroses de transfert » parce qu'issues des conflits infantiles et qu'on y observe le transfert qui

---

<sup>10</sup> Ibid. p.80

prend une place de choix car le thérapeute doit éviter son écueil (la séduction) et se servir de son interprétation pour retrouver des éléments refoulés de l'enfance.

Mais l'inconscient n'est plus un fait, il devient une qualité psychique, d'un substantif, il devient adjectif s'appliquant tant à une part du Ça, du Moi que du Surmoi. Freud se trouve devant la « nécessité d'admettre l'existence d'un troisième inconscient, non refoulé. » Même si Freud conclue dans ses Essais que « ce qui est refoulé est pour nous le prototype de l'inconscient » et, à propos des éléments du soi qui sont refoulés : « c'est à ce matériel que nous avons réservé le nom d'inconscient proprement dit », la notion d'inconscient est désormais très éloignée des traumatismes extérieurs. Que deviennent ces éléments insupportables de la réalité ? Ne sont-ils anxiogènes que parce que le Surmoi en décide ainsi ?

#### **1.2. L'inconscient de la névrose traumatique : Ferenczi (1873 – 1933)**

Les grandes guerres ont apporté leur lot de rescapés qui n'arrivaient pas à guérir de leurs blessures psychiques. Freud n'a pas soigné de telles victimes, ou tardivement. Ne comprenant pas sa méprise il voit dans la théorie de Ferenczi une erreur qu'il avait déjà commise (importance de l'événement) et une remise en cause de l'aboutissement de sa recherche (la réalité psychique est plus importante). Il ne saisit pas que Ferenczi témoignait de son expérience quotidienne et surtout qu'il vouait une confiance sans limite à la psychanalyse. De façon paradoxale, Ferenczi, convaincu, cherchait des erreurs dans la mise en application de la psychanalyse quand Freud cherchait encore à prouver l'intérêt de sa méthode.

Ferenczi tient une place à part et de choix pour nous d'une part car il a beaucoup travaillé avec des traumatisés de la Grande Guerre et qu'il a envisagé tant le sens somato-psychique que le sens psycho-somatique du traumatisme. La postérité l'a considéré comme un des précurseurs de la psychosomatique. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre sur le statut du corps. D'une certaine façon Ferenczi place le débat hors de l'inconscient puisqu'il développe le concept d'un « auto-clivage narcissique ». La plupart des mécanismes décrits étant inconscients, il faut considérer le terme inconscient en tant qu'adjectif. Selon Ferenczi le traumatisme extrême modifie la structure de l'appareil psychique : le Moi, anéanti, laisse la place au Ça au Surmoi. Voici quelques-uns de ces mécanismes, dont les premiers – introjection, hallucination, culpabilité, confusion, perte de confiance en ses sens et clivage – sont extraits du fameux article qui traite des traumatismes sexuels infantiles réels.

#### **La peur oblige à se soumettre**

*« Mais cette peur, quand elle atteint son point culminant, les oblige (les enfants) à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, et à s'identifier totalement à l'agresseur. Par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intrapsychique ; mais ce qui est intrapsychique va être soumis, dans un état proche du rêve – comme l'est la transe traumatique – au processus primaire, c'est-à-dire que ce qui est intrapsychique peut, suivant le principe de plaisir, être modelé et transformé d'une manière hallucinatoire, positive ou négative. L'agression cesse d'exister, l'enfant réussit à maintenir la situation de tendresse antérieure. Mais le changement significatif est l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte : le jeu anodin apparaît maintenant comme un acte méritant*

une punition. Si l'enfant se remet d'une telle agression, il en ressent une énorme confusion ; à vrai dire, il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable, et sa confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée. »<sup>11</sup>

#### **Le corps réagit automatiquement et inconsciemment au traumatisme**

« La commotion physique est aussi toujours psychique : la commotion psychique peut, sans aucun apport physique, engendrer le choc. [...] Simultanément [à la commotion psychique] se produisent aussi des « *réactions substitutives* » (contractions musculaires), qu'on pourrait déjà qualifier d'illusionnaires, c'est-à-dire de défense et actions de mise à l'écart vis-à-vis d'objets ou de personnes innocentes (mais analogues), le plus souvent des choses inanimées à la place de vivantes, et très souvent vis-à-vis de soi-même (s'arracher les cheveux). »<sup>12</sup>

#### **Le Moi est sans défense, la personnalité accepte le déplaisir passivement**

« Ce qui importe, d'un point de vue scientifique, dans cette observation, c'est l'hypothèse que la *personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse*. C'est seulement maintenant que je comprends pourquoi mes patients se refusent, si obstinément, à me suivre lorsque je leur conseille de réagir au tort subi par du déplaisir, comme je m'y serais attendu, par de la haine ou de la défense. Une partie de leur personnalité, le noyau même de celle-ci est resté fixé à un certain moment et à un niveau, où les réactions alloplastiques étaient encore impossibles et où, par une sorte de mimétisme, on réagit de façon autoplastique. On aboutit ainsi à une forme de personnalité faite uniquement de Ca et de Surmoi, et qui, par conséquent, est incapable de s'affirmer en cas de déplaisir... »<sup>13</sup>

#### **Quand le traumatisme se répète, le Moi disparaît**

Ferenczi constate que si les traumatismes se succèdent, « le nombre et la variété des fragments clivés s'accroissent, et il nous devient rapidement difficile, sans tomber dans la confusion, de maintenir le contact avec les fragments, qui se comportent tous comme des personnalités distinctes qui ne se connaissent pas les unes les autres. Cela peut finalement déterminer un état que l'on peut, sans crainte, désigner comme atomisation, si l'on veut poursuivre l'image de la fragmentation. »

#### **La part inconsciente du traumatisme est en attente d'être souffert**

Le cœur du traumatisme n'est jamais parvenu à la conscience perceptuelle. Le trauma reste en souffrance, c'est-à-dire en attente de remémoration et de représentations auxquelles se relier, mais aussi en attente d'être souffert : « ce que vous ne pouvez ni

---

<sup>11</sup> Ferenczi, S. (1932). Confusion des langues entre les adultes et les enfants. In *Psychanalyse IV*. Paris : Payot, 1982. p. 130.

<sup>12</sup> Ferenczi, S. (1927-1933). Réflexions sur le traumatisme. In *Psychanalyse IV – Œuvres complètes*. Paris : Payot, 1982, p.139.

<sup>13</sup> Ibid. p. 131

ressentir, ni savoir, ni vous rappeler, est encore pire que les symptômes dans lesquels vous vous réfugiez ».

Convaincu de la nécessité de reconnaître le traumatisme Ferenczi cherche les voies pour l'amener à une remémoration et une résolution psychique. La remémoration ne suffit pas. L'expérience doit être revécue, dans le cadre transférentiel, afin de permettre son élaboration. « Il faut répéter le traumatisme lui-même et, dans des conditions plus favorables, l'amener, pour la première fois, à la perception et à la décharge motrice. »

L'abréaction, ce revécu intensif à distance et sur mode actuel de tout ou partie du traumatisme ancien, accompagné souvent d'expressions motrices qualifiées de « décharges » avait bonne presse du temps où Charcot soignait à la Salpêtrière et Berheim avec Liébault à Nancy. On montrait, par des séances publiques, comment la reviviscence du traumatisme permettait aux patientes hystériques d'être libérées de leurs symptômes. Ferenczi, convaincu de la réalité des traumatismes des patientes, le restera définitivement. A cette époque (1889), et bien que Freud ait déjà abandonné sa neurotica, les dissensions sont faibles, il faut dire que Freud sort à peine de quelques semaines à Nancy.

#### **Le rêve contribue à réparer le traumatisme**

« L'interprétation des rêves de Freud pose comme unique fonction du rêve la transformation en accomplissement de désir des restes diurnes déplaisants qui perturbent le sommeil ; [...] cependant je pense que le retour des restes diurnes représente par lui-même une des fonctions du rêve. Car si l'on observe avec précision la relation entre l'histoire personnelle et les contenus de rêves, il devient de plus en plus évident que ce qu'on appelle les restes diurnes (et nous pouvons ajouter : restes de la vie) sont en fait des symptômes de répétition de traumatismes ; mais il est bien connu que la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi par elle-même une fonction utile : elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant. »<sup>14</sup> Au lieu de la formule freudienne « le rêve est un accomplissement de désir », Ferenczi adopte : « tout rêve, même le plus déplaisant, est une tentative d'amener des événements traumatiques à une résolution et à une maîtrise psychiques meilleures ». <sup>15</sup>

#### **L'autoréparation est insuffisante. Le thérapeute et le transfert sont nécessaires**

Ferenczi considère que le thérapeute a une importance cruciale. Le transfert est nécessaire. Il souligne là les défaillances de nombreux analystes (dont Freud) au moyen de sa propre autocritique auprès de ses patients. Le transfert pour être positif, doit pouvoir reposer sur un véritable intérêt de la part du thérapeute, faute de quoi c'est une répétition traumatique (de l'indifférence première des adultes pendant les traumatismes de l'enfance) qui résulte du traitement : « Si l'on réussit à établir le lien entre la passivité totale et le sentiment d'être capable de vivre le traumatisme

---

<sup>14</sup> Ferenczi, S. Réflexions sur le traumatisme, In *Psychanalyse IV – Œuvres complètes 1927-1933*. Paris : Payot, 1982. p.141

<sup>15</sup> Ibid. p.142 et suivantes

*3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique*

jusqu'au bout (c'est-à-dire encourager le patient à répéter et vivre l'événement jusqu'au bout...), alors une nouvelle sorte de résolution, plus avantageuse, voire aussi durable, du traumatisme peut se produire. L'état de sommeil ne peut accomplir cela. »



### **Janus à double tête, la part clivée du Moi, filtre les éléments traumatiques**

Ferenczi met plus nettement le traumatisme du côté du Moi que du Ca en ce que le lieu de censure, qu'il compare à Janus à deux têtes, est une partie clivée du Moi : « A la condition d'une falsification optimiste, le traumatisme sera admis à la conscience (pendant le sommeil). La condition préalable d'une telle falsification semble être ce qu'on appelle le « clivage narcissique », c'est-à-dire la création d'un lieu de censure (Freud) avec une partie clivée du moi, qui mesure pour ainsi dire, en tant qu'intelligence pure, être omniscient avec une tête de Janus, l'étendue du dommage, ainsi que la part d'elle-même que la personne peut supporter, ne laissant accéder à la perception que ce qui est supportable dans la forme et le contenu du rêve, l'embellissant même si nécessaire dans le sens d'un accomplissement de désir. »

Cette pensée est la base sur laquelle un certain nombre d'auteurs s'appuient pour dire que, lorsque le traumatisme est fait d'éléments non sexuels, non psychonévrotiques (issus des conflits infantiles) mais plutôt actuels (appartenant à la vie actuelle), on se trouve alors du côté du Moi et qu'on ne devrait alors plus parler de refoulement mais de « répression des affects ». Là où Freud déplace la censure dans le Surmoi, Ferenczi, somme toute, la loge dans le Moi, dans une des parties clivées du Moi.

Accepter ceci comme une vérité nous a semblé questionnable. Même si l'on veut bien admettre que tout le Moi n'est pas conscient, il nous semble que l'extrême opacité qui entoure les éléments lacunaires des traumatismes graves oblige à leur insertion dans le cadre de l'inconscient, sauf à réserver l'inconscient au sexuel et au principe de plaisir, ce qui ne saurait correspondre à notre vision pour plusieurs raisons sur lesquelles nous reviendrons très vite.

### **1.3. L'inconscient traumatique et la sexualité**

L'inconscient traumatique est souvent nommé par ceux qui travaillent avec du traumatisme connu. Notre espoir, c'est que les chercheurs rassemblés puissent générer une pensée capable d'englober les données nouvellement acquises sur le traumatisme connu et conscient sans oublier ce qui a été dit, travaillé et résolu grâce à la psychanalyse du traumatisme inconscient.

Freud remontant sans cesse dans le temps pour trouver le ou les traumatisme(s) originaire(s), il y a une certaine logique pour que les successeurs de Freud aient travaillé sur la prévention de l'apparition des névroses, c'est-à-dire sur la façon dont on devrait élever les enfants pour éviter qu'ils soient gravement névrosés.

Une part de la réalité intérieure avait été dévoilée, les successeurs de Freud ont poursuivi ce cheminement de la pensée en étudiant le développement psychique de l'enfance à l'adulte, de façon plus méthodique, avec nombre de recours nouveaux à la physiologie qui progressait très vite et de nombreux auteurs ont pu observer le développement et la maturation des enfants, avec leurs avatars. Cela a donné lieu à une abondante littérature alimentée en premier lieu par la fille de Freud Anna, mais aussi Spitz, Winnicott, Ainsworth et plus tard Main.

Winnicott a beaucoup contribué à décrire les besoins fondamentaux d'un nouveau-né dans son interaction avec les adultes. C'est dans l'optique de discriminer les manières dont un adulte peut devenir « suffisamment bon » pour le tout petit que Winnicott décrit le Holding (portage), le Handling (manipulation pendant les soins d'hygiène

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

quotidiens) et l'Object Presenting (présentation d'objet). Ce sont les trois manières par lesquelles l'adulte peut rendre ce monde non seulement supportable mais même attractif pour le bébé après sa période de gestation. Sa grande connaissance des tout-petits a permis à Winnicott d'indiquer l'importance du portage, position bien originale car c'est une technique si peu pratiquée en occident.

Cette époque relativise les travaux de Freud, d'aucuns prétendant que dans les déterminants infantiles, la sexualité peut être certes dévastatrice, mais que d'autres éléments sont tout aussi importants. C'est l'époque de « l'attachement » pendant laquelle notamment s'est posée avec acuité la question de savoir si l'attachement était une pulsion ou non. Cela a suscité un débat passionné.

Ce n'est finalement qu'assez récemment que psychologues et éthologues ont conclu sur les liens précoces entre l'adulte et l'enfant au tout premier âge. Bowlby, qui a été le maître d'œuvre en la matière, conclut sur le caractère *non sexuel de l'attachement*, ce qui est très important du point de vue conceptuel. Cette conclusion, pourtant admise par des auteurs fondamentaux en psychosomatique, ne semble pas faire varier leur théorie quant à l'origine sexuelle du symptôme. En voici un exemple :

Dejours, reprenant Bowlby et Laplanche, cite dans son dernier ouvrage<sup>16</sup> : « Dans l'attachement se situent les montages comportementaux innés qui sont nécessaires à la survie biologique de l'enfant. Grâce à l'attachement *de nature non sexuelle*, l'enfant cherche la relation avec le corps de l'adulte et y provoque des sollicitations, en particulier cutanées, qui suscitent en retour chez ce dernier des comportements de soin ou mieux de *retrieval* [J. Bowlby, *attachement et perte. I : L'attachement* (1969), Paris, PUF, 1978, p. 323-325] (réduction par l'adulte de la distance entre l'enfant et la mère et maintien de l'enfant en contact étroit avec elle). Les incidences à long terme du contact cutané entre les corps ont été approfondies par Didier Anzieu dans la théorie du moi-peau, que la thèse du corps érogène rejoint sur bien des points. Dans la conception de Jean Laplanche, à l'attachement sont assignées les principales fonctions que Freud visait dans la première théorie des pulsions sous l'appellation d'auto-conservation. Bowlby, quant à lui, prend de nombreuses précautions vis-à-vis de l'usage du concept d'instinct. Il préfère en rester à la notion de comportement d'attachement [ibid., p.189-198 et 239-244.] Nous n'entrerons pas plus avant dans cette discussion, mais nous pensons légitime de le suivre dans ses conclusions, qui reflètent surtout, semble-t-il, les progrès des connaissances en éthologie depuis l'époque de Freud et leurs incidences sur la théorie des comportements innés. »

Ailleurs, Dejours reprend le thème du sexuel et du non sexuel en citant cette fois Laplanche : « La théorie sexuelle élaborée par Freud était scandaleuse à son époque et le demeure encore aujourd'hui, en dépit de la libéralisation des mœurs. Comme y insiste Jean Laplanche<sup>17</sup>, il n'y a de théorie sexuelle proprement dite qu'à condition de reconnaître que tout, dans le genre humain, n'est pas sexuel. Le pansexualisme, en effet, est la plus sûre façon d'affadir ce que la théorie psychanalytique du sexuel révèle : la sauvagerie qui le caractérise en tant que sexuel

<sup>16</sup> Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot. p. 180-181

<sup>17</sup> Laplanche, J. (1999) Sublimation et/ou inspiration, in *Entre séduction et inspiration : l'homme*. Paris : PUF, p.301 et 338.

et qui perdure, quiescente ou manifeste, dans toute sexualité. Dans le registre non sexuel, Laplanche s'intéresse surtout à la structure et à la fonction des formes mytho-symboliques et mytho-idéologiques. Mais le non-sexuel, Jean Laplanche le retrouve aussi à l'autre pôle, qui tourne le dos au social, à savoir : le pôle biologique où s'impose l'instinctuel, en particulier dans les comportements d'*attachement*. »

Continuons sur le texte de Dejours :

« Comment situer, alors, le non-sexuel dans l'organisation psychique ? C'était l'objectif de la troisième topique que de répondre à cette question. Quelques années après la publication de la première version de ce livre, nous avons proposé des hypothèses sur la façon dont le non-sexuel s'inscrit dans le corps, où il forme des zones muettes (malformation du corps érotique sous l'effet de la violence des adultes) [Cf. le premier chapitre de ce livre ; cf. aussi C. Dejours, *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*, Paris, Payot, 1989.]. Ces hypothèses s'inscrivent dans le projet de construire une théorie du « choix de l'organe dans les processus de somatisation ». <sup>18</sup>

Cette dernière phrase est fondamentale. Si les auteurs reviennent en fin de compte à la dimension sexuelle du symptôme, du symbole, du message adressé à l'autre, c'est dans un effort pour comprendre comment le corps somatise. Certes, tout n'est pas sexuel, mais là où le corps n'a pas pu construire du sexuel apparaît la somatisation. Cela revient à dire que, hors le sexuel, il n'y a que du symptôme à venir, que de la pathologie. De cette façon, la vision psychanalytique continue donc d'opposer corps biologique et corps érogène. Il y manquerait, selon nous, un corps affectif.

Nous pourrions reprendre à cet effet le titre de la conférence qui a créé la rupture entre Ferenczi et Freud : il y a la « confusion des langues entre les enfants et les adultes ». L'enfant n'est pas dépourvu d'une histoire sexuelle. Ses pulsions sexuelles existent très tôt. Mais ce n'est pas ce qu'il cherche auprès de l'adulte, au contraire. Il cherche comment l'affection de l'adulte peut le protéger et le mener en sécurité jusqu'à sa maturité biologique, affective et sexuelle.

Nous sommes d'accord avec Dejours sur le fait que le corps érotique n'est pas donné d'emblée et qu'il y a une histoire érogène du corps, capitale pour le sujet. Nous sommes d'accord aussi sur le fait que cette histoire du corps possède aussi une dimension relationnelle et, par voie de conséquence, qu'elle est susceptible de parler. Cela rejoint d'ailleurs la conception lacanienne. Mais la dimension relationnelle du corps repose aussi sur son histoire affective qui est tout autant capitale pour le sujet ; le corps est par conséquent susceptible d'avoir à parler dans cette dimension relationnelle affective. L'histoire des premiers liens, de leur sécurité, de l'attachement est aussi inscrite dans le corps. L'histoire du Holding, et du Handling dans une moindre mesure, est façonnée selon nous très principalement par la relation affective, par les liens d'amour et de tendresse et cette histoire est à prendre en compte dans les souffrances précoces. A ces souffrances précoces s'opposent le bien-être, la tranquillité, la détente des besoins affectifs qui ne sont pas sexuels, pas davantage qu'un besoin de disparition d'une tension sexuelle.

---

<sup>18</sup> Dejours, C. Op. cit. p. 167-168.

### *3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique*

Lorsque la psychanalyse freudienne considère que le corps n'existe du point de vue relationnel que dans une dimension d'érogénité, les symptômes, dès lors qu'ils seraient un reflet d'un processus psychique, deviendraient des messages des avatars de la subversion libidinale, même s'ils apparaissent à la période de la distinction entre le Moi et le non-Moi. Cela induit, à notre avis, une sorte de confusion entre la création des liens affectifs et l'éveil de la sexualité par le plaisir, faisant quasiment disparaître le champ de l'affectivité et du bien-être dans le champ du sexuel.

Si l'enfant nouveau-né cherche le contact avec l'adulte, ce n'est pas dans une dimension érogène. C'est d'abord et surtout pour des liens de sécurité affective permettant la distinction entre le Moi et le non-Moi. Il doit pouvoir continuer à vivre en sentant qu'il est un et pourtant totalement démuné. Il doit apprendre à faire confiance à la pérennité des premiers liens établis pour continuer à s'individualiser.

Ces notions sont fondamentales parce que l'érogénité du corps a motivé l'interdit du toucher. Or, il est indéniable que l'érogénité du corps passe par le toucher, mais pas que. Comme le souligne Lacan, on peut courir toute une vie pour un regard. Mais tout le toucher ne touche pas le sexuel ou l'érogène. Tout le travail thérapeutique qui utilise le toucher n'est pas infiltré par le sexuel. Le corps relationnel n'est pas qu'un lieu libidinal, c'est aussi un lieu affectif. Il a la mémoire des affects qui ont modulé le portage et les soins.

Il y aurait une manière importante de faire la distinction : Lacan le pointe d'ailleurs avec la notion d'orifices qui sont toujours en mouvement d'ouverture ou de fermeture, palpitants, ce qui induit bien la dimension de l'érogène. Nous pensons que le travail sur le corps, dans sa surface, c'est-à-dire avec le toucher, a besoin d'être global pour n'être pas sexualisé facilement.

Nous pensons aussi que le travail qui quitte les bords pour s'appesantir dans la profondeur du corps, c'est-à-dire qui concerne la dimension de la sensibilité proprioceptive (perception du mouvement) se relie aux premières sensations de portage (in utero ou après la naissance). Cela, nous ne le considérons pas comme érogène mais comme affectif, sécuritaire et calmant. Les enfants qui s'endorment dès qu'ils sont bercés par une voiture ne sont sans doute pas plus dans une ambiance érogène que le canard qui suit sa boîte en carton. Ainsi, aux balancements « auto-érotiques » nous préférons davantage les termes d'auto-calmants ou d'auto-affectifs. Cela rappelle davantage le repliement dans le monde autistique chez les sujets psychotiques et, plus globalement, le besoin de reprendre contact avec le Moi au milieu du non-Moi.

Pour reprendre la théorie des pulsions et de l'inconscient, si l'attachement est une pulsion, alors il faudrait conserver la distinction que Freud avait faite dans sa première topique : il y aurait réellement des pulsions d'autoconservation qui ne sont pas à inclure dans la dimension sexuelle car elles peuvent être opposées à la sexualité et parce qu'elles sont tout autant capables d'apporter bonheur et déconvenue, souffrances et symptômes.

Ces déconvenues vont avoir différents destins qui ne semblent pas étrangers aux déconvenues libidinales et sexuelles. Une frustration affective intolérable semble être passible de refoulement, de retour du refoulé ou de somatisation.

L'inconscient perdrait alors sa caractéristique d'être peuplé de sexuel insupportable ou inassimilable. Bref, cela remet en cause le pansexualisme non pas seulement de l'être humain mais aussi de l'inconscient. Il y aurait bien d'autres déconvenues capables de faire traumatisme.

Bien que Freud n'ait pas mentionné Schopenhauer parmi ses inspirateurs, on sait que les écrits de Schopenhauer étaient discutés dans tous les cercles de lettrés, dont Freud assurément faisait partie. Nulle ambiguïté alors sur le fait qu'il puisse y avoir quelque parenté entre la « volonté » de Schopenhauer et la « pulsion de vie » de Freud. Les concepts sont voisins, peut-être même identiques au fond. Il est d'autre part manifeste que Schopenhauer ait eu à se débattre contre de très fortes pulsions sexuelles. Aussi manifeste qu'il était véritablement misogyne : l'amour des femmes, « ces bipèdes aux courtes jambes » ne l'embarrassait guère. Par ailleurs encore, les théoriciens de l'inceste prétendent que l'amour du père pour sa fille est l'élément dissuasif d'un éventuel passage à l'acte par un père ému des séductions juvéniles féminines : il comprend qu'à la séduction la fillette attend des assurances d'affection. Selon ces éléments réunis, est-il possible que :

Schopenhauer, obsédé par la pulsion sexuelle, ait influencé Freud dans la place qu'il lui a donnée dans sa théorisation du psychisme humain ? La sexualité est-elle si omniprésente qu'il l'est dit dans la psychanalyse freudienne ? Ou bien est-il possible que la sexualité ait été une pulsion dévoratrice chez Schopenhauer car aucun amour de ses congénères ne venait adoucir ses pulsions, donner quelque sens aux émois libidinaux ? La sexualité est-elle omniprésente chez les humains ? Ou, est-ce que la place qui lui est donnée ne tient pas plutôt au besoin de tendresse, au besoin d'assurance d'être aimé ?

Cela rejoint, c'était notre propos, l'acception possible d'un inconscient comme entité commune, lieu de ce qui échappe à la conscience, quelle qu'en soit la cause. Cela nous paraît utile pour accepter de chercher, dans les émotions refoulées, autre chose que de la sexualité. Cela semble cohérent avec de nombreux auteurs.

D'abord, nous rejoignons en ceci Winnicott dans un article posthume qui nous intéresse au premier chef : *la crainte de l'effondrement*. « Dans mon expérience, il y a des moments où un patient a besoin qu'on lui dise que l'effondrement, dont la crainte détruit sa vie, a déjà eu lieu. C'est un fait qu'il porte lointainement caché dans l'inconscient. L'inconscient, ici, n'est pas exactement l'inconscient refoulé de la névrose. Ce n'est pas non plus l'inconscient que Freud décrit en même temps que le rôle du fonctionnement pour ainsi dire neurophysiologique de la psyché. Ni l'inconscient de Jung : ces choses et autres qui se passent sous terre et dans les grottes, ou (en changeant de vocabulaire) le monde de la mythologie, où règne une complicité absolue entre l'individu et les réalités psychiques internes de la mère. Non : dans ce contexte singulier, inconscient veut dire que le moi est incapable d'intégrer quelque chose, de l'enclorre. Le moi est trop immature pour rassembler l'ensemble des phénomènes dans l'aire de l'omnipotence personnelle<sup>19</sup>. Ici, il faut se demander pourquoi le patient continue d'être tourmenté par ce qui appartient au passé. La

---

<sup>19</sup> Souligné par nous.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

réponse doit être que l'épreuve initiale de l'angoisse disséquante primitive ne peut se mettre au passé si le moi n'a pu d'abord la recueillir dans l'expérience temporelle de son propre présent, et sous le contrôle omnipotent actuel (qui prend la fonction de soutien du moi auxiliaire de la mère [l'analyste]). Autrement dit, le patient doit continuer à chercher le détail du passé qui n'a *pas encore été éprouvé*. Il le cherche dans le futur, telle est l'allure que prend sa quête. Sauf si le thérapeute peut travailler avec succès parce que pour lui ce détail est déjà un fait, le patient doit continuer de craindre de trouver ce qu'il cherche compulsivement dans le futur. »

Winnicott rejoint très précisément la vision ferenczienne du traumatisme : le traumatisme est en attente d'être souffert.

Cette conception de l'inconscient est sans doute celle qui se rapproche le plus de l'inconscient traumatique : c'est par excès, par dépassement des limites acceptables pour un sujet, que des données sont évacuées ailleurs que dans la conscience. En ce sens, l'inconscient est un « réservoir » à ce qui est insupportable. Est-ce le même inconscient que celui qui contient toute notre vie épisodique non traumatique ? Faut-il préférer un inconscient hétérogène ou un inconscient unique ? Les clivages ne comportent-ils pas davantage d'inconvénients que d'avantages à être rendus trop étanches ou définitifs ? Nous pensons que le Moi est clivé dans le traumatisme car une partie du sujet vit en ignorant le traumatisme tandis qu'une autre connaît son existence. Il serait donc possible de traverser le clivage du Moi. Est-il possible d'imaginer un inconscient qui comporterait aussi des zones d'évitement au milieu d'un inconscient où le préconscient serait capable de circuler sans encombre ?

Cela reviendrait à penser qu'il y a bien une censure entre le conscient et l'inconscient, avec un étage intermédiaire, toujours comme dans la première topique, mais que de cet inconscient certains contenus sont refoulés tandis que d'autres sont simplement oubliés. La différence tiendrait à la possibilité de rappel qui n'est pas seulement dépendante de la pénibilité du souvenir. En effet, on se souvient souvent mieux des événements liés à un affect que des événements relativement neutres. Les affects forts, qu'ils soient positifs ou négatifs, seraient capables de consolider aisément un souvenir. Mais si l'affect lié à l'événement est trop fort, il dépasse les possibilités d'intégration du Moi, « *le moi est incapable d'enclorre* » l'événement.

Les phénomènes de défense du Moi sont assez cohérents avec cette notion de « faire le tour de ». La condensation réduit le contenu, le déplacement attribue des représentations à d'autres objets, le refoulement met hors souvenir, le déni permet de continuer à vivre et l'évitement permet de ne pas se confronter aux images et aux affects pénibles. Toutes les instances du psychisme (conscient, préconscient et inconscients de concert) s'allient pour réduire, diminuer, couper, éviter le nouveau choc.

Une force mystérieuse, pourtant remet la scène en place : flashbacks, intrusions, pensées récurrentes. Ces données ne sont pas de l'ordre de l'inconscient. Le cœur du traumatisme, lui, reste dans l'ombre. On ne sait toujours pas ce qui s'est vraiment passé au moment du choc. Ce n'est pas de l'ordre du conscient : consciemment, on

voudrait se souvenir une bonne fois et oublier. C'est de l'ordre du préconscient si tant est que le préconscient pourrait jouer le rôle de cette tête de Janus, cette tête à double face qui décide ce que le psychisme conscient est capable ou non d'endurer.

Ce débat sur les phénomènes d'oubli, d'évitement et de répétition est fondamental pour le travail tant sur le traumatisme que sur les symptômes somatiques car ce qui se montre, ce qui est à interroger et à théoriser, c'est que les processus de somatisation semblent aussi apparaître quand le psychisme est incapable de faire le tour d'un événement.

Spitz a montré que sans soins affectifs l'enfant ne survivait pas. Faut-il penser alors qu'ils sont nécessaires à la survie de l'espèce et que c'est un besoin psychique autant que manger est un besoin physiologique ? A la différence des petits rats, le léchage du bébé humain n'est pas nécessaire pour produire les premières selles et mictions. On n'arrive pas à trouver le mécanisme physiologique qui ne se met pas en place si l'enfant ne reçoit pas de soins affectifs. Mais le résultat est tout aussi catastrophique. Faut-il donc bien inclure le besoin affectif dans les pulsions de conservation au même titre que les besoins primaires physiologiques ?

Est-on alors en droit de penser que la sexualité génitale, si peu envisagée par Freud, pourrait s'étayer sur cette fonction psychique du toucher qui est, d'abord, de procurer sécurité affective et tendresse ? Peut-on y voir pourquoi si peu de femmes accèdent à leur désir, que beaucoup ont besoin de tendresse avant le sexe, ou même acceptent le sexe pour la tendresse ? N'est-ce parce qu'un besoin élémentaire psychique est frustré pour avoir envie du plaisir en surcroît ? Ne serait-ce alors comme si on demandait à l'enfant de suçoter le sein avant d'en avoir été nourri ?

La répétition du fait de manger, de boire et de respirer est considérée comme une pulsion d'autoconservation. Cela veut dire en fait qu'on lui a retiré le statut de pulsion à part entière dans la mesure où la pulsion serait ce qui insiste au-delà du besoin.

Doit-on mettre au compte des pulsions d'autoconservation le besoin de s'attacher, tant du point de vue de l'agrippement (que nous distinguons de la pulsion d'emprise) que du point de vue de l'attachement ? Est-ce que le caractère répétitif d'un comportement en fait une pulsion ? Les expériences de Harlow sont très significatives. Le bébé multiplie les gestes d'attachement au corps de l'Autre : il reste longuement nez collé contre la poitrine, et pas dans une attitude d'attente du lait, repus. Reste-t-il sur le lieu du plaisir ? Pas du tout, les bébés singes rhésus retournent sur les mamans fil de fer chiffons. D'ailleurs, les bébés jouent aussi à rester longuement collés dans le cou des adultes, ou jouent avec leurs mains en prenant bien garde de montrer aux adultes qu'ils souhaitent aussi rester entourés de leurs bras. Ce ne serait pas un gain de plaisir mais un gain de bien-être qui confine à l'endormissement, au rêve, au travail psychique. Il faudrait alors y voir que parfois aussi ce qui se répète ce sont des attitudes de survie. On imite d'abord un sourire pour attacher l'adulte à soi. Si le bébé possédait d'emblée ce sourire, il serait assez inefficace. L'humain adulte a besoin pour s'attacher de croire au fait qu'il est unique, que ce sourire est advenu parce que c'était lui. Si l'enfant souriait naturellement, comme un chat ronronne dès qu'on le caresse, son sourire perdrait beaucoup de son

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

importance. Pendant ce temps de recherche active de l'adulte, bébé est dans l'apprentissage d'une compétence de façon précoce : arriver à se ramasser, à se rassembler quand il est éparpillé par des décharges d'excitations. Arriver à faire le tour de lui-même, à enclore ce qui lui arrive. Quand il arrive à se sentir tout entier, ou à avoir des touchers significatifs qui rassurent, il doit encore s'y laisser aller. Décharger et se laisser aller à remplir son corps de contacts signifiant calme, tendresse, vécu agréable, tranquillité, repos.

Puisque bébé a tant besoin et tant de plaisir à cet apprentissage de pare-excitation, à cet apprentissage à contenir, à faire le tour, pourquoi est-ce si difficile, adulte, de s'y laisser aller, de lâcher prise ? Est-ce parce que cette recherche de bien-être, de non tension serait une recherche de Nirvana, appelée « pulsion de mort » car non excitation (libidinale) ?

Nous ne le croyons pas. Bercer un enfant émerveille les adultes car ils sentent bien qu'ils donnent cette sécurité, qu'ils nourrissent d'affection leur enfant. S'ils sont incapables d'attention ou d'intérêt pour cet enfant, pour toutes les raisons traumatiques, dépressives, psychotiques imaginables, le holding lui-même est mal tenu : l'enfant n'est pas porté, il est mal positionné pendant l'allaitement et ne peut retrouver le contact visuel maternel à volonté (face tie). L'enfant ne donne plus les signes de *retrieval*.

Et, réciproquement, si l'enfant se détourne, pleure, ne produit pas les signes de *retrieval* et montre que l'adulte ne comprend pas, ce dernier, extrêmement blessé, se détourne de son enfant. Or il se peut que l'enfant soit douloureux, par traumatisme de naissance, par problème congénital, par immaturité, par détresse post-natale ou parcours hospitalier long... L'allaitement stimule la production d'hormones ocytociques qui non seulement favorisent le retour de l'utérus à sa taille pré-grossesse mais aussi favoriseraient un sentiment d'amour.

Une étude montre combien les personnels soignants froids et durs auprès des nouveau-nés sont souvent des personnes blessées par des séparations douloureusement vécues auprès d'autres nourrissons<sup>20</sup>. Si les adultes refusent de se laisser aller, de lâcher prise, de se rassembler, de s'auto-rassurer, c'est sans doute parce que des histoires de confiance, de bien-être, de rassemblement n'ont pas été sans déconvenues. Il est nécessaire de prendre en compte aussi l'ardente compétition à laquelle les parents inscrivent leurs enfants dans la course vers l'agir au détriment de l'être pour « réussir leur vie ». S'écouter a pris une connotation péjorative. A ne plus prendre le temps d'écouter, s'entendre peut devenir effrayant. On arrive ici, en occident, à cette caricature où l'homme court sans plus connaître ni la raison, ni le but, ni ce qui donne sens à sa vie..

Les éthologues ont porté leur intérêt sur l'attachement dans le règne animal. Par exemple on crée un lien privilégié entre le caneton et une boîte en carton en les mettant en contact étroit à une certaine période qui produit le réflexe de suivre. L'objet d'empreinte devient nécessaire au petit et sans lui il montre des signes

---

<sup>20</sup> Bourguignon, O. & Bydlowsky M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF.



physiologiques de stress intenses. Conrad Lorenz marquait par ces découvertes un pas décisif vers le non sexuel car, réellement, c'était difficilement sexualisable. On découvrait plutôt le besoin de sécurité. La disparition de la boîte de carton ne produisait pas des troubles sexuels mais une détresse qui ne compromettait pas l'évolution sexuée du petit canard. En revanche, Harlow a davantage étudié le lien mère-enfant en soumettant des petits singes à une privation maternelle ou à des isollements de longue durée de la dyade mère-bébé singe. Plus le bébé singe était isolé avec sa mère, plus sa socialisation posait problème, plus sa peur de l'autre devenait intense, plus ses jeux innocents et ses jeux sexuels avec des partenaires potentiels devenaient problématiques. Nous sommes donc bien d'accord avec cela. Les déboires vécus dans la relation d'attachement amènent *aussi* des troubles de la sexualité, d'autant plus que la fusion est longue et avec un objet unique. Nous aboutissons, avec Winnicott et les éthologues à l'hypothèse d'un inconscient qui contiendrait ce qu'il n'est pas possible d'enclaver dans le Moi en fonction des capacités du sujet. Est-ce compatible avec la clinique du traumatisme ?

De même que Dejours a repensé le statut de l'inconscient dans la maladie psychosomatique, le travail avec la clinique du traumatisme amène à repenser le statut de l'inconscient. Dejours admet bien qu'il n'y ait pas que du sexuel dans l'inconscient. Il crée pour cela un deuxième inconscient qu'il nomme « amental » car ne contenant pas de pensée et étant le résultat de la violence parentale interdisant justement la pensée face aux tentatives de jeu de l'enfant quand elles touchent une part fragile du parent. Nous ne pouvons souscrire à cette vision pour les raisons exposées plus haut, à savoir que l'inconscient contient bien aussi du traumatique non sexuel et qu'il n'a pas raison d'être clivé du reste de l'inconscient parce qu'il concerne aussi les expériences insupportables qui émaillent au fur et à mesure l'existence de chacun. Le retour du refoulé, pendant une analyse, ne concerne pas que du sexuel. On « retrouve » aussi d'autres blessures ou événements pénibles dont on avait oublié qu'ils avaient existé ou dont on avait oublié l'importance.

Si l'on admet que l'inconscient ne contient pas que du sexuel, il se peut alors que des déconvenues dans le registre de l'attachement puissent former une névrose, au même titre que l'hystérie et l'obsessionnalité. Pour que cela soit possible, il faudrait pouvoir disposer d'un ensemble cohérent de signes, d'un faisceau d'indices sur la constitution de l'entité, d'une prédominance des traits narcissiques au détriment des névroses hystérique et obsessionnelle, c'est-à-dire que les traits narcissiques effaceraient les excès des autres névroses, et enfin une possibilité de mosaïque entre les différents caractères (hystérique, obsessionnel et narcissique) qui soient une composition plutôt non pathologique et stable.

Nous savons qu'une telle hypothèse n'est pas conforme aux concepts de la psychosomatique qui propose que les personnalités les plus stables, qui somatiseraient le moins, seraient les névroses pures d'hystérie et d'obsession, mieux encore les psychoses. Nous y reviendrons par la suite mais on ne peut réfléchir sur ce thème sans être frappé par l'évidence d'une telle hypothèse à partir du corpus de connaissances apporté par le test Thematic Aperception Test (TAT). Ce test projectif,

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

très courant, permet effectivement d'avoir un aperçu des différentes composantes hystérique, obsessionnelle, narcissique et psychotique d'un sujet. Nous l'employons régulièrement en premier cours de psychologie pour les ostéopathes, cela leur permet de s'y reconnaître, d'être sensibilisés tout d'un coup à ces composantes en eux afin de ne pas commencer cette étude de la psychopathologie avec des *a priori* négatifs sur telle ou telle névrose. Les résultats semblent montrer que l'immense majorité des étudiants, qui ne sont pas trop pathologiques nous semble-t-il, montre une mosaïque plutôt harmonieuse et stable, avec sans doute peu d'hystérie et un certain équilibre entre l'obsessionnalité et le narcissisme.

L'adoption de la seconde topique a contribué un peu plus à sortir le traumatisme de l'inconscient. Cela exclut bien trop la réalité extérieure selon nous. Ex : il se peut que je sois traumatisé parce que j'ai mal réagi lors d'un accident (seconde topique utile), mais il se peut aussi que je n'ai pas pu assimiler ce qui m'arrivait : j'étais sur le trottoir et je retrouve mes esprits quelques instants après, allongé au sol, sans aucune représentation de ce qui s'est passé alors que je viens d'effectuer un vol de 15 mètres dans un accident de la voie publique. Là la première topique est plus utile car je n'ai aucun jugement à porter sur moi en ce qui concerne cette question. Il n'y a pas de conflit à traiter pour venir à bout du traumatisme.

Ainsi, pour ce qui est du traumatisme d'origine externe, du traumatisme qui n'est pas dû à un conflit mais à un événement trop pénible, un événement qui est si perturbant qu'il provoque une incapacité pour un organisme de le prendre en compte dans son entièreté, la première topique semble plus appropriée. On y retrouve le préconscient et le conscient qui ont été mis du côté du principe de réalité et de l'autoconservation. C'est une construction qu'on retrouve plus volontiers sous la plume des auteurs qui parlent de psychosomatique. L'ouvrage « Épître à ceux qui somatisent » de Roseline Debray et bien d'autres s'interrogent volontiers sur le préconscient qui revêt une importance singulière en psychosomatique. Notre propos s'oriente en ce sens.

Il nous paraît difficile de quitter ce chapitre sur l'inconscient sans mentionner quelques points importants concernant l'abréaction. Ce processus qui était si fameusement apprécié par les guérisseurs des hystériques, n'est plus guère en vogue auprès des psychologues contemporains. Est devenue célèbre l'histoire de quelques hystériques qui guérissaient régulièrement à la Salpêtrière par l'octroi de quelque argent, elles n'étaient pas qu'abusées d'elles-mêmes par l'hystérie mais abusaient bel et bien leur monde. Cela ne signifie pas qu'il n'y eut pas d'authentiques retours à la santé par ce moyen. Des paralysées ont remarché. Il nous semble qu'il est aujourd'hui possible de faire un distinguo qui n'était peut-être pas encore facile à cette époque : il se peut qu'il y ait une différence notable entre un traumatisme par conflit et traumatisme par événement inassimilable. Aujourd'hui on peut dire avec un assez grand consensus qu'un conflit a peu de chances d'être résolu par décharge d'affect (qui n'est qu'un signe de trop-plein, voire un discours par le corps adressé à un tiers), mais qu'en revanche une abréaction dans le cas du traumatisme d'origine exogène montre que tout ce qui est en amont a été psychiquement travaillé et libéré. Cela pourrait même être un signe irréfutable de la réalité du travail psychique effectué.

Dans le conflit, l'abréaction est une décharge qui ne mène à rien, dans le traumatisme exogène, c'est un aboutissement de nombreux processus. C'est la raison pour laquelle Freud développe la notion de perlaboration, cette reconstruction du mythe personnel et familial après qu'une hypothèse de cause a été validée par tâtonnement ou réalisation soudaine en découverte authentiquement assignable à la reconstruction de son histoire personnelle. Ce serait le passage si bénéfique de l'abréaction à la catharsis... ô combien nécessaire dans les cas de conflit intra ou inter-psychique, et sans objet particulier dans le traumatisme exogène. L'état qui succède à cette crise émotive est très significatif. Dans l'abréaction bénéfique, le sujet est certes remué mais surtout détendu, soulagé d'une tension importante. Dans le cas d'un débordement, la tension résiduelle reste forte et l'événement n'est pas vraiment soulageant.

Pour conclure ce premier point, retenons quatre propositions :

1/ Le retour du refoulé de l'inconscient traumatique ne produit pas souvent des données afférentes au registre sexuel. Ce qui est touché serait la sécurité intérieure, l'assise narcissique qui a été construite à partir de la qualité du développement harmonieux du corps et de la psyché grâce à la qualité des liens primaires et du pare-excitation précoce et spécifique produits par le milieu infantile.

2/ Quand cette sécurité de base n'a pas été construite, la personnalité du sujet montre une insuffisance des assises narcissiques qui aboutirait à une personnalité narcissique. Cette personnalité pourrait être aussi spécifique et déterminante des modes d'adaptation au monde que les personnalités hystériques et obsessionnelles, ainsi que le propose le TAT.

3/ Si on adopte cette classification, on peut dès lors observer que ces personnalités narcissiques sont les plus susceptibles de somatiser et de souffrir d'ESPT après un traumatisme actuel important. Pour ces névroses actuelles, selon nous, la somatisation n'est pas alors un défaut de mentalisation et pas davantage une difficulté à passer du corps souffrant au corps érogène. C'est un défaut de confiance en soi, en l'autre, dans la protection des Dieux ou dans la justice immanente de la vie. Cela succède à un excès de confiance dans une possibilité de vie clémente pour les personnes « bien », une impossibilité à concevoir qu'il y a des choses dures qui vont aussi arriver aux gens bien. Cette confiance aveugle est souvent une position infantile d'enfant obéissant et n'encourant pas la punition parentale ou un non-renoncement à la toute puissance personnelle, familiale, clanique ou d'êtres surnaturels protecteurs. Au fond, c'est un manque de sécurité intérieure qui a rendu le sujet fragile et incertain, difficilement capable de garder une consistance intérieure quand la vie est déstabilisante. C'est un manque de connaissance de soi qui repose sur le peu d'importance accordée par le milieu éducatif aux besoins spécifiques de l'enfant. L'apparente bonne adaptation peut implorer et révéler un vide, un faux-self où la douleur autant que l'événement traumatisant peuvent devenir un repère identitaire.

4/ La meilleure définition de l'inconscient serait alors la non possibilité du Moi à enclore l'expérience traumatique. Le clivage aurait lieu dans le Moi mais l'inconscient ne serait sans doute pas épargné de zones interdites où il est difficile d'approcher sans malaise.

Avant de nous pencher sur la façon dont le corps somatise, reprenons quelques définitions sémantiques qui vont nous aider constamment au long de notre lecture de la clinique.

## 2. Le corps en psychologie

Cette étude se voulant délibérément être un pont entre des professionnels d'horizons variés, nous devons ici demander toute l'indulgence nécessaire à tous les « pys » (que nous ne savons pas comment appeler sans tout alourdir) tout autant que nous demandons bonne volonté et patience pour les concepts psy aux « ostéopathes », aux « neurologues », aux « physiologistes » et aux « biologistes ». Nous ne pouvons reprendre que quelques définitions, quelques concepts, mais ce souci de clarté n'est sans doute pas préjudiciable, même dans le champ de la psychologie.

### 2.1. Quelques repères sémantiques

Nous empruntons ces définitions de termes à R. Steichen<sup>21</sup> :

- Le terme de **corporéité** désigne l'ensemble complexe, mais unitaire, des manières d'être et d'avoir un corps qui, paradoxalement, n'est pas toujours celui perçu par autrui.
- La notion de **schéma corporel** apparaît en 1905 comme la simple projection spatiale des stimuli périphériques sur le cortex cérébral. Schilder y opère une tentative d'introduction de la conscience, ce qui rend possible la dialectique d'un « moi » corporel et d'un « moi » psychique telle que Federn l'a produite.
- La notion de **corps vécu** : dans la perspective phénoménologique, centrée sur la relation du sujet au monde, le corps reçoit une dimension relationnelle, dans laquelle s'opère un dépassement de l'opposition simpliste d'un « intérieur » et d'un « extérieur ». Participant à la fois de l'objet (« j'ai un corps ») et du sujet (« ce corps est moi »), le corps devient une probabilité de déploiement du sujet. Cette notion a été plus récemment développée dans sa relation à la spatialité et à la temporalité, ce qui produit chez von Weizsäcker<sup>22</sup> la notion d'un corps vivant (au présent), lequel serait un carrefour entre la perception (passé immédiat) et le mouvement (futur immédiat). On y revalorise au passage la physiologie, la biologie et le sujet pensant.
- **L'image du corps** est inconsciente, hors espace et hors temps ; elle désigne le corps comme articulation dynamique de zones érogènes. La primauté de la sexualité reconnue en psychanalyse comme fondant la relation à soi et à autrui caractérise le corps sexué comme lieu par excellence de la communication. L'imaginaire et le fantasme y sont prépondérants. C'est le fantasme qui « résiste » au traitement

---

<sup>21</sup> Steichen, R. (1972). La notion de « corporéité » dans le vécu de l'hypocondriaque. *Acta Psychiatrica Belgica*, 72, 366-381.

<sup>22</sup> Von Weizsäcker, V. (1939). *Le cycle de la structure*. Paris : Desclée de Brouwer.

psychanalytique ; il possède une fonction structurante. L'image du corps est nécessaire à la mise en scène des pulsions, de leurs investissements auto- ou alloérotiques, et des défenses. Les charges affectives reportées sur les zones érogènes , ou devenues érogènes, sont éminemment mobiles et répondent aux mécanismes fondamentaux de l'inconscient : le déplacement et la condensation. C'est le jeu des investissements libidinaux qui, d'après la prévalence relative des zones érogènes, structure l'image du corps. Le déplacement et la condensation permettent précisément de parler de phases orale, anale et phallique selon la zone investie libidinalement. Il existe un lien dialectique entre la libido reportée sur le moi-corps, d'une part, et la libido d'objet, d'autre part : au plus les objets extérieurs sont investis, au moins c'est le cas du moi-corps. C'est ce qui sous-tend sur le plan de l'inconscient, l'expérience clinique (sur le plan phénoménologique) du silence corporel : « au plus je m'occupe du monde, au moins je m'occupe de mon corps. »

- Il convient d'articuler **ces trois aspects de la corporéité**, aucun n'étant supérieur à l'autre. Il est nécessaire pour cela de mettre en mouvement le schéma corporel. Ceci est possible
  - Par l'activité vitale du cerveau : « le schéma corporel est lié au fonctionnement des cellules nerveuses individuelles, d'une part, et plus particulièrement à leur synchronisation, d'autre part/ [...] Le fonctionnement vital se traduit par des bouffées de synchronisation d'activité neuronales individuelles, asynchrones au « repos ». »
  - Par l'observation du sujet vivant qui permet de mieux saisir le dynamisme interne du schéma corporel. Lié à la biographie, le « schéma », loin d'être donné d'emblée, s'élabore en un long développement conditionné par des facteurs aussi bien organiques (maturation fonctionnelle du système nerveux) que par des expériences vécues individuelles.

Ces éléments de vocabulaire nous rappellent notre premier aperçu de la phénoménologie au sein de l'ostéopathie. Nous retrouvons la présomption que le corps pris en compte par l'ostéopathie est principalement celui du corps vécu. Cela n'exclut pas les dimensions de schéma corporel qui concernent plus spécialement les dysfonctions organiques, ni l'image inconsciente du corps quand les troubles sont issus d'une névrose infantile. Néanmoins nous allons voir qu'arriver à clarifier cette position n'est pas facile. Il nous semble en effet que les découvertes freudiennes, si elles ont été fondamentales, ont longtemps égaré bien des psychologues sur la piste du sexuel et qu'il est aujourd'hui encore très difficile d'échapper à ce sillon tracé dans la pensée autour du corps et de la somatisation.

## 2.2. Le processus de somatisation selon Freud

Le statut du symptôme somatique a traversé un siècle, lui aussi. D'abord, nous l'avons vu, Freud a extrait le symptôme hystérique du champ du somatique pour le soutirer du champ de l'héréditaire et du médical parce qu'il répondait à une représentation familière et non à un trajet nerveux. C'était un grand progrès pour traiter les paralysies et les cécités hystériques, il faut s'en souvenir. Mais ces symptômes, eux aussi, changent d'un siècle à l'autre, de façon évidente puisqu'ils sont le résultat, à notre insu, de nos représentations familières. A titre d'illustration, à l'origine du chemin de fer, des pathologies sont apparues qu'on croyait dues à la « vitesse » des déplacements ! Elles ont bien sûr peu à peu disparu.

Qu'en était-il du symptôme hystérique qui a été nommé alors « conversion » ?

Quand Charcot traitait en public dans l'amphithéâtre de la Sorbonne ces femmes hystériques paralysées, il les « endormait » par hypnose, leur demandait de se souvenir de ce qui avait causé leur paralysie, écoutait leur récit, puis leur demandait d'oublier. Elles racontaient sous hypnose un événement traumatique et sortaient de leur sommeil hypnotique libérées de leur paralysie et toujours ignorantes du passé traumatique. Quand on méconnaît l'hystérie, on ignore que dans la paralysie hystérique le sujet est incapable de bouger même devant un risque de mort imminente. Il ne peut pas savoir que c'est une représentation familière qui cause la paralysie et n'a aucun pouvoir sur elle par volonté ou raison. Le conscient n'a pas prise, d'où l'expression de Freud : « le moi n'est pas maître en la demeure ».

Le paradoxe tient en ce qu'il faudrait à la fois se souvenir (elles seraient malades d'amnésie) et oublier (elles seraient malades de ne pouvoir oublier). Ce trait est commun à la névrose traumatique. Ce dont les patients souffrent, c'est d'un passé auquel la mémoire n'a pas accès et qui pourtant – par conséquent ? – ne peut s'oublier.

A cette époque, Freud n'en a pas fini encore avec sa neurotica. Ce qu'il entend, ce sont bien des traumatismes réels qui sont bel et bien arrivés dans la vie des patients. Il apprend de la bouche des patients la cause traumatique non perçue comme telle, ou oubliée, ou impossible à mettre en lien spontanément. Et... ces traumatismes sont, dans leur majorité, des traumatismes sexuels. Ainsi naît le pansexualisme de Freud. Et il y a une logique à la floraison du traumatisme sexuel dans la vieille et conservatrice Vienne : la sexualité à cette époque est tant réprimée en Autriche et dans le grand Occident que le simple désir sexuel féminin est synonyme de mauvaises mœurs dans la représentation sociale d'alors.

Freud conçoit bien cela : pour qu'il y ait traumatisme dans la représentation du sujet, il fallait que l'idée, naturelle au demeurant, soit en contradiction avec l'acceptable social, finalement avec la représentation qu'on a, c'est-à-dire avec l'instance psychique qui sert de censeur : le surmoi. C'est ainsi que naît la notion de traumatisme par représentation psychique plutôt que par événement extérieur.

Derzelle<sup>23</sup> explique : « Si on peut cependant considérer que Freud prend ses distances par rapport au corps, c'est bien conforme à ce qu'il introduit alors, à propos de l'hystérie justement, par le mécanisme dit de conversion, définie « comme une transposition d'un conflit psychique dans des symptômes somatiques » (Laplanche et Pontalis, 1968). Ce que cette notion implique est que ce dont souffre l'hystérique, ce n'est pas tant de réminiscence que d'une incapacité à l'élaboration psychique d'une représentation traumatique, puisque c'est cela qui, selon Freud, ne laisse plus alors d'autre issue que, justement, de *conversion vers le corps*. C'est donc faute d'avoir pu produire une élaboration adéquate, c'est-à-dire psychique, d'un ensemble de représentations, d'un complexe lié au désir, au sexuel, que s'en effectue la *rétroversion à même le corps*, qui se manifeste dans la symptomatologie corporelle. *Le corps* ne vaut en somme que *du côté du symptôme*. Cela témoigne bien, en tout cas, de ce qu'est censée être pour Freud la directionnalité du sexuel, à savoir vers le *psychique*. [...] Cela implique une prise de position, de position de principe par rapport au corporel qui assigne à celui-ci une destination psychique : le *corporel* ne vaut que pour autant qu'il (en) soit *traité psychiquement*. La preuve clinique en étant que lorsque le mouvement est orienté à rebours, dans l'hystérie, cela n'est repérable, manifestement, qu'au titre du symptôme, dans la conversion. *Le corps* est en somme toujours *du côté du régrédient*, comme s'exprime Freud. Ce qui ramène au corps est toujours épinglé du côté du régressif péjoratif, ainsi que l'a très bien repéré Ricoeur (1965), le corps n'étant mis en avant que là où il y a du *symptôme*, par défaut de métabolisation mentale, élaboration, symbolisation par (et pour) le psychisme. »

Le symptôme du corps, pour Freud, exprime une représentation traumatique que le sujet ne peut élaborer. A défaut d'élaboration psychique, l'hystérique exprime son symptôme par son corps. Il faut encore noter que le corps ne souffre point du symptôme : « Les déplacements de quantités d'excitations, les substitutions d'éléments, les compromis entre instances ne concernent que l'appareil psychique. Avec la conversion hystérique on étend le champ de la substitution au corporel, mais dans la limite du fonctionnel et du musculaire, plutôt comme un semblant, voire un faux-semblant. »<sup>24</sup>

Comme le rappelle Derzelle, selon Freud, le corps « s'offre comme *prêt-à-porter du sens* », pour Lacan, la signification est très rapprochée, « le corps est soumis à la passion du signifiant ».

### 2.3. Le processus de somatisation selon Lacan

Enchaînons donc avec la vision lacanienne. « Depuis Freud, on considère que le corps est tributaire du verbe ; c'est-à-dire qu'il paye le tribut d'être pris dans une représentation mentale. Il n'y a rien d'humain hors langage, quelle que soit la forme culturelle où circule ce langage. Le corps et le symbole sont intriqués *a priori*, dès le « rêve d'enfant », bien avant son advenue à la parole. C'est le message freudien, repris et étendu par Jacques Lacan, plus tard, sous la formule du corps traversé par le

<sup>23</sup> Derzelle, M. (2003). De quel corps parle-t-on ou le corps : c'est à quel sujet. In E. Ferragut. *Le corps dans la prise en charge psychosomatique*. (p. 19). Paris : Masson.

<sup>24</sup> Mazeran, V, & Olindo-Weber, S. (2003). Corps, langage et transfert . In E. Ferragut. *Le corps dans la prise en charge psychosomatique* (p. 39). Paris : Masson.

signifiant. Ca veut dire quoi ? Ca veut dire que, dès l'origine, le langage traverse le corps et rompt sa plénitude organique, provoquant une insaturation, une disjonction, dans l'adéquation (biologique) animale du besoin avec la satisfaction du besoin. Le corps humain est un corps pulsionnel, ce qui signifie qu'il n'y a de corps, au sens humain, qu'à partir de l'incorporation du langage au sein du biologique. Le corps est un *être parlant*. L'objet de la psychanalyse, c'est tout l'enjeu du pulsionnel. Or, l'enjeu du pulsionnel consiste à déborder toujours la satisfaction du besoin ; c'est-à-dire qu'au-delà de la satisfaction relevant du principe du plaisir il y aura toujours un au-delà du plaisir, il y aura toujours un *autre-chose* que visera à atteindre la pulsion et qu'elle ratera chaque fois. De ce préalable conceptuel, il résulte que, pour la psychanalyse, le corps, en tant que corps pulsionnel, ne sera jamais un corps plein, un corps de coïncidence, mais il sera marqué par un hiatus fondamental, autrement dit par une discordance interne avec lui-même. Ce qu'il ne faut pas confondre avec une autre discordance plus évidente, c'est-à-dire la discordance externe avec l'environnement. Toute la problématique du symptôme va consister à comprendre comment le sujet va se débrouiller, se défendre, se construire à partir de cette discontinuité de base. Nous rencontrons toutes sortes de stratégies défensives : l'évitement, la dénégation, la reprise sans cesse renouvelée de ce vécu de discontinuité interne – certains s'effondrent, s'abîment, transforment le hiatus en gouffre pour la raison – d'autres encore passeront leur vie au bord de ce gouffre, posant inlassablement la question de son existence, « pourquoi ce vide en moi ? », et mobiliseront leur énergie défensive sur le terrain de la réalité objective pour s'étayer au bord de ce vertige. Quoi qu'il en soit, on peut s'attendre à ce que chacune de ces stratégies fasse intervenir le corps d'une façon spécifique. »

Ainsi, dans la vision lacanienne, on regarde la pulsion venir remplir ce vide dans un pousse-à-jouer et le corps prendre la parole pour symboliser ce que l'individu n'aura pas pu symboliser autrement. Des exemples célèbres amènent à jouer du langage du corps comme du langage verbal, mettant un problème de « genou » au compte d'une problématique « je-nous ».

Ces auteurs lacaniens sont amenés à nuancer cette position quand ils envisagent le champ de la psychosomatique. « En ce qui concerne la psychosomatique, cette construction ne recouvre pas la clinique. Dès lors, il est simple de récuser la pathologie psychosomatique en tant que symptôme névrotique, c'est-à-dire en tant que symptôme résultant d'un conflit entre instances de l'inconscient au conscient. »

Mazeran et Olindo-Weber semblent s'inquiéter de l'expulsion du symptôme psychosomatique du champ de la névrose : « bien plus, certains voient de la forclusion dans la lésion psychosomatique, la rapprochant dangereusement de la psychose. (Ce qui n'exclut pas, bien évidemment que les psychotiques puissent produire des maladies somatiques.) »

Le « symbolisme du corps » dans le symptôme psychosomatique n'est-il que la défaite du symbolisme : un corps symbolisant la dé-symbolisation ? Exclu du texte de son discours, le sujet se rendrait-il présent dans son corps, par carence de voies imaginaires ? C'est oublier que le corps est un organe de connaissance qui, dans le fonctionnement pragmatique du discours, participe à la proposition symbolique et si le sujet s'y présentifie, c'est que le présent est son temps d'existence et que la



modalité pragmatique est sa base essentielle. Ce n'est donc pas par défaut que le sujet se manifeste dans le symbolisme du corps mais parce que son renforcement est devenu nécessaire et prioritaire par rapport à ses relations d'objet. »

Ainsi le symptôme somatique semblerait dicté par un problème de narcissisme. Le corps requerrait de l'attention du sujet afin que celui-ci se reprenne une place nécessaire d'attention. Cette vision est plutôt compatible avec notre expérience, nous y reviendrons ultérieurement.

#### 2.4. Le processus de somatisation selon la psychosomatique

Voyons maintenant la vision de l'école de psychosomatique. Là encore, les théories sont plurielles. Reprenons la méta-analyse de Dejours ainsi que sa proposition.

Selon lui, la question du choix de l'organe est absurde d'abord pour tous les praticiens de la santé parce que le point d'impact des maladies somatiques résulte de causes extérieures au sujet. Ensuite cette question est insolente car « la décompensation somatique témoignerait de la faillite des possibilités représentatives et symboliques ; du débordement des capacités de liaison et de perlaboration ; de l'impasse, en d'autres termes, de la « mentalisation de l'excitation [ Marty P. *La mentalisation*, Paris, les Empêcheurs de penser en rond, 1994.] » de sorte que si la décompensation, c'est-à-dire la *crise* psychopathologique, répond à un déterminisme psychique, et si la forme somatique de la symptomatologie, plutôt que délirante ou névropathique, ressortit aussi à des déterminations psychiques, en revanche le chemin emprunté par la maladie, dans le corps, est psychologiquement indifférent et ne résulte que de déterminations biologiques objectives. Dans cette conception toujours, il n'y a donc pas de choix de l'organe, ou, ce qui revient au même, le symptôme somatique et sa localisation n'ont pas de sens : « le symptôme somatique est bête » dit Michel de M'Uzan<sup>25</sup>.

Dejours évoque quelques analystes qui appartiennent au dernier « carré des grognards de « l'effet y'au de poêle<sup>26</sup> » qui pourraient par exemple prétendre que la migration d'un calcul venant obturer un canal cholédoque serait liée au « mauvais calcul » évoqué par cette patiente pendant sa séance. Dejours évoque ensuite un long débat passionné sur les rapports entre conversion hystérique et symptôme somatique qui s'est conclu sur le déficit de sens du symptôme somatique. Pourtant il estime qu'on ne peut clore définitivement le débat et il donne quelques conseils à ceux qui souhaiteraient introduire une autre conception.

1. limiter la conception à un corpus doctrinal particulier
2. soumettre la théorie à l'épreuve de la clinique
3. juger sa cohérence théorique avec la doctrine
4. juger sa pertinence face à certaines situations cliniques
5. juger ses avantages et inconvénients par comparaison avec la théorie de la bêtise du symptôme somatique.

<sup>25</sup> Marty, P. de M'Uzan, M. David, C. (1963) *L'Investigation psychosomatique*, Paris : PUF,.

<sup>26</sup> George F. (1979) *L'Effet y'au de poêle*, Paris : Hachette

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

Dejours élabore quant à lui une théorie du choix de la fonction. Reprenons l'essentiel de sa thèse. L'expression « subversion libidinale » étant obscure pour les ostéopathes, nous reprendrons extensivement son explication. « La thèse du choix de l'organe implique la référence à la théorie de la *subversion libidinale* de la pesanteur biologique (ou encore d'une part de l'énergie des fonctions d'autoconservation) et à la thèse complémentaire de la construction du deuxième corps (ou corps érotique) à partir du corps physiologique. C'est le corps érotique qui serait mobilisé dans l'agir expressif adressé à autrui. Avec des limites à cette mobilisation qui tiennent à l'inachèvement et aux lacunes dont ce corps érotique est plus ou moins profondément meurtri. Dans cette conception, les failles du corps érotique sont héritières de l'histoire des relations entre l'enfant et ses parents. En d'autres termes, la subversion libidinale du corps physiologique, pour faire advenir le corps érotique, serait captive de la capacité des parents à *jouer* avec le corps de l'enfant sur les différents registres possibles de l'agir expressif. Jouer avec le corps, avec les fonctions du corps, cela suppose la liberté psychique et expressive des parents. Les registres sur lesquels ces derniers ne peuvent pas jouer (soit parce qu'ils sont froids, insensibles et non sollicitables, soit parce qu'ils sont trop excitables et angoissés lorsqu'ils sont invités par l'enfant sur ce terrain de jeu et qu'ils y réagissent alors par la violence) laissent des traces durables sur le corps de l'enfant. Ces dernières prennent la forme d'impotences partielles, spécifiques, à mobiliser le corps au service de l'agir expressif dans l'intersubjectivité ; ou encore elles sédimentent sous forme de limitations à l'usage de soi dans la dynamique intersubjective, dans l'expression des divers registres affectifs et érotiques.

Le registre d'usage du corps forclos du commerce intersubjectif serait donc lié à l'échec d'un processus de subversion portant sur la *fonction* et non sur l'*organe*.[...] La maladie somatique se logerait dans un ou plusieurs organes, non pas au hasard dans le corps, mais dans la stricte mesure de leur implication dans la fonction biologique exclue de la subversion libidinale. » L'organe ne serait finalement que la cible terminale d'une fonction selon Dejours. Seul l'empêchement de la fonction aurait un sens et serait déterminé par les avatars de l'histoire de l'érogénisation du corps. Par exemple, ce ne serait pas le poumon qui serait la clé du trouble érogène et le symbole expressif, ce serait la fonction. Ici le trouble de la fonction respiratoire viendrait illustrer les propos de la patiente : elle manque d'air à cause de la présence intrusive de l'autre. Quant à la gravité du trouble, qu'est-ce qui déciderait que la pathologie soit une pneumonie ou un cancer du poumon ? L'importance du trouble, c'est-à-dire le processus physiopathologique ne serait pas choisi en revanche. Il serait « dicté par le génotype ». La décompensation somatique exprimerait le génotype en phénotype. Seules certaines maladies seraient possibles chez un sujet donné, à l'exclusion de certaines autres.

« La décompensation surviendrait lorsque, dans la dynamique intersubjective, l'autre viendrait demander au sujet quelque chose qui l'obligerait à mobiliser la fonction proscrite. En résulterait chez le sujet (confronté à son impuissance, sa frigidité, sa rigidité ou sa paralysie) l'activation d'une *violence compulsive réactionnelle* (de sauvegarde contre la crainte de sentir le vide en soi) vectorisée contre l'objet fauteur de trouble, mais qui, barrée par l'inhibition, déclencherait la décompensation.

(« inhibition » doit ici être entendu au sens trivial du terme. Le processus en cause dans cette inhibition est lui-même à discuter. Il ressortirait spécifiquement à la répression – *Unterdrückung* –, sans laquelle il n’y aurait pas de décompensation somatique. »

Ainsi Dejours pour expliquer un symptôme additionne les causes génétiques, les causes psychologiques (fonction proscrite, violence réactionnelle et son inhibition) et enfin les causes organiques, ici la consommation du tabac.

#### 2.4.1. Le sens du symptôme

Le symptôme, même fonctionnel, ne serait pas décodable autrement que dans le transfert : « cette théorie du choix de la fonction ne donne pas, *ipso facto*, accès à une « clé du sens des symptômes » (de la même façon qu’il n’y a pas de clé des songes). En effet, la plupart des organes ou des viscères sont impliqués dans plusieurs fonctions. [...] La signification de la localisation pathologique ne peut être obtenue que de la parole du patient, par les associations qu’il parvient à livrer à l’analyste dans le transfert sur le registre expressif qui est sollicité et met le Moi corporel en déroute. »

Nous avons aussi eu l’occasion d’observer ce phénomène. Nous croyons pouvoir ajouter quelques nuances : la parole du patient articulée à son histoire permet de saisir, parfois mais pas toujours nous le verrons ensuite, la raison ou le sens du symptôme. Il y a deux façons d’interroger le pourquoi d’une somatisation : le *why* et le *what for*. Nos amis anglais nous dépassent dans cette subtilité. Quelquefois l’histoire ne permet pas de donner un sens au symptôme, même elle semble plaider pour une absence de sens : ce sont par exemple les décompensations de fatigue au début des vacances ; elles expriment rarement l’envie de ne pas partir en vacances mais plutôt le relâchement des tensions trop longuement tenues ; l’histoire, en revanche, permet souvent de comprendre pourquoi ça se passe à ce moment-là.

Parfois aussi, les tissus du patient nous mettent sur la voie du lien psychique plus aisément que la parole. Par exemple, quand le psychisme ne sait pas dans quelle direction chercher, le corps peut donner des indices. Cela tendrait à nous faire accepter que le corps est effectivement un être de langage. Ce qui nous déconcerte plutôt, c’est la restriction qui est ajoutée à cette hypothèse, car elle ne correspond pas à notre expérience : pourquoi serait-ce un langage du vide (selon Lacan) ou du sexuel (selon Freud) seulement ?

#### 2.4.2. La mentalisation

Selon Dejours, si le corps est dans une expression du psychisme, c’est dans son habituelle façon de « précéder » la mentalisation. « Que devient le concept de « mentalisation », dans cette perspective ? Il ne s’agit plus seulement des processus de liaison intrapsychique de l’excitation et du traumatisme, ni seulement de l’intériorisation, mais de la façon dont le corps (la corporéité) est engagé dans ces processus. En amont, l’agir expressif est héritier de la subversion libidinale, qu’il récapitule et met itérativement à l’épreuve de l’intersubjectivité. Mais en aval, l’agir expressif est parfois en avance sur la formation ou la conceptualisation de l’intention (ou de la motion pulsionnelle), ou, pour le dire autrement, l’agir expressif fraye la voie à la figuration de ce qui, ultérieurement, s’offrira à l’élaboration et à la

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

symbolisation. C'est donc au-delà de l'agir expressif que s'achève le processus de mentalisation en tant que symbolisation et réappropriation de l'intentionnalité. Mais, et c'est le point le plus important dans cette conception, *le processus de mentalisation part du corps* ; il est d'abord corporel. »

Cette conception de Dejours est pour nous très importante, non pas que nous la partagions complètement, mais parce qu'enfin elle soulève le joug de la déconsidération du symptôme somatique. Si le corps précède le psychisme, cela voudrait dire qu'on ne peut pas accuser un sujet qui somatise d'avoir une mauvaise mentalisation puisque le corps parlerait « avant » le mental. Quel est l'enjeu ?

Il est important de comprendre qu'à poser l'hypothèse que le sujet hystérique serait incapable de résoudre son conflit psychique, il ne faut pas être catalogué hystérique. Puis comme l'école de Psychosomatique a détourné cette genèse du symptôme de l'hystérie vers le symptôme psychosomatique, il ne faut pas davantage somatiser ou montrer qu'on somatise. Or, notre expérience montrerait que tout le monde somatise, ou peut somatiser, voire est susceptible de déclarer une maladie grave. Voir à ce sujet la vignette clinique de l'ami psychanalyste. Or il n'y a pas pire psychopathologie qu'une théorie qui introduit implicitement ou explicitement des jugements de valeur entre telle ou telle pathologie. C'est éthiquement inconcevable, dangereux car cela condamne au silence bien des malades qui seraient considérés coupables de mauvaise volonté par le corps médical, voire par la société, et enfin parce que ce sont de tels critères qui ont conduit en droite ligne jusqu'à la Shoah.

A n'avoir pas le droit de somatiser sous peine de paraître incapable d'élaboration mentale, bien des psys sont morts de cancer dans la solitude la plus absolue. Est-ce concevable ?

Il est décidément indispensable d'extirper tout jugement de valeur dans le champ de la pathologie. Personne n'est ni responsable ni valeureux d'avoir reçu un patrimoine génétique, d'être né dans l'environnement qui fera exprimer ou non certains gènes, d'avoir la chance de recevoir des enseignements ou non, de vivre des traumatismes de deuil ou sexuel précoces, d'être maltraité ou d'avoir un ascendant alcoolique, pauvre, émigré ou illettré.

La conception de Dejours - le corps comme précurseur du psychisme - rejoint en partie notre opinion et notre clinique. Nous pensons particulièrement aux symptômes des nourrissons et des petits enfants qui montrent jusqu'à un certain stade d'évolution psychique que l'action précède la parole, la pensée et même la prise de conscience de la difficulté rencontrée.

Ce concept est en accord avec l'hypothèse de Mucchielli d'attitudes affectivo-motrices où<sup>27</sup> « le mouvement est directement expressif du vécu » et aussi celle de Félix Deutsch<sup>28</sup> selon laquelle « les attitudes posturales reflètent ou se substituent... précèdent ou accompagnent... l'expression verbale du matériel inconscient. »

Nous ne pouvons pas, dans ce débat, éluder la névrose traumatique. Dans ce cas, la somatisation est plus longue, voire elle apparaît après un long délai., après qu'un mouvement psychique a eu lieu. Un exemple démonstratif est fourni par une victime

---

<sup>27</sup> Mucchielli, R. (1965). *Introduction à la psychologie structurale*. Bruxelles : Charles Dessart. p.260.

<sup>28</sup> Ibid. p. 261

de tentative de viol qui se remet progressivement de son traumatisme jusqu'au moment où elle apprend, à l'occasion de l'instruction judiciaire, qu'une des victimes a été tuée. Dans le traumatisme, on ne peut éviter de penser l'après-coup. Ici, le corps est bien « envahi » par quelque chose du psychisme, il en subit la loi et les effets dans un sens régrédient.

Ainsi selon notre conception, le corps est précurseur de la construction des capacités mentales mais parfois la psyché est prédominante et agit dans un sens régrédient. Pour nous le corps existe hors le symptôme et est fondamental dans la genèse de l'apprentissage du bien-être, mais il est aussi lieu d'expression par le symptôme.

#### 2.4.3. Les maladies psychosomatiques

Nous ne pouvons clore ce chapitre de la vision psychosomatique sans évoquer une conception qui détenait une place de choix lors de nos études. Certaines maladies particulières étaient étiquetées comme maladies psychosomatiques au détriment des autres. Étaient incluses, dans ce contingent des pathologies telles l'eczéma, l'asthme, les allergies, etc.<sup>29</sup>.

À l'Institut Psychosomatique de Paris, d'autres maladies ont été ajoutées dans cette liste, tels la maladie de Crohn et certains cancers. Dans ce haut lieu d'étude du lien corps/psyché, des tentatives ont été faites pour trouver des éléments capables de prédire si une tumeur mammaire serait cancéreuse ou non en fonction du fonctionnement psychique de la femme atteinte. L'étude très sérieusement menée a conclu que les éléments retenus comme prédicteurs avaient eu une pertinence statistique : c'était par exemple la souplesse du préconscient.

D'autres comme Jean Guir, se sont surtout appuyés sur la psychogénéalogie, pour considérer qu'un cancer survenant à une date précise reprenait un événement dramatique de la vie des ascendants ou une problématique familiale douloureuse.<sup>30</sup>

Ce thème existait également dans les travaux du Dr. Ryke Geerd Hamer<sup>31</sup> qui proposait qu'un cancer éclot après un événement psychique dramatique majeur et qu'il atteint l'organe symbolisant le drame ou le conflit qui en résulte. Cette vision de la psychosomatique n'a pas été sans créer de nombreuses réactions houleuses du corps médical. Les attaques étaient surtout argumentées contre les propositions de Hamer de suspendre certains traitements anticancéreux. Mais une même protestation de l'Académie de médecine s'oppose encore à cette théorie déclinée par plusieurs autres médecins aujourd'hui, dont Claude Sabbah et Robert Guinée<sup>32</sup> entre autres bien qu'ils ne semblent pas proposer la suspension des chimiothérapies. Dans cette vision, une maladie est toujours révélatrice du même conflit. Elle serait pourvue d'une signification et elle aurait même une utilité dans l'économie non pas psychique mais biologique de l'organisme ; en revanche, elle n'aurait aucun sens relativement au transfert et ne serait pas surdéterminée par plusieurs causes.

<sup>29</sup> Sami-Ali, M. *Le corps, l'espace et le temps*. Paris, Dunod, 1993

<sup>30</sup> Guir, J. (1983) *Psychosomatique et cancer*. Paris : Point Hors Ligne.

<sup>31</sup> Hamer, G. R. (1986) *Genèse du cancer*. Chambéry : Eds. ASAC.

<sup>32</sup> Guinée, R. (2004) *Les maladies de l'évolution*. Dave (Belgique), Eds. R. Guinée.

### *3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique*

De nos jours, la médecine psychosomatique considère le problème sous un angle un peu différent. Le récent ouvrage de Baumann et Thurin montre sans conteste, par les écrits de nombreux auteurs praticiens et chercheurs, que le stress a une incidence sur la santé au minimum par le biais de trois axes : neurologique, endocrinien et immunitaire.

Notons en préambule que la médecine ne parle pas de traumatisme mais de stress. La nuance est la suivante : tout traumatisme est considéré comme un stress, il est même cotable selon son importance. Mais le stress peut aussi exister sans traumatisme. L'exemple de Seley est parlant ; les rats soumis à des températures froides n'ont sans doute pas eu de « traumatisme » au sens humain du terme, en revanche ils subissent un stress continu. Les échelles de stress, d'abord centrées sur les événements, se sont enrichies de l'impact individuel, dans le même mouvement que la réflexion de Freud. Le deuil du conjoint n'est pas cotable sans avoir l'opinion du sujet. Parfois c'est vécu comme une perte irréparable, parfois comme un soulagement. Dans les deux cas, c'est un stress, car le stress mesure à la fois la demande d'adaptation pour l'organisme et le retentissement affectif pour le sujet. Mais le stress n'est pas égal dans les deux cas de figure.

Ainsi selon la médecine dite psychosomatique, chaque fois qu'une maladie éclot dans laquelle on peut repérer un événement psychique susceptible d'induire une dysfonction de l'un de ces trois axes, elle serait consécutive pour tout ou partie à une désorganisation physiologique créée par le stress. En effet, on ajouterait volontiers la notion de patrimoine génétique où la dérégulation de gènes est susceptible d'être activée par le milieu de vie.

Ce sont alors toutes les pathologies qui devraient être prises dans le champ du psychosomatique, même s'il reste vrai que certaines pathologies se passent davantage que d'autres de support somatique. Par exemple, on trouve à ce jour peu de cause somatique à l'eczéma du nourrisson alors qu'on en trouve une précise dans le cas des maladies opportunes chez une personne contaminée par le VIH.

Ce dernier exemple nous suggère à tous d'être attentifs encore à discerner les causes des conséquences. C'est habituellement le rôle de l'anamnèse qui est toujours singulière car l'histoire de l'individu est unique et c'est le patient qui nous renseigne, en premier lieu, sur ce qu'il pense être à l'origine de son trouble.

### **3. Les modèles de la névrose traumatique en psychiatrie**

#### **3.1. La conscience et les phénomènes dissociatifs de la névrose traumatique**

Commençons par la définition simple de Krisch et Council : « il y a dissociation lorsqu'un ou plusieurs systèmes opèrent en dehors de la conscience et influencent la cognition, l'affect ou la conduite ».<sup>33</sup>

On pourrait, si l'on considère la première topique, tout aussi bien appliquer cette définition à l'inconscient freudien, à ceci près qu'on dirait qu'une dissociation est plus facilement réversible que le refoulé.

---

<sup>33</sup> Kirsch, I., Council, J. R. Correlates of hypnotic responsiveness in : Fromm, E. E. et Nasch, M. R. *Contemporary Hypnosis Research*. p. 275

Il faut néanmoins aller plus loin si on suit le Freud de l'Interprétation des rêves autant que celui de la Psychopathologie de la Vie quotidienne. En effet, la notion d'observateur caché se pose avec la même acuité et la même pertinence dans les deux cas de figure :

- ou l'inconscient est un système où les processus primaires sont non liés, ignorants des notions de temporalité, de mort et de morale,
- ou bien il est une instance dont le niveau de pensée est plus élevé et élaboré que le Moi, avec une « conscience » capable de percevoir à la fois la partie souffrante du Moi, du traumatisme et de la quantité de modifications nécessaires aux images traumatiques pour lier l'excitation sans pour autant faire échouer le rêve par un réveil de l'amygdale et donc du dormeur.

Cela mène à considérer que la conscience de soi – en tant qu'instance assurant l'unité, la continuité et l'identité du Moi – est sous-tendue par une « conscience inconsciente », toujours vigile mais rarement perçue et capable d'englober la conscience épisodique momentanée et une conscience épisodique plus large, résultant des mémoires épisodiques cumulées.

Il est incontournable d'évoquer la dissociation comme phénomène privilégié dans la névrose traumatique parce qu'elle a existé dès la première description des névroses par Janet et surtout parce qu'elle a véritablement envahi le champ du traumatisme, au point de remplacer le concept d'inconscient dans la clinique américaine d'aujourd'hui.<sup>34</sup>

Selon Janet<sup>35</sup> la dissociation désigne un « défaut de logique des émotions », un défaut de cohérence et d'activité intrapsychique, un trouble fonctionnel de la conscience (non pas une conscience modifiée, mais une conscience rétrécie). La dissociation sera alors décrite comme phénomène fondamental de la névrose hystérique qui est « la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ».

A cette époque, Bleuler<sup>36</sup> parlera de la Spaltung comme élément fondamental de la schizophrénie. Certains auteurs la traduiront par « dissociation », d'autres par « discordance ». Pour Chaslin, père du terme « discordance », la Spaltung va dramatiquement bien au-delà de la simple dissociation. Elle est une véritable fragmentation irréversible des liens psychiques du moi.

Pour Freud, le concept de dissociation fait partie de la psychopathologie du point de vue psychodynamique et c'est une « infiltration-confusion du ça et du moi ; celle-ci expliquerait la dissociation-fêlure qui fonde la perversion et la psychose. Il parle alors d'une Ichspaltung, dissociation du Moi.<sup>37</sup>

Lacan<sup>38</sup> opte pour une analyse plus souple et moins irréversible en donnant à cette dissociation le nom de clivage. La Spaltung touche selon lui l'ensemble de la

---

<sup>34</sup> Nous avons pris la mesure de ce phénomène lors du congrès international d'EMDR en été 2007 à Paris.

<sup>35</sup> Janet, P. (1998) L'automatisme psychologique. Paris : Odile Jacob.

<sup>36</sup> Bleuler E. Dementia praecox. 1911, trad. 1956.

<sup>37</sup> Freud S. Le Clivage du moi dans le processus de défense, 1938 G.W.XVII p. 59 ou Abrégé de Psychanalyse 1938, G.W.XVII, p.132.

<sup>38</sup> Lacan J. Le Séminaire Livre XI (1964), Paris, Seuil, 1973.

personnalité mais il n'y a pas de confusion entre les structures et notamment, elle n'a rien à voir avec la psychose.

Dans le clivage, le sujet devient incapable d'opérer une synthèse identitaire, le moi reste divisé, en recherche constante d'équilibre. Ce processus va en particulier spécifier le concept d'état limite ou de personnalité narcissique. Lacan jette les bases psychodynamiques de ce concept qui se clarifie plus amplement grâce à Kernberg<sup>39</sup> et Bergeret<sup>40</sup>. Ils définissent l'état-limite comme une oscillation du sujet entre un mode fonctionnel névrotique et psychotique.

Revenons à la dissociation dans le cadre de la névrose. Ce terme désigne alors un processus dissociatif qui implique des troubles fonctionnels entre le conscient et l'inconscient, ou le « subconscient », terme généralement préféré quand l'auteur veut parler de couches plus superficielles de la psyché que l'inconscient et pourtant occultes à la conscience. Notamment, la dissociation signifierait le passage entre le mécanisme hystérique et obsessionnel du point de vue d'une simple typologie de la personnalité aux troubles névrotiques en tant qu'entités pathologiques accompagnés de leurs symptômes graves : cécité hystérique, paranoïa obsessionnelle menant à la querulence et ses nombreux procès.

Après avoir considéré les différentes approches des premiers psychanalystes à propos du traumatisme psychique et posé notre conception de l'inconscient, nous allons nous intéresser au traumatisme tel qu'il a évolué au sein du monde médical psychiatrique.

### 3.2. L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) ou Post-traumatique Stress Disorder (PTSD)

La psychiatrie s'est débattue avec les mêmes difficultés que la psychanalyse pour travailler avec les victimes de traumatismes : elles ont des symptômes disproportionnés et non vérifiables. Selon Van der Kolk, McFarlane et Weisaeth<sup>41</sup>, le terme de névrose traumatique a d'abord été réservé aux problèmes fonctionnels occasionnés par de *subtils changements moléculaires* dans le système nerveux central par le neurologue allemand Herman Oppenheim en 1889.

Selon C. Barrois<sup>42</sup>, la psychiatrie a adopté le travail nosographique de Freud et de Janet. C'est dans le cadre de ces définitions qu'on retrouvera à partir de 1924, la névrose traumatique en psychiatrie comme en psychanalyse :

- **les névroses actuelles** dont l'origine n'est pas à chercher dans les conflits infantiles mais dans le présent, et dont les symptômes ne sont pas une expression symbolique et surdéterminée (névrose d'angoisse, hypocondrie, neurasthénie) ;

---

<sup>39</sup> Kernberg O. La personnalité narcissique et les troubles-limites de la personnalité, New-York, 1975 ; Les troubles graves de la personnalité, Paris, PUF, 1989.

<sup>40</sup> Bergeret, J. (1974). *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.

<sup>41</sup> Van der Kolk, B. A. (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In *Psychological trauma*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

<sup>42</sup> Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.



- **les névroses de transfert** (névrose hystérique, névrose obsessionnelle, névrose phobique), où la libido est déplacée sur des objets réels ou imaginaires ;
- **les névroses narcissiques** (manie, mélancolie) où la libido s'est repliée sur le Moi, ce qui est aujourd'hui plutôt nommé psychose fonctionnelle ;
- **la névrose traumatique** alors considérée comme un état proche de la névrose narcissique, c'est-à-dire proche des états psychotiques.

Après les accidents de chemins de fer, le terme de névrose traumatique a été utilisé pour décrire les séquelles des grands accidents industriels ou technologiques. Puis la psychiatrie militaire y a inclus les victimes des deux guerres mondiales en passant d'abord par les expressions de « shellshock (choc des tranchées), de « névrose de guerre » et de « traumatophobie ». Néanmoins la reconnaissance et surtout la prise en compte de la névrose traumatique a été extrêmement lente. Il nous semble qu'outre le fait qu'elle soit source de suspicion, ce fait est dû aussi au caractère véritablement effrayant de la traumatologie. Selon Barrois<sup>43</sup>, la psychiatrie a passé sous silence le traumatisme psychique jusqu'en 1975 ; il parle *d'une véritable méconnaissance* dont il fait une analyse très intéressante et dont il liste plusieurs signes :

- 1 – L'inattention et surdité à l'égard des confidences des patients.
- 2 – L'oubli par les services de santé pendant les guerres de 1940 et de 1973 de tenir compte de l'énorme pourcentage de réactions psychotraumatiques dans les « pertes santé » malgré les évacuations et traitements.
- 3 – Le rattachement à des syndromes plus banaux mais moins inquiétants.
- 4 – L'hypertrophie de l'approche médico-légale avec la suspicion à l'égard du sujet que nous avons évoqué plus haut.
- 5 – La fragmentation de l'unité du noyau fondamental de la névrose traumatique au profit de multiples formes cliniques : hystérie, phobies...
- 6 – L'omission ou la répudiation des origines, notamment les travaux de Ferenczi, Abraham, Jones et Freud.
- 7 – L'absence de transmission des connaissances quasi totale jusqu'en 1975.

C'est donc finalement pour caractériser les séquelles traumatiques psychologiques des Vétérans du Viêt-Nam que fut pérennisé le terme de PTSD. Ce syndrome a compris les conséquences des violences familiales (par exemple la maltraitance infantile) grâce à Kempes en 1978 et en 1974 les violences sociales avec notamment le viol ou « Rape trauma syndrom » grâce à Burgess et Holstrom.

Enfin, en 1980 le PTSD est inscrit dans le DSM 3<sup>ème</sup> Edition de l'American Psychiatric Association et en 1992 dans la Classification internationale des maladies (CIM), 10<sup>ème</sup> édition de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'ESPT y est décrit comme trouble provoquant des symptômes intrusifs involontaires, diurnes autant que nocturnes, des stratégies volontaires d'évitement et un état d'irritation neuro-végétative allant de l'insomnie aux crises d'angoisse, voire aux désorganisations psychiques notamment

---

<sup>43</sup> Barrois, C. Op. cit. p.82

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

chez les enfants. Carlson<sup>44</sup> a montré en 1997 que si les enfants montrent moins souvent que les adultes un syndrome complet d'ESPT, ils sont en revanche plus sensibles aux violences interpersonnelles.

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- (3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

---

<sup>44</sup> Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments : a clinician guide*. New York : Guilford Press.

- (6) Restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hyper vigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour recevoir le diagnostic d'ESPT selon le DSM IV, la victime doit être porteuse au moins d'un critère A, un B (symptôme d'intrusion), trois C (symptômes d'évitement) et deux D symptômes d'irritation neurovégétative).

### 3.3. Inconscient et neurosciences

Le peu de rationalité des symptômes anxieux dans l'ESTP nous a fait longtemps nous pencher sur l'implication de l'inconscient dans les troubles psychiques et somatiques. Les rappels concernant la potentiation à long terme (LPT) ont pour mission de faire le pont entre la neurophysiologie et les troubles psychiques. Pourquoi ne peut-on pas oublier un traumatisme ? Aussi c'est avec beaucoup d'intérêt que nous nous sommes tournée vers les neuroscientifiques qui traitent de l'inconscient. Or, les scientifiques des neurosciences qui s'intéressent à la mémoire inconsciente, tant procédurale que sémantique s'y intéressent dans un contexte étrange : la mémoire subliminale. Selon eux, la mémoire inconsciente existe quand la conscience ne dispose pas du temps suffisant à l'intégration des données. C'est un des principaux thèmes de recherche de Naccache dont il rend compte dans son ouvrage : *le Nouvel Inconscient*<sup>45</sup>. Ledoux l'explique également dans *Le cerveau émotionnel*<sup>46</sup>. Comment a-t-on accès à cette mémoire inconsciente ? Par l'amorçage. Prenons un exemple : lorsqu'un sujet a une mémoire explicite sémantique consciente défaillante après un accident vasculaire ou une opération, l'acquisition d'une liste de mots est difficile, voire impossible. Lorsqu'un indice est mis à disposition, l'acquisition redevient possible mais seulement grâce à l'amorçage. Qu'est l'amorçage ?

Le principe est simple et utile. Avec une patiente, nous cherchions le nom d'un magasin qu'elle et nous connaissions. Elle y était allée deux fois auparavant, et nous une fois. Le nom nous paraissait personnellement en apparence introuvable et elle

<sup>45</sup> Naccache, L. (2006) *Le nouvel inconscient*. Paris : Odile Jacob.

<sup>46</sup> Ledoux, J. (2005) *Le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob.

n'arrivait pas davantage à se le remémorer. Dans une intuition du mode d'emploi de cette mémoire préconsciente, non refoulée mais dont aucune trace consciente ne permettait le rappel, nous décidons de nous laisser porter par les mots de l'inconscient. Le premier qui nous vint à l'esprit fut BOUCHERON, avec comme image associée une bague imposante, plutôt masculine, comme si nous l'avions vue dans une publicité de cette marque. En outre, en disant ce mot, nous avions l'impression en le prononçant que le fait qu'il y ait trois syllabes était important. De boucheron et de bague masculine, notre association suivante s'est trouvée être CHARLEMAGNE. En y réfléchissant plus tard, nous avons pu considérer le lien avec la notion d'un roi fantaisiste et teinté d'une touche de féminité parce que « sa barbe était fleurie » selon les fables enfantines. A CHARLEMAGNE a succédé ensuite comme association le mot DAGOBERT, autre roi fantaisiste puisqu'il « avait mis sa culotte à l'envers ». En prononçant ces noms à haute voix, nous pensions laisser venir les mots qui se présentaient à l'esprit, tout en sachant que cela n'était pas le nom recherché, mais comme un simple jeu de consonances pour éveiller le souvenir. Au moment où nous avons prononcé le mot « DAGOBERT », ma patiente s'esclaffa : oui c'est ça ! Sachant très bien que nous n'avions pas trouvé, nous la regardons incrédule : elle poursuit : « oui, c'est ça, GAUBERT ! ». Nous n'en étions pas certaine ni l'une ni l'autre, mais le cri de victoire semblait indiquer que pourtant c'était bien le nom recherché. Nous avons vérifié ensuite et c'était exact. Mais le souvenir était si lointain que même en le prononçant nous n'avions pas pu le reconnaître.

Une étude de Squire et coll.<sup>47</sup> confirme cette expérience en illustrant la distinction entre mémoire implicite et explicite. Ils montrent en effet que les personnes amnésiques peuvent réussir ou échouer à un test de mémoire en changeant simplement les instructions : celles qui sollicitent la mémoire explicite les conduisent à l'échec, tandis que celles qui font passer par le chemin de la mémoire implicite leur permettent de réussir au test. A chaque fois les stimuli restent les mêmes, seules les instructions changent. On leur donne d'abord une liste de mots à étudier. Quelques minutes plus tard, ils reçoivent l'une des trois instructions suivantes : se rappeler le plus grand nombre possible de mots sur la liste, utiliser les indices ci-dessous pour s'aider à se rappeler autant de mots que possible, ou dire le premier mot qui vient à l'esprit en voyant ces mêmes indices. Les indices sont des racines de trois lettres de mots présents sur la liste : MIR pour MIRABELLE, ABS pour ABSENT, REV pour REVENU, etc. Chaque racine peut venir de plusieurs mots différents, par exemple MIR de MIRLITON ou de MIROIR ou de MIRADOR. Comme prévu, les amnésiques se débrouillent mal quand ils doivent se rappeler les mots sans indice. Il en est de même lorsqu'on leur demande d'utiliser les indices pour s'aider dans la tâche. Mais ils sont aussi bons que les sujets normaux quand il s'agit de dire ce qui leur vient en premier à l'esprit avec les indices sous les yeux. Dans ce dernier cas, les indices sont plutôt des amorces que des aides pour la remémoration. Ils ont de bons résultats lorsqu'ils effectuent l'exercice d'amorçage et utilisent donc leur mémoire implicite, mais une atteinte de leur système mnésique du lobe temporal les empêche de se rappeler consciemment les éléments de la liste, même à l'aide d'indice.

---

<sup>47</sup> Graff, P., Squire, L R, & Mandler, G. (1984). The information that amnesic patients do not forget. *Journal of experimental Psychology : Learning, Memory and Cognition*, 10, 16-178.

Des séries d'expériences ingénieuses de cette sorte valident et éclairent les fameuses lois de l'inconscient de Freud notamment sur deux points : la mémoire inconsciente existe bel et bien et conditionne les sujets à leur insu ; même quand nous n'en savons rien, nous exécutons des injonctions subliminales et nous sommes de même capables de retrouver cette mémoire inconsciente. Il nous suffit de « dire simplement ce qui nous passe par la tête ». C'est le principe même de la libre association.

Le deuxième point souligné par les neurosciences concernant ces données sur la mémoire inconsciente ou implicite est la nécessité de conditions affectives positives pour une bonne intégration mnésique. Le troisième point qui reste le plus important ici, est l'importance de l'écoute dans le traitement des patients.

La mémoire limbique, pourtant secondaire à l'intégration des données sémantiques, est toujours active à notre insu. Quand elle est activée, elle facilite l'intégration des données sémantiques mais quand elle est suractivée, elle la bloque. Le glutamate augmente la potentiation à long terme (la mémorisation) mais son excès bloque la motilité des épines dendritiques dans l'hippocampe (support vraisemblable de la mémoire à court terme). La potentiation à long terme (LTP), sa genèse et ses avatars sont p. 191 du Tome 3.

Pour l'heure certains neuroscientifiques répugnent encore à envisager, « se raidissent » même à l'idée d'un refoulement qui fait le pain quotidien des psy cliniciens. Par des résistances particulières, certaines voies de recherche ont été plus longuement évitées, celles qui scrutent ce qu'il advient pour empêcher certaines synapses d'échanger leurs neuromédiateurs ou même de transmettre l'influx nerveux.

Ces considérations nous amènent à un véritable dilemme :

1/ Est-ce que l'émotion inconsciente de l'amygdale empêche le contingent hippocampal de données traumatiques de se libérer de son enracinement spatio-temporel pour s'envoler vers les classifications sémantiques corticales sans affect ?

Alors en validant les émotions amygdaliennes connues on décondense peut-être des émotions inconnues et alors ces données peuvent être digérées dans le cortex sémantique et venir écraser les contextualisations devenues non nécessaires dans l'hippocampe ? On est alors dans le modèle de Stickgold.

2/ Est-ce qu'au contraire le contexte spatio-temporel manque par saturation de l'hippocampe en cortisol et que la part inconnue du traumatisme, privée de son support de cellule du lieu, flotte sans être jamais souffert ? Des patients qui n'ont pas vu venir l'accident semblent en souffrir davantage, cela plaide en faveur de ce mécanisme.

Le premier modèle n'empêche pas le second. Nous revenons sans cesse dans notre réflexion intérieure sur l'immédiateté du résultat. La dissociation est installée d'emblée, ce qui est peu compatible avec une réaction due au cortisol. Mais que le

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

cortisol abaisse la mémoire épisodique est une certitude. Ce mécanisme prend peut-être le relais de la dissociation.

La première question pose la question du mécanisme du souvenir intrusif, la seconde question soulève au contraire l'énigme du refoulement. L'un comme l'autre étant des troubles du stress traumatique, ils sont tous deux à comprendre. Nous avons observé et mis dans le Tome 3<sup>48</sup> nombre de modèles utilisés par nos contemporains. Ils nous ont été importants pour voir « ce qui fonctionne » car il nous arrive bien sûr d'être démunie devant des souffrances tenaces. Néanmoins nous avons sélectionné ici ceux qui nous aident le plus souvent, ceux qui servent finalement à notre modèle théorique personnel.

Dans ces modèles, pragmatiques, observons d'abord lesquels traitent le psychisme par le psychisme. Puis nous verront comment d'autres thérapies du traumatisme psychique encouragent la mise en œuvre du corps. Cela nous mènera ensuite au modèle de détraumatisation grâce à la symbolisation par l'image ou l'écriture, procédé encore très différent, pour terminer sur une quatrième manière d'envisager la thérapie du traumatisme : un exemple de chamanisme, ses procédés, d'autres façons de faire, ailleurs...

## 4. Les modèles pour traiter le psychisme par le psychisme

### 4.1. Les modèles de Levine<sup>49</sup>, Rotschild<sup>50</sup> et Stickgold<sup>51</sup>

Le modèle de Peter Levine, médecin, physicien et psychologue, est éthologique, physiologique et psychologique. Il s'appuie sur quatre processus majeurs présents dans l'ESPT : l'impuissance, l'hyperexcitation, la constriction et la dissociation.

Une double activation de l'ortho- et du parasympathique provoque la réaction de gel et produit une énergie considérable conservée par le corps par constriction. Il faut décharger cette énergie à la façon des animaux sauvages car le traumatisme touche le cerveau reptilien. Cela s'effectue en déréprimant la rage et en rejouant progressivement le traumatisme physiquement par la réorientation et le déroulé instinctif de l'action de défense. Cela provoque l'abréaction, l'énergie traumatique est évacuée. La dissociation est protectrice, il suffit de l'apprivoiser.

Babette Rotschild reprend et développe le concept de SIBAM de Levine qui décompose l'événement traumatique en 5 catégories distinctes d'expériences : des SENSATIONS (S), des IMAGES (I), des COMPORTEMENTS (B de Behaviour), des AFFECTS et un SENS ou signification (M de Meaning). En abrégé : S.I.B.A.M. Selon ce modèle, chaque part de l'expérience est susceptible d'être dissociée et il convient de la réintroduire dans le souvenir du traumatisme.

Le travail corporel propose une conscientisation des sensations corporelles qui préviennent de la montée de la spirale traumatique suffisamment tôt pour revenir

---

<sup>48</sup> p. 237-244

<sup>49</sup> Levine, P. A. (1977). *Waking the Tiger ; healing trauma*. Berkeley : North Atlantic Books.

<sup>50</sup> Rotschild, B. (2000). *The body remembers*. New-York : W. W. Norton & Company.

<sup>51</sup> Stickgold R. EMDR : (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) : A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58(1); 61-75.

dans des phases de calme. Des exercices de relaxation sont proposés pour stopper la peur de la dissociation. Du point de vue de la prise en charge du corps, elle conseille de tendre les muscles plutôt ou avant de les détendre et évite le toucher par crainte du transfert et d'une retraumatisation.

Stickgold ajoute quelques notions plus actuelles<sup>52</sup> : en premier lieu, il considère au départ du phénomène potentiellement traumatique la perception plutôt que la sensation, ajoutant ainsi la dimension de conscience que nous avons déjà parcouru avec les phénoménologues et nos connaissances sur l'arc réflexe qui permet l'action spontanée directement du tronc cérébral.

La mémoire est envisagée du point de vue épisodique et sémantique. Stickgold tente une explication de l'impossibilité d'accès des éléments épisodiques traumatiques dans la mémoire sémantique par l'amygdale qui empêche le transfert des données.

Pendant le sommeil l'amygdale a un état de vigilance abaissé parce que l'endormissement nécessite une fermeture des circuits aminergiques. En retour le sommeil met aussi hors ligne l'entrée des perceptions. L'hippocampe étant au repos, des données de la mémoire épisodique peuvent passer vers la mémoire sémantique. Au sein de la mémoire sémantique, le cerveau métaboliserait les excitations rendues supportables par l'absence des données de l'amygdale. Et c'est le retour des données de la mémoire sémantique vers la mémoire épisodique qui écraserait les données traumatiques dans l'hippocampe et l'affect qui lui est lié dans l'amygdale.

C'est un modèle où l'apaisement momentané de l'amygdale débloque le système naturel de retraitement des données traumatiques.

L'autre mécanisme invoqué dans le retraitement des données traumatiques est la redirection de l'attention qui peut être sollicitée par les stimuli aussi bien tactiles, que visuels ou auditifs.

En effet la redirection de l'attention est provoquée naturellement lors de la première phase d'un stress traumatique par une activation parasympathique très brève qui permet de lâcher la cible fixée jusqu'alors vers la nouvelle cible dangereuse. Cette redirection de l'attention provoque également des ondes ponto-géniculo-occipitales qui sont uniquement retrouvées pendant les phases de sommeil REM.

Stickgold prétend donc que la redirection multiple de l'attention grâce aux stimuli bilatéraux, ou alternatifs répétitifs de l'EMDR provoquerait également des ondes PGO et donc, conséquemment des capacités de retraitement identiques au rêve.

Cet élément du modèle de Stickgold produit une actualisation du modèle freudien de la première topique enrichi par des notions nouvelles des neurosciences. Les représentations pourraient former le contingent des souvenirs perceptibles et ruminés tandis que les affects seraient enfouis selon le modèle de la condensation ou du déplacement. La difficulté est alors que les affects de peur et d'angoisse sont très peu déplacés ou condensés dans le traumatisme. Ils sont malheureusement extrêmes. Le modèle du SIBAM convient mieux : les sélections concernent des registres différents de l'expérience.

Nous retrouvons cette difficulté inhérente du traumatisme de la double occurrence de lacunes mnésiques de certains éléments et de mémoire excessive pour d'autres

---

<sup>52</sup> Nous encourageons le lecteur à une lecture du modèle de Stickgold qui est produit p. 160 ou à son article traduit entièrement p.167.

éléments. La meilleure combinatoire est celle d'une hyper mémorisation conforme aux potentialisations à long terme et la rupture de chaînes associatives conscientes par le moyen de la dissociation ou du refoulement.

En nous tournant vers le modèle phénoménologique, les événements traumatiques modifieraient à l'insu de la personne sa structure, réduisant sa perception de la réalité et déterminant son style de vie. Que ces événements traumatiques restent ou non conscients n'est pas l'important puisque seule compte la structure nouvelle. Ce modèle ne donne cependant pas de façon de sortir du traumatisme.

L'avancée permise par le modèle de Stickgold est la notion d'un hippocampe vide, constitué de pointeurs capables d'aller chercher les données dans des zones différentes du cerveau, notamment dans les différents cortex sensoriels où elles sont stockées.

L'article de Stickgold avait ouvert la voie aux différentes mémoires, au transfert des informations d'une mémoire épisodique à la mémoire sémantique et à leurs conditions. Tenter la comparaison entre Freud, Stickgold et les neurosciences devenait imparable.

#### **4.2. Comparaison entre les modèles de Freud, Stickgold et les neurosciences**

##### **Freud**

Freud et les neurosciences ont-ils des propositions différentes concernant l'inscription psychique et la métabolisation du traumatisme ? Dans *La naissance de la Psychanalyse*, et notamment dans la *Lettre 52 à Fliess*, Freud mentionne l'hypothèse de remaniement des matériaux psychiques à cause de leur passage et de leur inscription dans trois mémoires. La mémoire perceptuelle des processus extérieurs continus (le travail des organes des sens) s'inscrit en processus internes discontinus et réduits (on ne perçoit pas toute la scène). Ces traces mnésiques sont inscrites de façon permanente (elles résistent au temps), mais pour cela elles deviennent inconscientes (il faut laisser la place aux nouveaux processus extérieurs). Elles sont remaniées, c'est-à-dire qu'elles sont aménagées suivant des associations simultanées. Ce faisant, elles se détachent de l'objet d'origine pour devenir une mémoire synchronique.

Le deuxième remaniement se produit encore inconsciemment avec les autres associations, peut-être selon des rapports de causalité, ce qui produit une idée de temps linéaire et de diachronie. Freud énonce aussi l'hypothèse que les « traces de l'inconscient correspondraient peut-être à des souvenirs conceptuels ». Ces associations sont des associations par simultanéité et par symbolisation.

La troisième mémoire est la mémoire préconsciente qui correspond « à notre moi officiel ». L'inscription se fait en représentation de mots. La représentation de chose reste inconsciente. Seule la représentation de mot est consciente.

Comparons cela à Stickgold. La mémoire sensorielle est très brève. Les données doivent être intégrées au niveau de l'hippocampe afin d'être remémorables. Puis de l'hippocampe, elles doivent passer dans le cortex sémantique et dans les cortex sensoriels d'origine. Cela n'est possible que si les cortex sensoriels sont « hors-ligne » (par ex. pendant le sommeil) et si on crée des ondes ponto-géniculo-occipitales (comme avant le sommeil REM), c'est-à-dire si l'activation du locus ceruleus par



l'amygdale a cessé (et l'alarme donc aussi). C'est le retour des données sémantiques vers l'hippocampe qui écraserait les données épisodiques intrusives ainsi que les affects liés par l'amygdale.

### **Freud et Stickgold**

la phase 1 est identique : perception = sensation + distorsion. Stickgold détaille 2 voies d'entrée :

- a) la stimulation sensorielle arrive au thalamus, puis est transmise au cortex sensoriel approprié où elle est évaluée et acquiert une signification.
- b) selon une seconde voie, plus rapide, la stimulation sensorielle court-circuite le cortex et passe directement du thalamus sensoriel à l'amygdale.

Phase 2 identique : association d'abord synchronique avec la mémoire épisodique de l'ensemble amygdale/hippocampe. On garde un film de ce qui s'est passé, mais c'est un film reconstitué, qui n'est pas la mémoire exacte des faits. Certains faits sont très mémorisés, d'autres sont manquants, enfin d'autres sont reconstruits.

Phase 3 identique : les associations symboliques sont enrichies par les données de la mémoire épisodique grâce au transfert des données dans la mémoire sémantique. Le résumé extrait de l'expérience enrichit les classifications déjà ordonnées dans la mémoire sémantique. Cela donne la mémoire diachronique. On ajoute les rapports de causalité et l'inscription se fait en représentation de mots qui devient consciente.

### **Neurosciences**

Etape 1. La voie rapide et la voie lente de stimulation sensorielle : stimulation sensorielle transmise au cortex sensoriel approprié où elle acquiert une signification. Seconde voie, la stimulation sensorielle passe directement du thalamus sensoriel à l'amygdale. Les projections en provenance de différentes régions cérébrales convergent vers des noyaux particuliers de l'amygdale et les informations ont de nombreuses représentations à l'intérieur de l'amygdale, tout en préservant l'organisation spatiale des assemblées de neurones. Les représentations codées dans l'amygdale et modulées par d'autres structures cérébrales convergent vers la région amygdalo-hippocampique.

Etape 2. L'hippocampe facilite l'association entre différentes régions corticales : ex. : musique et visages. Mais ces couplages de données s'estompent. Les données consolidées le sont par renforcement limbique. Puis les données hippocampales transitent vers les corps mamillaires, le noyau antérieur du thalamus, le cortex cingulaire, le cortex entorhinal et retournent à l'hippocampe. C'est le circuit de Papez, réitéré plusieurs fois, qui consolide des associations temporaires d'assemblées de neurones corticaux. L'hippocampe n'est plus utile pour conserver les données.

Seules les cellules du lieu hippocampales sont assignées chacune à un endroit précis dans l'espace et forment des cartes cognitives stables des environnements que nous découvrons. C'est sur cette base contextuelle que la mémoire peut devenir autobiographique, alors enrichie par divers autres éléments sensoriels.

Etape 3. Le cortex préfrontal coordonne l'activité de deux sous-systèmes :

- la mémoire phonologique (acoustique et linguistique) qui correspond à la représentation de mots et à l'activité symbolique

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

- la mémoire visuo-spatiale (pour les images mentales qui ne sont sans doute pas les représentations de choses qui devraient être de l'ordre de l'inconscient, mais les productions imaginaires).

Quel que soit le modèle, nous pouvons avancer en nous appuyant sur ces grandes ressemblances. Cela nous mène à deux grands types de mémoire : l'une explicite (consciente, corticale et hippocampale) et l'autre implicite (inconsciente, reposant essentiellement sur l'amygdale).

Beaucoup de conditionnements émotionnels et de réflexes conditionnés sont issus de l'apprentissage associatif qui est à la base de cette mémoire et qui est un processus très ancien du point de vue phylogénétique, indépendant de la conscience.

Nous pouvons faire un pas supplémentaire en nous rappelant que le système associatif de l'hippocampe est unidirectionnel ; celui de l'amygdale est très réciproque. Nous savons ainsi que les informations en provenance de structures responsables de la mémoire à long-terme, ou du maintien de l'équilibre du milieu intérieur, ou encore de la perception sonore ou auditive reposent sur les nombreuses connexions internes entre les différents noyaux de l'amygdale. L'amygdale est alors le siège de mémoire très inconsciente, même somatique, mais non traumatique, par ses nombreuses connexions corticales tout autant qu'elle est responsable des émotions de peur et de leur mémorisation dans le stress traumatique.

#### **Mucchielli entre l'inconscient Freudien et l'inconscient des neurosciences**

Quand on parle de mémoire inconsciente, ce n'est pas uniquement au sens du refoulement comme dans la première topique, mais aussi dans le sens d'une part inconsciente du Moi selon la seconde topique. L'amygdale pourrait ainsi gouverner ce que nous avons appelé parfois « la conscience inconsciente » en évoquant notamment la *natura naturans* du corps et Janus à double face psychique, elle jouerait alors un rôle végétatif régulateur. Cela ne l'empêche nullement d'être aussi le siège de l'alarme grâce à son lien privilégié avec le locus coeruleus.

Un pont entre ces deux représentations de l'inconscient existe dans la conception de la structure de l'inconscient de Mucchielli. Selon cet auteur, nos expériences précoces (positives ou aversives) produisent des automatismes sensorimoteurs très intégrés qui constituent la base de nos conduites motrices et de nos comportements affectifs non conscients, répétitifs et parfois peu rationnels. Une personne dont l'hippocampe n'est plus fonctionnel, et qui dit bonjour au médecin chaque jour comme s'il était parfaitement inconnu, refuse de lui serrer la main s'il l'a piqué précédemment par une punaise en le saluant ainsi. Cela confirme la fonction de mémoire de l'amygdale isolée de l'hippocampe et de la conscience.

Freud considère trois mécanismes caractéristiques d'un travail de l'inconscient : le déplacement, la condensation, la production d'angoisse. Ainsi on peut sans difficulté penser que l'inconscient refoulé entretient des rapports privilégiés avec l'amygdale et avec elle seule, sans son lien avec la mémoire hippocampale. Dans la mesure où l'amygdale contient les éléments de la mémoire implicite, et qu'elle intègre des données du cerveau aussi diversifiées qu'il a été dit, dans la mesure enfin où l'amygdale est mature dès la naissance et pas l'hippocampe, on peut supposer que c'est elle qui, au moins fait le système de pointeurs des assemblées cellulaires point

par point, ou au plus que c'est elle qui contient les éléments inconscients, qu'ils soient refoulés ou oubliés parce que trop précoces.

Nous avons également vu que des données traumatiques pouvaient avoir des destins différents : le clivage et le déni. Selon notre expérience, le déni n'est pas un mécanisme défensif producteur d'angoisse. Il nous paraît être du côté de l'idéal du Moi ou du Surmoi. Dans ces structures très évoluées, les données, bien qu'inconscientes, sont largement modelées par le défilé sémantique. Ce seraient alors des éléments inconscients sémantiques, au sens lacanien.

Le clivage, enfin, nous apparaît porteur d'angoisse, en moindre quantité que le refoulé pourtant. Dans la mesure où c'est un élément connu qui est chassé de la conscience, il s'agit certainement d'une mémoire épisodique, donc hippocampale mais qui serait encore proche de l'amygdale, où les éléments seraient susceptibles d'être irrités par des passages amygdaliens.

#### **Le « non passage », la réduction hippocampale, la conversion des astrocytes en neurones et leur rôle dans la mémoire synaptique**

Comme le remarque R. Steichen, parler d'inconscient, ce n'est pas parler d'un lieu reculé dans une profondeur, c'est parler d'un « non passage »<sup>53</sup>. Or, selon les auteurs les possibilités de passage sont diverses. Laplanche et Pontalis pensent que la représentation peut être sujette au refoulement et au retour du refoulé. Selon Lacan, seule l'inscription préconsciente est susceptible de parvenir à la conscience. Qu'en disent les neuroscientifiques ?

Ils mettent en doute la possibilité même du refoulement. C'est pourquoi il nous paraît particulièrement important de comprendre comment se fait un refoulement et comment il se défait. S'il se fait par un non passage, comment est-ce possible sur le plan biochimique ? Une section de faisceau ? Impossible, aucun câblage n'est endommagé. La seule chose qui nous paraisse possible est la saturation synaptique.

Si l'effroi organise une mémoire destinée à rester, pour la survie de l'espèce, elle doit devenir inconsciente car elle serait trop insupportable sinon ; celle-ci resterait inscrite dans l'amygdale, à la façon des apprentissages précoces de l'enfant. Les parties les plus faciles à supporter de l'épisode traumatique passeraient dans l'hippocampe et deviendraient conscientes. S'il advient que des parts trop angoissantes sont devenues conscientes, il reste à l'organisme la possibilité de noyer l'hippocampe sous une douche de cortisol, ce qui réduit progressivement la mémoire consciente et le volume de l'hippocampe. C'est précisément ce que fait l'axe HHS jusqu'au moment où le corps réduit la production de cortisol afin de sauvegarder l'hippocampe.

Mais ceci est un mécanisme à long terme qui ne peut se mettre en place immédiatement lors même du traumatisme. Pendant le cœur du traumatisme, le mécanisme qui serait susceptible de provoquer un oubli partiel ou total serait plutôt de l'ordre de la saturation synaptique. On connaît le nombre considérable de neurones en lien avec le locus ceruleus<sup>54</sup>. Il serait, par son organisation structurelle,

---

<sup>53</sup> Steichen R. (1987) La parole dans la psychanalyse et les processus langagiers dans l'inconscient. *Psychothérapies* N°4 p 191.

<sup>54</sup> Bear, M. (2002) Neurosciences. Editions Pradel p. 530 Selon cet auteur, le locus coeruleus est une structure bilatérale contenant chacune 12000 neurones. Un seul de ces neurones peut avoir jusqu'à

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

particulièrement apte à organiser les phénomènes dissociatifs en mettant le cortex hors circuit momentanément, en brouillant le repérage spatio-temporel et en augmentant les phénomènes confusionnels par son action sur le cervelet. La dissociation pourrait alors survenir par saturation synaptique de catécholamines intracrâniennes, et l'amnésie épisodique par voie de conséquence.

Si ce mécanisme se confirme il donnerait un indice de la solution : la recapture. Si le système de recapture n'est plus fonctionnel, la synapse reste en silence par saturation. Le potentiel d'action ne passe plus. L'énergie est contrainte à se détourner, passer par d'autres synapses... jusqu'au moment où le système de désaturation naturel fonctionne. Nous avons vu dans le chapitre sur l'action de réparation propre à l'ostéopathie<sup>55</sup> que c'est un des rôles majeurs des astrocytes. Il est probable alors qu'en augmentant la circulation cérébrale, l'ostéopathie ait un effet particulièrement positif sur le retour du refoulé et dans le même temps sur les dissociations anxieuses.

Par quel phénomène l'hippocampe serait-il réduit de volume ? Nous savons que c'est le cortisol qui a ce rôle. Or, comme il succède aux catécholamines, on peut penser que de sont des indices extérieurs et des phénomènes intrusifs internes qui pourraient jouer ce rôle ; les études les plus poussées ont montré en effet que les victimes à bas taux de cortisol ont en réalité des pics de cortisol mais très forts et de très courte durée. Si les catécholamines ajoutées dans le circuit doivent être stoppées, le cortisol joue ce rôle. L'excès de cortisol organise ainsi l'oubli en diminuant le volume hippocampal. Et l'organisme dispose du temps nécessaire pour organiser cela.

Etape 1 : potentiel d'action augmenté sur de trop nombreuses synapses. Création d'une synapse de Hebb et en même temps dissociation par augmentation des catécholamines par le locus coeruleus.

Etape 2 : l'organisme évite tout stimulus en lien avec l'effroi traumatique et produit du cortisol pour soutenir la lutte tout en diminuant l'alarme.

Etape 3 : les stimuli internes ou externes augmentent encore les catécholamines. Le cortisol fait un pic à chaque stimulus non contrôlable.

Etape 4 : le cortisol attaque l'hippocampe qui diminue la mémoire épisodique.

Etape 5 : quand le stress inacceptable s'arrête...

Quand le stress inacceptable s'arrête, l'hippocampe, qui est le siège de la différenciation neuronale à partir d'astrocytes, est susceptible de produire une neurogénèse. Laura Menu dit Huart, dans une thèse de doctorat de Biologie cellulaire et moléculaire de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg en 2005 étudie le potentiel endogène de la réparation de la rétine adulte<sup>56</sup>. Elle présente l'évolution des idées quant à la permissivité du système nerveux central (SNC) adulte vis-à-vis de la neurogénèse et comment on est passé d'un système «non permissif» à un concept émergent où la différenciation cellulaire serait réversible.

---

250 000 synapses et un même axone de ces neurones peut se projeter, par ses différentes branches, à la fois sur le cortex cérébral et sur le cortex cérébelleux.

<sup>55</sup> Tome 1 B/6 p.39

<sup>56</sup> <http://eprints-scd-ulp.u-strasbg.fr:8080/241/02/MENU2005.pdf> consulté le 18 mai 2008

Selon cet auteure, la glie radiaire est un précurseur d'astrocytes et de neurones au cours du développement et les astrocytes sont des précurseurs neuronaux dans au moins deux régions du SNC adulte; ces observations ont conduit l'équipe d'Alvarez-Buylla à proposer un modèle de lignage des cellules souches neurales, où les précurseurs neuronaux chez l'adulte sont les descendants des précurseurs au cours du développement (Alvarez-Buylla et coll., 2001).

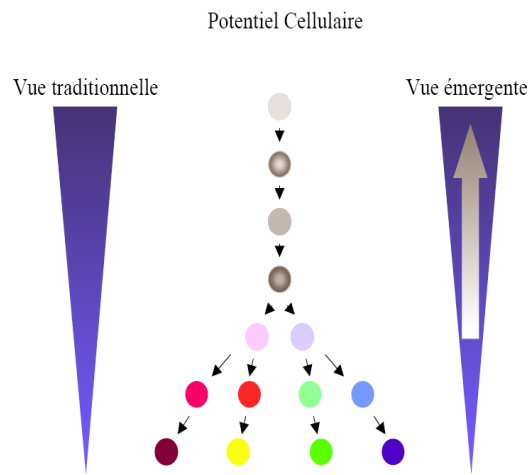


**Fig. 3: Deux concepts régissant le potentiel cellulaire:**

Le concept traditionnel où la compétence cellulaire est restreinte au cours de la différenciation,

Le concept émergent où la différenciation, phénomène épigénétique, serait réversible  
(modifié d'après Blau et coll., 2001).

Tous les travaux montrant la neurogénèse dans la zone sous ventriculaire avec migration des neuroblastes le long du sillon rostral vers le bulbe olfactif, notamment par le laboratoire d'Alvarez-Buylla depuis 20 ans, aboutissent cependant à une dernière publication montrant que l'organisation de ce système produisant des interneurons olfactifs du rongeur au primate diffère chez l'homme; la population

d'astrocytes compétents semble présente mais les auteurs ne trouvent pas signe de migration (Sanai et coll 57); ces résultats, à première lecture décevants, pourraient s'expliquer par la faible importance de l'olfaction chez l'Homme par rapport à d'autres espèces, impliquant une neurogénèse éventuellement plus importante sous-tendant d'autres facultés plus développées chez l'Homme comme la mémorisation.

En revanche cet article a montré que les astrocytes cultivés in vitro, peuvent se convertir eux-mêmes en neurones, ce qui signifie que les astrocytes peuvent se régénérer d'eux-mêmes et peuvent produire de nombreuses variétés de cellules nerveuses. In vivo, c'est habituellement la complexité de l'environnement qui stimule la neurogénèse à partir de l'hippocampe.

Un autre article de Panatier A.<sup>58</sup> montre que les astrocytes expriment à leur surface de nombreux récepteurs et transporteurs. Ces transporteurs permettent d'éliminer les neurotransmetteurs présents dans l'espace extracellulaire. En formant une véritable barrière physique, les astrocytes contrôlent la diffusion des neurotransmetteurs dans l'espace extracellulaire ainsi que la communication entre les neurones. Enfin ils contrôlent l'activité des récepteurs postsynaptiques, notamment celle des récepteurs glutamatergiques de type NMDA. Les astrocytes jouent ainsi un rôle important dans l'établissement de la mémoire synaptique.

Leur action particulièrement intéressante dans l'amnésie et le refoulement post-traumatiques : si le refoulement est un non passage et que la saturation synaptique en est le support alors les astrocytes jouant leur rôle de désaturation, sont susceptibles de relancer le processus de remémoration. Par ailleurs soustraire l'hippocampe aux trop grandes quantités de cortisol doit contribuer à la remémoration. Peut-être que ces deux processus n'en constituent qu'un seul : l'astrocyte nettoierait l'excès de cortisol et l'hippocampe pourrait refaire du lien entre différents cortex sensoriels. Cela corroborerait les sensations d'espace, de légèreté et de nettoyage intérieur souvent décrites par les patients après un travail crânien et/ou cervical ainsi que le retour à la mémoire d'éléments oubliés. A long terme, il est vraisemblable que cela favorise la restauration du volume hippocampal par la néogénèse, vraisemblablement après rétablissement de taux normaux de cortisol.

## 5. Les modèles pour traiter le psychisme par le corps

### 5.1. De Reich à Lowen, du psychisme au corps avec la Bioénergie

Au fur et à mesure de notre progression dans l'observation des techniques et modèles reconnus pour traiter le traumatisme psychique, le trouble anxieux, nous avons pu nous apercevoir qu'il y avait deux grands courants de techniques : celles du psychisme et celles du corps.

<sup>57</sup> Sanai N, Tramontin AD, Quiñones-Hinojosa A., Barbaro NM, Gupta N, Kunwar S, Lawton MT, McDermott MW, Parsa AT, Garcia Verdugo JM, Berger MS, Alvarez-Buylla A, (2004). Unique astrocyte ribbon in adult human brain contains neural stem cells but lacks chain migration. *Nature*, 427, 740-744

<sup>58</sup>: Panatier A, Theodosis DT, Mothet JP, Touquet B, Pollegioni L, Poulain DA, Oliet SH. [Glia-Derived d-Serine Controls NMDA Receptor Activity and Synaptic Memory](#) *Cell* 2006 May 19;125 : 775-784. Voir une interview de l'auteur dans le Tome 3 p.200

Ayant commencé par Freud et Ferenczi, il était clair que nos pas se dirigeaient sûrement vers des techniques psychanalytiques et psychothérapeutiques.

A partir de Reich et des considérations sur la cuirasse musculaire de sa thérapie nommée « végétothérapie caractéro-analytique », le corps entre davantage en jeu. *La « végétothérapie » se rapportait à la mobilisation des émotions grâce à la respiration et à d'autres techniques corporelles qui activaient les centres végétatifs (ganglions du système nerveux autonome) et libéraient l'énergie « végétative »*<sup>59</sup>.

Avec Lowen l'éventail des émotions refoulées et par conséquent sources de blocage dans le corps se déploie. Ce sont des peurs dues à la colère parentale, des déceptions d'amour infantiles et des peurs d'abandon qui émergent désormais dans le repérage des causes de cuirasse corporelle. « Il me fallut environ neuf mois de thérapie pour découvrir la cause du hurlement de la première séance ; plus le temps passait, plus il me semblait qu'il y avait une image que j'avais peur de voir. Etendu sur le lit et contemplant le plafond, je sentais que cette image apparaîtrait un jour. C'est ce qui se produisit, et ce fut le visage de ma mère, abaissant sur moi un regard qui exprimait une intense colère. Je sus immédiatement que c'était le visage qui m'avait effrayé. Je revécus l'expérience comme si elle se produisait dans le présent. J'étais un bébé d'environ neuf mois, couché dans le landau, à l'extérieur de la maison. J'avais pleuré bruyamment pour appeler ma mère. Elle était manifestement occupée à l'intérieur de la maison, et mes pleurs persistants l'avaient énervée. Elle sortit, furieuse contre moi. Etendu là, sur le lit de Reich, à trente-trois ans, je regardais son image et, utilisant les mots que je n'aurais pu connaître bébé, je dis : « Pourquoi es-tu si fâchée contre moi ? Je ne pleure que parce que je te veux. »<sup>60</sup>

Le psychothérapeute qui proposait jusqu'alors un travail par la parole, voire par l'hypnose, quelques massages parfois, s'intéresse au travail du corps. Quelle sorte de travail du corps ?

Un travail sans toucher, un auto-travail du corps, de la même manière qu'on propose davantage à la même époque à un auto-travail hypnotique, à savoir le training autogène de Schultz. La toute puissance attribuée au médecin recule au profit du savoir-faire du patient.

Que propose Lowen dans la Bioénergie ? « L'un des exercices de base fut mis au point très tôt, par moi-même pour me permettre d'être davantage dans mes pieds et mes jambes et de mieux m'enraciner. » Lowen utilise aussi le toucher : « le fait que le thérapeute le touche physiquement constitue pour le patient un signe de l'intérêt qu'il lui porte. Cela le ramène à l'époque où être porté et caressé par sa mère était l'expression de ses soins tendres et aimants.<sup>61</sup> Selon Lowen, la peur est la plus difficile des émotions à évoquer et la plus importante à amener au jour : « si on ne fait pas remonter à la surface la panique et la terreur et qu'on ne travaille pas dessus, l'effet cathartique des hurlements, de la rage et de la tristesse n'est que de courte durée. Tant que le patient n'arrive pas à se confronter à sa peur et à en comprendre les raisons, il va continuer à hurler, pleurer et enrager sans que l'ensemble de sa personnalité change beaucoup. Il aura substitué un processus cathartique à un

---

<sup>59</sup> Lowen, A. (1975). *La bioénergie*. Paris : Tchou. p. 13

<sup>60</sup> Ibid. p.15

<sup>61</sup> Ibid, p. 79 et 80

processus inhibiteur, mais il ne fera aucun changement significatif vers la croissance. »<sup>62</sup>

L'impulsion est ainsi réellement refoulée, et l'on ne ressent plus le désir inhibé. Une impulsion refoulée n'est pas perdue. Elle continue à dormir sous la surface du corps, où elle n'affecte pas la conscience. Sous une tension intense, ou par suite d'une provocation suffisante, l'impulsion peut se charger si fortement qu'elle arrivera à passer l'inhibition ou le blocage. [...] La seconde conséquence est une diminution du métabolisme énergétique de l'organisme.<sup>63</sup> Les implications de cette compréhension des tensions musculaires nous retiendra plus longuement dans le chapitre sur le lien entre l'ostéopathie et le psychisme. Nous terminons ce riche tour d'horizon sur Lowen en observant le modèle de Lowen du lien entre corps, conscience et inconscient : « La pensée fonctionnelle est dialectique. [...] A partir de la conscience, on ne peut voir que les dualités, conscience spirituelle ou corporelle, pensée ou sentiment. L'unité n'existe qu'au niveau de l'inconscient ou dans les processus physiques qui restent au-delà de la perception. [...] Nous pouvons vaguement percevoir l'unité puisque la frontière entre la conscience et l'inconscient n'est pas un mur mais une zone crépusculaire. Au moment de notre passage diurne par cette zone, nous recevons de nombreux signes de l'unité sous-jacente. Les mystiques, dont la conscience s'étend plus facilement dans cette zone crépusculaire sont plus conscients que les autres de l'existence d'une unité. [...] Et pendant des rapports sexuels, je ressentis un orgasme qui me fit m'envoler, fit disparaître mes frontières et me rendit conscient de mon inconscient. Ce sont des expériences extatiques. Beaucoup de gens les ont ressenties. Lorsque cela se produit, on « sait » et l'on sent l'unité de la vie. [...] Nous sommes plus proches de cet état quand la conscience est à la fois rehaussée et élargie. »<sup>64</sup>

Pourquoi Lowen doit-il terminer sur ce lien corps, conscient, inconscient ? Parce que c'est une question qui se pose à chaque praticien du corps. Reprenons quelques éléments précis. Ici, nous n'avons abordé que le traumatisme psychique, celui qui n'est créé par aucune effraction du corps. Pourtant, c'est par le corps que de nombreux praticiens ont considéré devoir passer pour éradiquer les troubles anxieux, qu'ils soient d'angoisse, de troubles de panique, de stress ou de peur. Effectivement, lorsqu'un enfant a peur il cherche quand tout va bien dans la dyade mère enfant les bras de sa mère. Et ce mouvement spontané est efficace, l'enfant se rassure.

Pourquoi ? Nathalie Charpak s'esclaffe dans un documentaire sur les bébés kangourous, « la médecine a exclu la mère de la prise en charge de son enfant prématuré. [...] Et maintenant il faut faire des études scientifiques et rigoureuses pour montrer que l'amour de la mère pour l'enfant malade est nécessaire. C'est stupide ! » Il est peut-être idiot d'essayer de comprendre, mais si nous acceptons ce défi, c'est qu'il est peut-être nécessaire pour que la part rationnelle de la psyché accepte de réhabiliter le corps. Car il y a eu, et il y a toujours une énorme prévention, suspicion, méfiance et rejet du corps dans le monde cartésien, occidental et chrétien.

---

<sup>62</sup> Ibid. p.105 et 106

<sup>63</sup> Ibid. p.127

<sup>64</sup> Ibid. p.298-300.



Nous ne reviendrons pas sur ces lieux devenus communs de la chair péché, tentation, avilissement de l'âme, etc.

Non, notre projet, c'est d'observer qu'envers et contre toutes les défiances du corps, il y a de nombreuses pratiques, et surtout une clinique. Munis de ces éléments, il importe de trouver les modèles explicatifs les plus pertinents. C'est ce qu'ont tenté bien des théoriciens des techniques du corps et bien des psys qui y avaient recours et même des philosophes. Il en va d'une intégrité intellectuelle en tant que praticiens et du nécessaire projet de la pensée de comprendre ce qui se passe du côté du corps et de l'inconscient quand ils sont mêlés afin d'aider à démêler, si et quand c'est possible, certains imbroglios qui mettent le confort de vivre, voire la vie elle-même en danger.

La seconde façon dont corps et inconscient sont mêlés est la voie, le *Do* oriental. Par une action consciente, effectuée sur mon corps, je peux avoir une influence sur la part inconsciente de mon psychisme. De très nombreuses techniques du corps sont utilisées, à la fois en occident et en orient pour agir inconsciemment sur le psychisme. Nous allons, dans le prochain chapitre, en parcourir quelques-unes et observer différents modèles explicatifs de l'influence du corps sur le psychisme avant de considérer l'ostéopathie, sa pratique, sa clinique et son modèle explicatif. Ce détour nous munira d'une vision plus claire de l'action *spécifique* de l'ostéopathie au sein des différentes techniques du corps.

## 5.2. Les Yoga Sutras de Patanjali et Itsuo Tsuda

Technique millénaire orientale, c'est un *Do* qui propose le yoga sans en porter le nom. Partant de l'hypothèse que seule la souffrance à venir peut être évitée, en cas d'angoisse, le Yoga inspiré des Sutras de Patanjali proposerait à une personne atteinte de névrose traumatique de pratiquer d'abord des postures et des respirations qui calment l'angoisse, c'est-à-dire une pratique lente qui allonge l'expir et la rétention vide.

Outre son effet calmant, la pratique des respirations et des postures offre un état favorable pour s'approcher volontairement de la mort et de son acceptation par la sensation. Une telle personne devrait également profiter des moments où elle n'a pas d'angoisse pour travailler en méditation. Il lui faudrait d'abord combattre l'évitement du déplaisir, afin d'observer la peur de la mort depuis la position de témoin qui observe le mental évoluer au même titre que la nature évoluant.

Le yoga est censé produire une régulation somatique par l'effort et la respiration. La régulation psychique est attendue tant par un travail personnel émotionnel et psychique que par l'action régulatrice produite par le corps. Le corps participerait à la guérison du mental.

A l'opposé semble-t-il du Yoga, technique très codifiée, nous restons en Extrême Orient et poursuivons le voyage du corps avec Itsuo Tsuda, maître japonais du Mouvement Régénérateur. Le nom de la technique, le « mouvement régénérateur », propose à chacun de trouver comment bouger et promet un effet régénérateur. Il s'agit donc de pratiquer le mouvement sans but. Et encore, il n'y a pas à exécuter un mouvement, il n'y a qu'à se laisser aller.

Mais pour un occidental, c'est très difficile. Tsuda commente : « Il y a des gens qui pensent qu'il faut, de toute façon, faire n'importe quoi. Ils espèrent ainsi obtenir un résultat très rapide. Ils ont recours à leur connaissance et à leur imagination pour inventer une formule qui leur plaise. J'ai envie de faire cela, donc je le fais, disent-ils. Ils attendent un résultat immédiat et miraculeux. Mais le mouvement se déclenche au moment où l'on s'y attend le moins. Tant qu'ils cherchent, ils n'ont rien. Comme ils sont pressés, ils inventent. Il est vrai que le mouvement régénérateur peut avoir des effets thérapeutiques. Cependant la thérapeutique n'est pas le but du mouvement. Ces effets sont les conséquences de l'ouverture de l'esprit et de l'activation de l'organisme ; il ne s'agit nullement de la neutralisation du symptôme comme on pourrait l'attendre du mot « thérapeutique ».

Yoga et Mouvement régénérateur qui sont des « techniques » très divergentes, ont pourtant ceci en commun de demander, un temps d'acquisition, de maturation, de réalisation car la volonté, la bonne volonté même n'y peuvent pas grand chose. Il convient plutôt de poser des actes avec persévérance et... lâcher prise, ce qui n'est pas l'aptitude la plus répandue en Occident.

### 5.3. La relaxation

La relaxation est une méthode très utile et efficace dans certains troubles anxieux, mais elle est plutôt peu recommandée en cas de névrose traumatique. En effet, lorsqu'une victime de traumatisme est atteinte d'angoisse, elle n'a aucune façon d'échapper à la peur qui est générée intérieurement. L'ouvrage de Levine relate un exemple indiscutable de dégâts possibles de la relaxation face à l'angoisse : « Le trauma était un mystère complet pour moi quand j'ai commencé la première fois à travailler sur cela. Ma première percée dans sa compréhension est venue complètement inopinément. Nancy souffrait de crises de panique intenses. Elles étaient si sévères qu'elle n'était plus capable de quitter sa maison seule. Un psychiatre qui connaissait mon intérêt pour les approches psychocorporelles me l'avait adressée. [...] Il pensait qu'une sorte de relaxation pourrait l'aider. Mais la relaxation n'était pas la bonne réponse. Lors de notre premier entretien, alors que je tentais naïvement et plein de bonnes intentions de l'aider à se relaxer, elle entra dans une véritable attaque de panique. Elle se paralysa, devint incapable de respirer. Son cœur battait sauvagement et sembla soudain pratiquement s'arrêter. Je m'affolai moi-même tout à fait [...] et nous sommes entrés ensemble dans une attaque de panique cauchemardesque. Surmontant ma peur intense, réussissant quelque peu à rester présent, j'eus la vision passagère d'un tigre qui nous sautait dessus. Mû par l'expérience, je m'exclamai fortement : « vous êtes attaquée par un grand tigre. Regardez-le venir sur vous. Courrez vers cet arbre, grimpez et sauvez-vous ! A ma grande surprise, ses jambes se mirent à faire des mouvements de course en tremblant. Elle lâcha un cri propre à vous glacer le sang qui rameuta un agent de police qui passait par là. (Heureusement mon collègue de bureau réussit à peu près à lui expliquer la situation.) Elle commença à trembler, à être secouée et à hoqueter en

vagues convulsives du corps entier. Nancy continua à être secouée ainsi pendant près d'une heure. »<sup>65</sup>

Levine n'abandonnera pas la relaxation, comme nous l'avons vu dans les annexes.. Mais il ne commencera plus jamais ainsi. D'abord, terminer le mouvement de réorientation, dérouler le mouvement de fuite ou de combat jusqu'au bout, réorienter, rassurer le cerveau reptilien. D'abord retrouver la sécurité par des sensations corporelles agréables, par des visualisations à l'état vigile et non en relaxation. La relaxation est un piètre remède contre une attaque de panique. Elle aggrave beaucoup l'état du patient car il s'approche encore davantage d'un danger inconscient déjà si menaçant. Cette contre-indication est connue, il est classiquement suggéré une écoute empathique mais surtout rassurante où la distraction est préférée au repli sur soi : discussion, télévision, promenade.

Nous pensons que c'est surtout la sollicitation du corps qui est à retenir dans la prise en charge du traumatisme par la relaxation. Les enseignements de premier degré s'entraînent à obtenir une détente du corps lui-même : relâchement musculaire, prise de conscience des points de contact du corps avec son support, prise de conscience de la respiration, allongement du souffle, prise de conscience du bien-être avec ces simples sensations du corps.

En effet, les exercices de second degré qui sont plus mentaux ne sont pas accessibles facilement aux personnes souffrant de graves troubles anxieux. La peur de la peur, c'est-à-dire l'angoisse guette toute proximité avec un souvenir traumatique pour surgir. Parfois l'absence même de contrainte psychique suffit. De ce point de vue, les exercices respiratoires utilisés régulièrement sont d'une bien plus grande efficacité. Nous gardons en mémoire les électro-encéphalogrammes des volontaires qui montraient bien davantage d'ondes alpha après quelques respirations que certaines séances longues de relaxation mentale.

#### **5.4. La symbolisation par l'image ou l'écriture**

L'écoute des récits des survivants de la Shoah est venue s'insérer ici. Comment ceux qui ont vécu l'extrême font-ils pour survivre psychiquement, pour échapper au stress traumatique ? Au départ, le clivage du Moi et le refoulement conservateur avec déni d'une partie de la réalité sont des mesures d'auto-thérapie qui permettent d'échapper au suicide ou à la folie, mais plus tard, leur maintien prive le sujet de l'expérience la plus importante de sa vie et de la part importante de sa libido – de sa capacité d'aimer, de s'intéresser et de créer – qui y reste fixée.

Douter de la pertinence de l'oubli comme auto-thérapie provisoire est facile pour qui n'a pas vécu de drame intense. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de lire encore d'autres auteurs, et notamment ceux qui ont tenté d'écrire à propos du traumatisme.

La question de savoir si la narration est importante pour sortir du traumatisme est recouverte par celle de savoir si la remémoration est importante ou nécessaire pour sortir du trauma. La position de Nachin est claire. Oui, elle est nécessaire car sinon la victime engloutit avec le trauma ses capacités d'aimer

---

<sup>65</sup> Levine, P. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley : North Atlantic Books. Traduit par nous.

### *3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique*

L'absence de fiction replace les témoins dans une trop forte reviviscence traumatique. La proximité du vécu traumatique ne permet pas l'écart nécessaire entre le témoin et la position de victime. Primo Levi avait pu survivre à l'intérieur du camp sans doute en préparant son récit, cela mettait une distance entre ce qu'il vivait et lui. Cela lui permettait de continuer à converser au moins virtuellement avec ses congénères humains. C'était aussi pour témoigner qu'il était nécessaire de survivre. Et s'il a pris des notes pendant son internement, c'est à la libération qu'il a véritablement commencé à écrire.

Mais son exceptionnelle disposition à l'écriture, à rendre présentes la destruction et la survie « se paie d'un besoin vital constamment réanimé par l'écriture même : que le témoin interne maintenu en vie au cœur de la catastrophe soit totalement reconnu dans l'après, derrière la reconnaissance du témoin en personne. Il est vraisemblable que ce besoin interne, impossible à véritablement combler par une reconnaissance externe (sociale) pourtant de plus en plus avérée, ait pesé lourd au moment du suicide, en 1987, dans un contexte marqué par le redéploiement des thèses révisionnistes et négationnistes. »<sup>66</sup>

La fiction aurait-elle permis à Primo Levi de se désengager de son exigence de soutien extérieur ? Sans doute protège-t-elle au moins de la répétition traumatique. C'est l'avis d'autres auteurs que nous avons pu entendre dans le séminaire d'anthropologie que nous avons eu la chance et le plaisir de suivre pendant ces années de préparation doctorale.

Ceci n'est-il pas incompatible avec la position de Ferenczi pour lequel la réalité du traumatisme doit vraiment être entendue et attestée par l'adulte, faute de quoi, l'enfant est aussi ignorant du traumatisme qu'on lui demande de l'être ?

Nous ne pouvons pas demander aux patients d'ostéopathie de nous produire une fiction sur leurs traumatismes. Doit-on les pousser à les raconter ? Ou plutôt à se taire ? A raconter de façon parcellaire ? Ici la réponse est claire : il y a des zones obscures où il est sage de ne pas aller. Dans notre modèle personnel, la tête de Janus est souveraine pour le décider. Nous ne saurions engager les patients à aller plus loin que là où les porte leur évolution progressive.

Ce qui nous paraît remarquable, du point de vue du modèle, est que cette façon de se traiter, c'est une auto-thérapie, est rendue possible par la distance de la fiction. Pourquoi ? Parce qu'elle replace le sujet dans une dimension de groupe. Peu de personnes qui n'ont pas assisté, vécu, compris l'horreur ont envie d'en entendre parler crûment. Il faut que l'histoire soit métabolisée, au risque sinon de ne faire que des énumérations qui n'ont aucun sens pour autrui. La fiction est donc une symbolisation, partagée par l'image ou l'écriture, qui redonne à la victime un lien à la communauté humaine. Elle réintègre dans le corps social celui qui en est sorti en quelque façon par l'inhumanité de l'expérience.

---

<sup>66</sup> Chiantaretto, J.F. Op. Cit. p.117

Pour reprendre ce travail de mise en fiction, la symbolisation a été enrichie par une métaphorisation. Elle ne fait pas que reprendre et décrire le contexte, elle compare à des images pour mieux faire comprendre. Etudier cela de plus près a été très utile.

### 5.5. Aphasie, métaphore et métonymie

Tout le monde connaît la métaphore : il est fort comme un lion. On a condensé les données : il est fort comme un lion l'est. Dans un rêve, l'apparition d'un lion évoque facilement pour un sujet un personnage imposant ou important.

La métonymie, bien que familière, est utilisée presque à notre insu. C'est la figure de style par laquelle on désigne une partie pour le tout (une voile à l'horizon), le contenant pour le contenu (boire un verre), la cause pour l'effet ou l'effet pour la cause (il s'est fait descendre). L'apparition d'un verre vide dans un rêve ne donne pas immédiatement au rêveur l'idée du contenu. Il peut ainsi facilement résister au contenu du rêve. Que ces deux figures de style soient supportées par deux fonctions cérébrales différentes a été démontré par le travail sur les aphasies dont Jakobson a rendu compte avec grande précision.<sup>67</sup>

A/ Les aphasies de type I par trouble de la similarité.

Dans ces aphasies le malade ne peut plus faire de métaphore. Il utilise la métonymie volontiers : quand il a soif, il demande un verre et s'il ne peut dire « noir » dit « mort », ce qu'on fait pour un mort. C'est le contexte qui aide le sujet à parler. Incapable d'initier une conversation, il peut répondre si le contexte est fort. Il peut dire qu'il pleut s'il voit la pluie tomber mais pas autrement ; le malade ne peut plus passer d'une icône au symbole verbal Si le mot lui manque, il ne peut pas en trouver un autre aisément, tout devient un « machin ». L'aptitude polyglotte est perdue. Les constructions des phrases sont mieux conservées que les mots eux-mêmes. Il ordonne les objets selon leur contiguïté spatiale ou leur chronologie d'apparition mais ne peut adopter d'autres critères symboliques. Un malade veut bien nommer les couleurs fondamentales – rouge, bleu, vert, jaune- mais se refuse à étendre ces noms aux tons intermédiaires car pour lui les mots avaient perdu le pouvoir de porter des significations additionnelles, déplacées, associées par similarité à leur signification fondamentale.

B/ Au contraire, dans les aphasies de type II par trouble de la « contiguïté », le malade a une expression quasi-métaphorique et si sa mémoire « sémantique » est intacte, il ne peut plus construire ses phrases. Il produit des phrases en « tas de mots ». Le symbole est conservé, ce sont les structures qui sont perdues. La mémoire contextuelle, épisodique est défaillante.

Au-delà des pertes constituées par des aphasies, Jakobson remarque que les individus sont eux-mêmes plus disposés à utiliser un langage métonymique ou métaphorique sous l'influence des modèles culturels, de la personnalité et du style.

---

<sup>67</sup> Jakobson, R (1963) *Essais de linguistique générale. Les fondations du langage*. Paris, Ed de Minuit. p.44 – 67.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

|                     |                                  |                                     |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
|                     | Aphasie I – victimes d’AVP       | Aphasie II - psychonévroses         |
|                     | Troubles de la similarité        | Troubles de la contigüité           |
| Trouble de          | Sélection, substitution des mots | Combinaison, texture des mots       |
| Mémoire conservée   | Mémoire épisodique               | Mémoire sémantique                  |
| Mémoire défaillante | Mémoire sémantique               | Mémoire épisodique                  |
| Structure de phrase | Conservée                        | Absente                             |
| Langage - mots      | Demande un verre s’il a soif     | Demande du feu s’il veut voir clair |
| Langage - phrases   | Machins bien organisés           | Mots corrects en tas                |
| Utilise volontiers  | métonymie                        | métaphore                           |
| A perdu             | métaphore                        | métonymie                           |

Dans un test psychologique, des enfants sont mis en présence d’un nom et on leur demande d’exprimer les premières réactions verbales qui leur viennent à l’esprit. Dans cette expérience, deux prédilections linguistiques opposées se manifestent invariablement : la réponse est donnée soit comme un substitut, soit comme un complément du stimulus. Dans le second cas, stimulus et réponse forment ensemble une construction syntaxique propre, le plus souvent une phrase. On a désigné par les termes de substitutive et de prédicative ces deux types de réaction. Prenons un exemple. Stimulus : cyclope. Production substitutive : Le géant borgne. Production prédicative : ...m’était conté.

A la lumière de ces données comparons les productions des personnes qui ont subi un accident de voiture à celles des personnes qui ont des troubles produits par une psychonévrose. Nous avons vu antérieurement que les victimes d’AVP étaient le jouet de retours intrusifs incessants construits à partir de mémoire épisodique sempiternellement redéfilée, en rêve ou pendant la vie diurne. Le discours colle à l’événement. Dans un même temps, l’alexithymie, quoique vécue douloureusement, empêche l’individu de ressentir et d’y voir clair dans les nuances de ses émotions par repérage ou utilisation défaillants du réservoir sémantique du déjà vécu. Comme le dit Stickgold, les données de la vie épisodique ne peuvent se transférer à la mémoire sémantique. La vie imaginative est amoindrie, le sujet colle à la réalité, le préconscient est figé. C’est ce qu’on a nommé la pensée opératoire en médecine psychosomatique. Nous retrouvons toutes les caractéristiques des aphasies par troubles de la similarité, de type I.

Il semble qu’il en aille tout autrement avec les troubles issus de névroses infantiles, qui ressemblent aux aphasies de type II, car le corps métaphorise bruyamment des histoires anciennes par des symptômes somatiques imités .

Nous venons de voir que, pour sortir du trauma, utiliser la fiction, la symbolisation était un procédé très utile, pour certaines personnes du moins. Les outils doivent pouvoir s'adapter aux personnalités de chacun.

Il semble qu'en travaillant du côté du corps, on arrive plus facilement à calmer l'amygdale à condition que le mental ne s'en mêle pas. En revanche, en travaillant avec la parole, on calme les souffrances mentales de culpabilité, d'ambivalence, de peur des conséquences. Le mental doit faire le tour des conséquences. Mais nous avons ajouté au passage l'appartenance et le soutien social comme éléments fondamentaux pour sortir de l'inhumanité conférée par le traumatisme. Cet élément semble spécifique de l'approche chamanique que nous reprenons avec Lévi-Strauss.

#### 5.6. Chamanisme et efficacité symbolique

Lévi-Strauss théorise l'efficacité symbolique à partir d'un chant de cinq cent trente-cinq versets chanté par un chaman pour aider une parturiente confrontée à une difficulté inhabituelle d'accoucher. Après des fumigations de fèves de cacao brûlées, des invocations et après avoir taillé des statues dans des souches de bois d'essences particulières représentant les esprits protecteurs, le chaman chante à la patiente le combat qu'il mène avec Muu, la puissance responsable de la formation du fœtus, qui a pris trop de pouvoir et empêche l'accouchement. Muu n'est pas directement attaquée, c'est une quête du Purba, âme de la future mère, qui doit être libérée. Pour cela le chaman anéantit nombre d'obstacles et d'animaux féroces et livre enfin un grand tournoi à l'aide de chapeaux magiques dont le poids est insoutenable aux filles de Muu qui libèrent le Purba.

Lévi-Strauss compare les effets de la cure chamanique et de la psychanalyse : « La cure consisterait donc à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs ; et acceptables pour l'esprit des douleurs que le corps se refuse à tolérer. Que la mythologie du chaman ne corresponde pas à une réalité objective n'a pas d'importance : la malade y croit, et elle est membre d'une société qui y croit. [...] Dans les deux cas aussi [psychanalyse et cure chamanique] les conflits et les résistances se dissolvent, non du fait de la connaissance, réelle ou supposée, que la malade acquiert progressivement, mais parce que cette connaissance rend possible une expérience spécifique, au cours de laquelle les conflits se réalisent dans un ordre et sur un plan qui permettent leur libre déroulement et conduisent à leur dénouement. Cette expérience vécue reçoit, en psychanalyse, le nom d'*abréaction*. »<sup>68</sup>

Par rapport à la clinique du traumatisme, nous observons aussi que le temps passé pour les préparatifs est un investissement narcissique offert à la patiente. Avec son chant convoquant tantôt des éléments de la vie concrète, tantôt à des éléments de la vie magique et fantasmatique le chaman produit des oscillations réalité/fantasme et conscient/inconscient qui doivent produire un effet dissociatif. C'est aussi un détachement, une exploration de toutes les issues, toutes les images possibles pour libérer le préconscient qui serait accroché à une représentation paralysante qu'on ne

<sup>68</sup> Lévi-Strauss, Cl. (1958) L'efficacité symbolique in *Anthropologie structurale*. Paris : Plon, 1974 p.226 et 227.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

recherche pas : ce sont des représentations symboliques, tantôt sous forme d'animaux vaincus, tantôt sous forme d'objets magiques et du chaman lui-même, qui sont convoqués pour aider, parfois doucement, parfois violemment, les résistances à accoucher. Enfin, les organes déficients sont représentés comme des entités qu'il faut plutôt prier de revenir à un fonctionnement normal que d'exterminer par un combat.

Ce qui est tout à fait singulier ici c'est l'absence totale de sollicitation de la mémoire épisodique. L'épisodique n'est-il donc pas nécessaire ? C'est pourtant le point de départ des psychothérapies. Pour l'occidental, la parole sert à remettre de la logique, c'est son principal mode pour retrouver du matériel refoulé ou clivé. Là on ne demande rien à la parturiente. On l'emmène. Où ? Sur un chemin parsemé de ces représentations symboliques qui, en étant tantôt du côté de la réalité, tantôt du côté du mythe, convoquent en un temps raccourci la métonymie et la métaphore. La métaphore est relayée par tout le corps social auquel la patiente appartient. Elle peut décondenser sans logique parce qu'elle est dans un cadre où la métaphore est le consensus social.

#### Conclusion :

Faire appel au corps et faire appel aux métaphores, voilà qui est difficile pour les occidentaux. Il est possible que toutes ces techniques soient difficiles d'accès aux occidentaux parce qu'ils ont reçu une éducation trop spécialisée, dichotomisée, trop mentalisée.

Les techniques du corps, autant que les croyances utiles aux métaphores sont extraordinairement variées dans le monde. Y échapper paraît difficile, Mucchielli nous en a averti déjà. L'article de Marcel Mauss<sup>69</sup> est lui aussi explicite sur ce thème.

Toutes les techniques du corps sont différentes en fonction du lieu et de l'époque : « Je savais bien, nous explique Mauss, que la marche, la nage, par exemple, toutes sortes de choses de ce type sont spécifiques à des sociétés déterminées, que les Polynésiens ne nagent pas comme nous, que ma génération n'a pas nagé comme la génération actuelle nage. [...] Notre génération, ici, a assisté à un changement complet de technique : nous avons vu remplacer par les différentes sortes de *crawl* la nage à brasse et à tête hors de l'eau. De plus on a perdu l'usage d'avaler de l'eau et de la cracher. Car les nageurs se considéraient, de mon temps, comme des espèces de bateaux à vapeur. C'était stupide, mais enfin je fais encore ce geste : je ne peux pas me débarrasser de ma technique. Voilà donc une technique du corps spécifique, un art gymnique perfectionné de notre temps. Mais cette spécificité est le caractère de toutes les techniques. Un exemple : pendant la guerre j'ai pu faire des observations nombreuses sur cette spécificité des techniques. Ainsi celle de *bêcher*. Les troupes anglaises avec lesquelles j'étais ne savaient pas se servir de bèches françaises, ce qui obligeait à changer 8 000 bèches par division quand nous relevions une division française, et inversement. Voilà à l'évidence comment un tour de main ne s'apprend que lentement. Toute technique proprement dite a sa forme. »<sup>70</sup>

<sup>69</sup> Mauss, M. (1950). Les techniques du corps. In *sociologie et anthropologie*. Paris : PUF. p.365-384

<sup>70</sup> Mauss. Ibid. p.366-7.



Il ressort des observations de Mauss que les techniques du corps sont des montages physio-psycho-sociologiques de séries d'actes. Il prétend que l'éducation des races consiste en particulier dans l'éducation du sang-froid. Le sang-froid serait pour lui un mécanisme de retardement et d'inhibition de mouvements désordonnés en vue d'une réponse coordonnée dans un but choisi.

Il considère que la résistance à l'émoi est fondamentale dans la vie sociale et mentale et que son absence est le critère déterminant qui permet le repérage des sociétés dites primitives.

Par quels mécanismes Mauss considère-t-il la perte des mouvements spontanés de protection en cas de danger comme une supériorité de « race » éduquée ? Est-ce cet ethnocentrisme vaniteux qui a réglementé l'ignorance du corps et donné ce sentiment de supériorité si spécifique de l'homme occidental ? Nous serions tentée de dire, avec le Comte Antoine Rivarol (1753-1801) à ce propos : « c'est un terrible avantage que de n'avoir rien fait, mais il ne faut pas en abuser. » Si l'homme civilisé ne sait plus rien faire de son corps, il n'est peut-être pas obligé de s'en enorgueillir autant. La mentalisation pousse à l'obsessionnalisation, à la méfiance du corps. Nous allons décliner cette idée en abordant le dernier point de ce chapitre qui rappelle les avatars de l'approche du corps traumatisé en Occident et aux USA.

#### 6. Interdit de l'approche du corps traumatisé en Occident et aux USA

L'interdit du toucher nous intéresse *a priori* parce qu'il nous semble qu'on doive y imputer une part de la résistance que l'ostéopathie rencontre à son adoption. Si cela est clairement explicite encore aujourd'hui aux USA, c'est un mécanisme sans doute plus obscur et moins conscient pour les Occidentaux. Ces derniers semblent pourtant plus proches d'en finir avec ce mécanisme de défense actuellement.

Les Grecs anciens privilégiaient le corps comme outil dont il fallait prendre soin, voire cultiver pour éviter les maladies. Le corps était même utilisé alors comme média pour soigner les maladies, tant physiques que mentales. Puis la pensée judéo-chrétienne a fait du corps le lieu du péché. Damasio a rendu célèbres les positions de Descartes et de Spinoza dans cette bataille de la dualité ou du monisme du corps et de l'esprit<sup>71</sup>. Quand Bergson invente le terme de « processus sensori-moteurs », c'est pour insister sur l'unité de la perception et de l'action, unité qui engage la conscience dans le rapport au monde et à la temporalité.

Les désenvoûtements, puis l'hypnose et ses variantes avec le magnétisme de Mesmer et l'Ecole de Nancy ont produit un recours au corps pour soigner les désordres tant mentaux que corporels. Mais si le corps était mis en œuvre, il n'était pas touché.

C'est finalement Freud qui, peu doué pour l'hypnose, préférait faire surgir les associations enfouies dans l'inconscient, en touchant le front de ses patientes et en leur demandant ce qui leur venait en tête quand il retirait sa main.

Et, cela ne se dit pas souvent, Freud a aussi été un praticien du corps qui appréciait le sens somato-psychique du traitement pour ses patients. Il a lui-même pratiqué les massages thérapeutiques jusqu'en 1900 : « le traitement par bains chauds, **massages biquotidiens** et suggestion hypnotique se poursuivit les jours suivants. Elle dormait

---

<sup>71</sup> Damasio, A-R. (2000). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob. et Damasio, A-R. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris : Odile Jacob.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

bien, se remettait à vue d'œil et passait la plus grande partie de la journée tranquillement allongée<sup>72</sup>. »

Freud écouta pourtant l'injonction de sa patiente, Mme Emmy von N, qui s'était écriée, en ce premier jour de Mai 1889 (également premier jour de son traitement avec Freud) : « Ne bougez pas ! Ne dites rien ! Ne me touchez pas ! »

Après cela, l'interdit du toucher a longtemps sévi en psychologie. Est-ce la fameuse exclamation d'Emmy que Freud a écoutée ? Prayez rend plutôt la personnalité obsessionnelle de Freud responsable de l'abandon du toucher. Nous pensons aussi que la culture occidentale confine à l'obsession par ses injonctions de puissance, contrôle et recherche de sécurité. On peut y voir aussi, comme déjà mentionné, les traces encore vivaces du judéo-christianisme qui a emmaillotté non seulement la sexualité mais aussi le corps entier dans des siècles de honte.

Jamais abandonné en psychiatrie dans les asiles, mais surtout maltraité par des procédés plus barbares les uns que les autres, tels que les bains froids prolongés, le corps a repris quelque place en psychologie très progressivement.

En provenance des USA, le mouvement hippy, porteur de libération sexuelle, des voyages intérieurs par le LSD, de pratiques du massage nu<sup>73</sup> ont introduit d'autres recours au corps dans le mouvement de l'antipsychiatrie et dans la conscience des jeunes des classes moyennes européennes des années 70 - 80. La confusion toucher/sexualité fait un retour en force. La drogue et les sensations de nirvana s'associent au mysticisme et contaminent véritablement les pratiques du corps holistiques en provenance d'Extrême-Orient.

Parallèlement à cela, la communauté scientifique internationale s'est tournée avec grand intérêt vers les cultures exotiques et ses chamanes pour lesquels le corps est le media indispensable des trances et des guérisons.

Dans un même mouvement, les médecines orientales étaient mises à disposition des européens les plus curieux (acupuncture, shiatsu, herboristerie), pendant que les techniques d'entretien du corps de même provenance affinaient les actions adressées au corps en une énergétique subtile (do-in, chi quong, yoga) à découvrir en son être intérieur.

Pendant ce temps la phénoménologie, via Hegel, Schopenhauer, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty et bien d'autres, frayait le chemin du corps vécu comme carrefour incontournable entre le corps et le psychisme. L'Ecole de Psychosomatique redonnait une consistance importante aux liens corps/psyché. Gentis et les partisans de la Gestalt avaient repris la voie des californiens...

Françoise Dolto reprenait le corps et le conjugait à la psychanalyse avec l'image du corps. En 1945 le Néerlandais Veldman avait inventé cette science de l'affectivité et du contact psychotactile. Il avait commencé à travailler en psychothérapie avec des patients très gravement atteints qui n'avaient plus aucun contact affectif. C'étaient dans un but prophylactique qu'il avait inventé l'haptonomie.

---

<sup>72</sup> Freud, S. (1889). Mme Emmy von N... In *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1956. Souligné par nous. p. 38

<sup>73</sup> Le massage nu (praticien et patient) ou relaxation californienne, était encore pratiqué dans les années 1980 à Essalen

Le champ de la périnatalité est un petit espace dans le champ de l'haptonomie mais elle plaisait aux futures mères et était accueillie favorablement par quelques obstétriciens et équipes hospitalières. La fille de F. Dolto, Catherine adoptait et faisait connaître l'haptonomie dans le milieu des sages-femmes.

Le relai a aussi été pris par les CEMEA, organismes de formation bénévoles pour la scolarisation dans les pays largement analphabètes, bénévoles déjà sensibilisés aux techniques traditionnelles du corps des pays d'accueil dans le nursing des tout-petits. Tous ont contribué, chacun à sa façon, à ouvrir la voie du corps comme média pour un travail psychologique.

La psychomotricité et l'ergothérapie sont entrées officiellement dans les institutions psychiatriques où quelques massages et la relaxation ont pu être proposés, succédant aux psychanalyses des psychotiques. Pour y a contribué. Notre parcours institutionnel nous a sensibilisée à l'abandon du toucher très rapide et systématique dans tous les lieux de soins institutionnels (des crèches aux maisons de retraite, des hôpitaux généraux aux hôpitaux psychiatriques). Le seul lieu où il tenait presque bon, c'était les soins palliatifs. Une telle résistance, aussi vieille et chronique que les institutions elles-mêmes, avait éveillé notre curiosité. Nous en avons produit un mémoire de maîtrise<sup>74</sup> qui soulignait surtout la difficile dissociation entre le toucher et le sexuel dans les fantasmes d'un groupe et tentait d'élaborer quelques règles pour une meilleure intégration dans un cadre institutionnel.

Il nous semble qu'un net mouvement s'est dessiné en faveur du toucher chez les psychanalystes français à partir de l'article d'Anzieu sur le Moi-Peau. publié en 1974 dans la Nouvelle revue de Psychanalyse. L'article a été étoffé dans l'ouvrage le Moi-Peau de 1985 et enfin l'article de 1993 : « La peau, du plaisir à la pensée » synthétise son parcours à ce sujet qui est finalement celui du toucher en tant que précurseur de la pensée.

Le parcours philosophique d'Anzieu et sa position de théoricien de la psychanalyse ont permis ce coup de force de réhabiliter le corps dans la pensée analytique par le biais du langage.

En 1953, Lacan ouvrait cette voie : « La parole en effet est un don de langage, et le langage n'est pas immatériel. Il est corps subtil, mais il est corps. Les mots sont pris dans toutes les images corporelles qui captivent le sujet.<sup>75</sup>

Selon Gori<sup>76</sup> Anzieu va plus loin et reproche aux travaux de Lacan sur la parole et le langage d'oublier le corps des pulsions, de surestimer le signifiant aux dépens du sexuel. Anzieu souligne les pulsions sexuelles et agressives au sein de l'acte de parole. L'angoisse de séparation, la fonction maternelle, les éprouvés visuels, kinesthésiques, cénesthésiques, tactiles jouent pour lui un rôle fondamental dans l'apprentissage du langage et le plaisir de parler. Le langage devient objet transitionnel : par le langage la mère fournit à l'enfant la possibilité d'avoir avec elle des échanges infinis.

---

<sup>74</sup> Ropars C. (1994) *L'évitement du toucher en tant que mécanisme de défense dans les institutions de soin*. Non publié.

<sup>75</sup> Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse In *Ecrits*.(p.301). Paris : Seuil.

<sup>76</sup> Gori, R. ((2002). Didier Anzieu, le langage et la psychanalyse : la chair de la parole. In *Le journal des psychologues, Hors série*, 26-30.

### 3. Recherche théorique. D/ Le traumatisme psychique

« L'inconscient, c'est-à-dire le corps<sup>77</sup> » et par lui « l'amour de la mère, l'image du corps font du langage et de la logique naissants un objet transitionnel, au sens de Winnicott, plus efficace et plus durable que les ours en peluche ou les poupées, un objet source de jeux et de plaisirs infinis.<sup>78</sup>

Réciproquement l'espace analytique offre une condition favorable pour « retrouver l'origine corporelle imaginaire de toute parole chez l'enfant. [...] Déciffrer les paroles du patient, c'est pour l'analyste, d'une part repérer à partir de quel lieu de l'image du corps le patient parle ; c'est d'autre part rendre explicites les règles non conscientes au nom desquelles ce même patient parle implicitement, c'est-à-dire son codage inconscient. »<sup>79</sup>

C'est ainsi qu'Anzieu, s'écartant du structuralisme, reprend la succession des postfreudiens et après avoir enraciné l'inconscient et le langage dans le corps, porte sa réflexion non pas tant sur les pensées que sur le travail que le penser opère sur elles. Il s'intéresse ainsi à la notion de contenant et de contenus. Dans la notion de contenant de pensée, il s'inscrit dans la perspective des recherches postkleiniennes et notamment celles d'Esther Bick<sup>80</sup> sur le rôle des expériences cutanées dans la mise en place des relations d'objet précoces. Ces recherches ont donné lieu progressivement à la notion d'*enveloppes psychiques* décisives aujourd'hui dans l'approche du bébé et des pathologies archaïques. Le contenu quant à lui a été pensé par Anzieu dans la lignée des signifiants primordiaux ou archaïques, premiers éléments de représentation mentale. Il les a nommés : « signifiants formels ». Ainsi les signifiants formels sont des représentants psychiques de certaines pulsions, dont les pulsions d'attachement et d'autodestruction. Ils s'inscrivent dans la catégorie de représentations de choses, en particulier de celles de l'espace et des états du corps. D'autres auteurs ont travaillé dans ce champ de concepts : Castoriadis-Aulagnier<sup>81</sup> (le pictogramme), Bion<sup>82</sup> (éléments Bêta) et Tustin.<sup>83</sup> (les contours autistiques). Les signifiants formels d'Anzieu renvoient plus spécifiquement à la verbalisation dans l'après-coup d'expériences sensorielles précoces, expériences qui sont décrites comme fragmentaires, intransitives et qui ne sont pas reprises dans le processus d'historicisation psychique.

En substance la thèse d'Anzieu est que « *le penser est généré dans le psychisme par analogie et homologie avec la structure du corps et spécialement de la peau. Cette génération s'opère sur trois niveaux : la peau, le moi et le penser : « Au niveau biologique, la peau contient les organes, les tissus, l'ossature du corps. Au niveau psychologique, le moi contient les sensations, émotions, actions, fantasmatisations. Au niveau intellectuel, le penser contient les pensées, les représente par des signes, les organise en catégories et en théories. »*

---

<sup>77</sup> Anzieu, D. (1971). Le corps et le code dans les contes de J.L. Borges. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 3, 198.

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Anzieu, D. (1970). Eléments d'une théorie de l'interprétation. *Revue française de psychanalyse*, 5-6, 809.

<sup>80</sup> Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.

<sup>81</sup> Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.

<sup>82</sup> Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.

<sup>83</sup> Tustin, F. (1989). *Le trou noir de la psyché*. Paris : Seuil.

Quelles sont donc les fonctions de la peau selon Anzieu ? Elles sont au nombre de neuf en 1985 : la maintenance, la contenance, la surface d'excitation, la surface d'inscription, la consensualité, l'individuation, la recharge énergétique, le soutien de l'excitation sexuelle et la fonction auto-immune. Cette dernière sera écartée en 1993 comme fonction anti-fonction, susceptible d'attaquer les huit autres.

Le fraying du toucher jusqu'aux sphères du psy non asilaire existe finalement grâce au statut non équivoque de psychanalyste d'Anzieu, à la complexité de sa pensée et encore aux précautions qu'il prend. En effet, s'il montre l'intérêt du toucher, Anzieu insiste sur son interdit à partir d'un certain âge afin d'aider à la structuration du psychisme.

Dejours<sup>84</sup> et Prayez<sup>85</sup> qui ont été plus loin, poursuivant l'effort, l'un dans la voie du corps, l'autre du toucher, bientôt suivi de Gillis qui conjugait à nouveau psychanalyse, psychiatrie et toucher. Nous avons placé le beau travail de Gillis dans le Tome 3<sup>86</sup>. Nous nous sommes surtout inspirée du travail de Prayez, qui lui-même s'est appuyé sur les concepts de Dejours pour la part conceptuelle de l'action psychothérapeutique du toucher.

Le corps retrouve ses adeptes du côté des psychothérapeutes. Nous en voyons les effets dans un mélange progressif des approches conjuguées. Ce qui aurait fait crier au scandale il y a vingt ans devient possible. On touche un patient en psychothérapie. Quels effets cela fait-il ? Nous laissons la parole à Prayez qui introduit extraordinairement la suite du débat sur l'action spécifique de l'ostéopathie.

---

<sup>84</sup> Outre son appartenance à l'Ecole de Psychosomatique de Paris Christophe Dejours est reconnu pour son travail immense sur la Souffrance au travail en France et ses cours dans le cadre du cursus de psychologue du travail aux Arts et Métiers

<sup>85</sup> Prayez, P. Kinésithérapeute et psychologue, connu par ses stages hospitaliers organisés avec J. Savatofski et son ouvrage très intéressant : Savatofski, J. (1994). *Le toucher en psychothérapie*. Paris : Epi.

<sup>86</sup> Tome 3 p.253

## **E/ Action psychique observée dans la prise en charge du traumatisme par ostéopathie fonctionnelle**

### **1. L'action psychique du toucher**

Les connaissances à propos du toucher ont déjà exploré ses apports spécifiques. Nous allons déjà reprendre les points qui nous semblent majeurs pour considérer par la suite ce qui est particulier à l'ostéopathie. En quoi le toucher est-il thérapeutique ?

#### **1.1. Le toucher et sentiment de sécurité**

Toucher est difficile, c'est une question de « proxémie » : les individus appartenant à des cultures différentes non seulement parlent des langues différentes mais, plus important encore, habitent des mondes sensoriels différents.<sup>1</sup> Pourtant notre expérience nous a montré combien toucher est fondamental dans le cadre des soins hospitaliers car « son action est sans doute unique. Une raison en est que le langage non verbal, parce qu'il est très universel, est décodé facilement de façon fiable. Si on peut mentir avec des mots, c'est bien plus difficile avec du langage non verbal. La mimique, le ton de la voix, les « affects de vitalité<sup>2</sup> », la rapidité de la respiration, l'odeur même renseignent sans mentir sur les émotions et les intentions des protagonistes. Il n'est pas certain que nous décodions consciemment tous ces messages infra-verbaux mais notre inconscient semble bien repérer que ce soignant-là nous veut du bien et que nous pouvons lui faire confiance. [...] Ainsi le toucher paraît être un atout capital pour restaurer des espaces de confiance avec autrui. C'est sans doute une des explications des vertus du massage que de permettre aux soignés d'exprimer les non-dits, de pouvoir reprendre les « unfinished business » (travail de catharsis des vécus douloureux ou traumatiques de la vie) et de sortir de l'isolement. D'une deuxième façon, le toucher rassure et reconforte car il crée des liens sécurisants. Quand un petit enfant s'éloigne de sa mère pour explorer son environnement, il vient se réfugier dans ses bras dès qu'il est effrayé pour mieux retourner ensuite à son exploration. Pour étudier le lien entre cette tendance à chercher le contact et l'attachement, Harlow<sup>3</sup> a comparé les réactions des bébés singes à des mères « artificielles » revêtues de chiffons doux *allaitantes* et non *allaitantes* avec leurs réactions à des mères artificielles en fil métallique, *allaitantes* ou non. Si l'on ne tient pas compte du facteur « allaitement », les mères en chiffons étaient pratiquement toujours choisies comme objet d'attachement et la variable « allaitement » était loin de la signification statistique. De ces très grandes différences de comportement, Harlow conclut que le réconfort du contact constituait l'une des variables d'importance majeure, sinon la seule, dans le déterminisme de

---

<sup>1</sup> Hall, E.T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Seuil.

<sup>2</sup> « L'expressivité des affects de vitalité peut être comparée à celle d'un spectacle de marionnettes. Les marionnettes n'ont pas ou peu d'aptitudes à exprimer les catégories d'affects au moyen de signaux faciaux, et le répertoire de gestes ou de postures conventionnels dont elles disposent pour faire passer des signaux affectifs est habituellement pauvre. En général, c'est de la façon dont elles se déplacent que nous déduisons les différents affects de vitalité tirés des profils d'activation qu'elles dessinent. Le plus souvent, le caractère des différentes marionnettes se définit principalement en fonction d'affects de vitalité particuliers. L'un peut être léthargique, avec les bras tombant et la tête baissée, une autre pleine de force et une autre enjouée. » Stern, D. (1988) *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF.

<sup>3</sup> Harlow H.F. (1958) The nature of love. *American Psychologist*. Vol.13, 673-685

l'attachement de l'enfant et de son activité envers sa mère. »<sup>4</sup> L'envie de toucher, tenir, presser, caresser, le besoin d'être porté, soutenu, de ressentir des contacts cutanés doux n'ont rien de « sexuel » en terme physiologique, mais participent plutôt au besoin de sécurité lié à l'attachement.

### 1.2. Le toucher et érogénèse contenante

Pascal Prayez, psychologue et kinésithérapeute, a théorisé déjà l'action du toucher thérapeutique comme procurant une « érogénèse contenante »<sup>5</sup>. Selon sa théorie, le toucher est un événement relationnel qui agit à la source de la pulsion, la convoque, mais qui comporte en lui-même la limite de la rencontre intersubjective ainsi sollicitée. Concernant la peau, cet appel s'appuie sur la structure réflexive de l'enveloppe cutanée pour amener le sujet à se toucher lui-même.

Dans un cadre psychothérapeutique l'érogénèse contenante se réalise à travers trois processus principaux : la levée de l'isolation, le contenant formel et l'interprétation en acte :

#### 1.2.1. La levée de l'isolation

Le toucher thérapeutique ne permet pas le déni, car il appelle à la conscience de la sensation à travers la présence réelle du thérapeute, il amène sur le terrain de la perception. Si le toucher doit s'exercer avec prudence et compétence lorsqu'il se déploie dans le champ psychothérapeutique, c'est précisément parce qu'il sollicite les processus primaires, et appelle la contrainte pulsionnelle, le *Zwang* à s'exprimer<sup>6</sup>. Un des points d'impact essentiel du toucher thérapeutique concerne la digue qui sépare le Conscient de l'Inconscient. Ce barrage, dressé contre les forces instinctuelles qui contraignent au passage à l'acte, est avant tout constitué par l'*isolation* ou *tabou du toucher*.

#### 1.2.2. Le contenant formel

R. Kaës distingue l'aspect immobile et stable du support de l'aspect actif de ce cadre ou « conteneur » dont le but est d'accueillir et de transformer les énergies instinctuelles du tout-petit pour les lui restituer sous une forme tolérable, disponible pour le sujet. Selon Prayez, le concept de « contenant-attracteur » désigne la séduction de la mère et de l'environnement maternel sans lequel il n'y aurait sans doute pas d'humanisation. L'enkystement dans une auto sensualité autistique pathologique pourrait survenir soit du fait d'une défaillance de l'environnement dans ses capacités « attirantes/rassemblantes », soit d'une prédisposition sensorielle plus marquée (en particulier au niveau tactile).

### 1.3. L'interprétation mise en acte

L'interprétation en acte : d'un point de vue ontogénétique, on peut penser que les sensations/perceptions proposées par la mère à l'occasion de ses gestes simultanément qualifiés par ses paroles modèlent et donnent sens aux expériences du nourrisson... Si le cadre thérapeutique le permet, le toucher, soutenu par une intention et un contexte de communication, vient interpréter tout en les sollicitant les

<sup>4</sup> Ropars, C. (2001) On ne pouvait pas dire qu'on ne savait pas! Relaxation, toucher et massage dans la douleur chronique. *Bulletin d'éducation du Patient*. 20, 51-55.

<sup>5</sup> Prayez, P. (1994). *Le toucher en psychothérapie*. Paris : Epi.

<sup>6</sup> Zwang désigne, sous la plume de Freud, le mode de fonctionnement et les manifestations de l'énergie libre.

mouvements instinctuels du sujet. L'interprétation en acte ne s'applique pas stricto sensu autant aux techniques corporelles que dans le toucher en psychothérapie dans la mesure où on ne tente pas d'interpréter les symptômes du patient. En revanche, l'effet interprétatif est sans doute joué de façon permanente dans l'approche du corps : un toucher qui produit des sensations sur les zones traumatiques alors qu'on n'a pas de contact direct avec elles, la sûreté des gestes, la confiance dont témoignent les praticiens du corps en pratiquant leur technique est sans nul doute autant d'interprétations dans la mesure où ces signes indiquent une compréhension du trouble, une expérience acquise et un monde intérieur qui accueille ces éléments avec facilité.

Prayer introduit également une fonction du toucher relative au narcissisme qui serait la capacité à inverser la polarité d'un vécu de narcissisme de mort. Ce point ayant été particulièrement bien développé par Colette Chiland, c'est sa propre théorie que nous avons adoptée.

#### 1.4. Le toucher contre la pulsion de mort

Nous employons la notion de narcissisme dans l'acception de *narcissisme normal* de Colette Chiland<sup>7</sup> : *investissement de soi-même qui permet de « se sentir bien dans sa peau », ce qui se traduit à des niveaux divers par une juste estime de soi, la croyance en la possibilité d'être aimé en complément du mouvement objectal de la croyance en la possibilité d'aimer, une pleine acceptation de son identité avec possibilité d'identification à autrui et capacité de supporter les différences, notamment celles liées au sexe, un sentiment de continuité, d'unité, de cohésion de soi impliquant la distinction du dedans et du dehors.*

Selon Chiland, la clinique de l'automutilation chez l'arriéré profond vient attaquer la notion classique freudienne de perte d'investissement narcissique à cause d'un investissement objectal comme dans l'état amoureux par exemple : « il paraît difficile de suivre Freud dans sa proposition que le moi s'appauvrirait en investissement libidinal par l'investissement libidinal objectal. Au contraire, un investissement narcissique libidinal (le narcissisme heureux) accompagne l'investissement libidinal objectal. C'est le destin de l'investissement négatif mortifère libéré par le retrait des investissements objectaux qui donne leurs figures originales aux différentes défenses narcissiques. »<sup>8</sup>

Elle propose de considérer le narcissisme ni comme un stade, ni comme un état, ni comme une structure, ni comme une instance, mais comme un pôle d'investissement. Il y a alors un narcissisme heureux qui permet à l'enfant de construire son unité psychique grâce aux soins maternels et un narcissisme mortifère qui serait la répétition des stimulations sans pouvoir faire le tri entre les stimulations bienfaitrices et les stimulations nociceptives. Selon elle, les conduites d'automutilation des grands arriérés adultes ne sont pas autopunitives ou à valeur symbolique, elles répondent à une nécessité d'auto excitation, une « faim de stimuli » qui échappent au principe de plaisir mais ne s'expliquent pas non plus par le principe de nirvâna.

<sup>7</sup> Chiland C. (1990) Narcisse ou le meilleur des mondes possibles. *Homo psychanalyticus*. Paris, PUF p.219

<sup>8</sup> Ibid. p.224



C'est une auto-excitation active douloureuse qui semble parvenir à leur procurer le sentiment d'exister mieux que les excitations subies ou d'autres excitations actives moins intenses et moins propres à assurer un continuum d'excitation. Cette auto stimulation est ainsi d'autant plus importante que les stimuli externes se raréfient. Elle répond le plus souvent au départ de la personne excitante, dans une organisation où la représentation mentale n'assure aucune permanence de l'objet absent. « L'objet absent est totalement perdu et les autres stimuli doivent être intensifiés pour lutter contre le vécu d'anéantissement. Secondairement, les conduites auto mutilatrices acquièrent une valeur relationnelle parce que, plus que d'autres conduites, elles provoquent le retour des personnes et des soins »<sup>9</sup>.

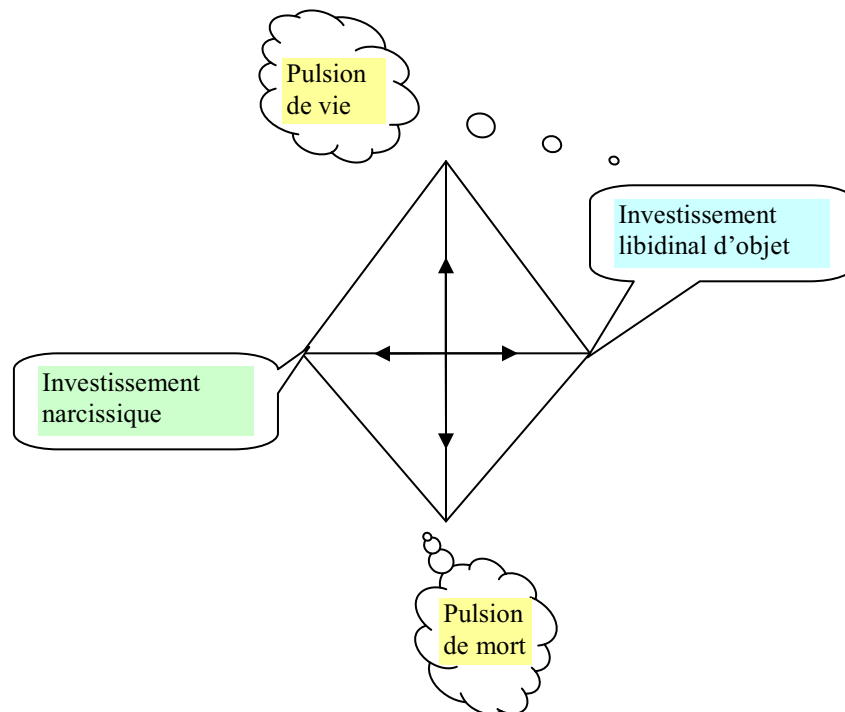


Figure I : Le toucher contre la pulsion de mort

Selon Chiland, il y a deux pôles d'investissement (le Moi et l'objet) et deux modalités d'investissement (pulsions de vie et pulsions de mort). Elle propose une conception vectorielle de l'énergie psychique mise en tension selon deux vecteurs inséparables et

<sup>9</sup> Ibid. p.223

de sens contraire au sein d'un parallélogramme des forces constitué par les deux pôles et les deux modalités. Chiland propose de voir les défenses narcissiques comme équilibre ou ruptures d'équilibre entre les deux modalités et les deux pôles d'investissement, comme transformations entre les différentes figures que prend le parallélogramme des forces ainsi définies. Alors « le narcissisme heureux d'un sujet est mis en péril non par un excès d'investissement libidinal narcissique, mais par une perte d'investissement libidinal objectal, ce qui libère un investissement légal<sup>10</sup>. »

Cette conception convient parfaitement au vécu d'un traitement avec une technique à médiation corporelle et relationnelle où la qualité de l'investissement libidinal objectal du thérapeute est littéralement palpable par le patient et renforce ainsi son investissement libidinal narcissique.

Plus un patient reçoit un investissement objectal de la part du thérapeute, plus il peut s'investir lui-même. Plus l'axe d'investissement s'élargit, moins les pics hauts et bas des pulsions de vie et de mort fragilisent les personnes. Les remaniements et les questionnements métaphysiques s'estompent, la vie « coule de source » quand on doit s'occuper d'une famille nombreuse, moins à l'adolescence ou quand on vit isolé et sans personne à qui être utile.

L'ostéopathie étant une technique manuelle utilisant le toucher, tout ce qui a été dit précédemment du toucher par Prayez et Chiland est pertinent et s'applique à notre clinique. Munie d'une expérience longue et variée concernant les effets du massage, les éléments discutés ici sont envisagés dans la spécificité de l'ostéopathie par nos observations implicites des patients et en contraste avec le massage ou le toucher. Cela signifie que ces processus thérapeutiques peuvent être actifs dans d'autres techniques psychocorporelles, ou même dans la psychosomatique en général mais qu'ils nous semblent plus spécifiques ou plus forts en ostéopathie. Les arguments seront avancés au fur et à mesure de l'exposé.

## 2. Relation transféro/contre-transférentielle, transfert et désir

Il est important de distinguer la relation thérapeutique et le transfert. Le transfert est une notion qui est pertinente dans le traitement des psychonévroses, c'est-à-dire pour les problématiques issues de notre enfance et particulièrement celles issues de nos relations avec nos parents. Le transfert permet notamment le travail sur le complexe d'Œdipe qui lui-même regroupe plusieurs autres complexes (castration, paternel, maternel).

Opposée à la névrose issue de l'enfance, la névrose « actuelle » trouve son origine dans la vie « actuelle » du sujet ; c'est la raison de son appellation. L'accident de la voie publique est par exemple un traumatisme actuel. Si on est terrorisé, ce n'est pas parce qu'on a un complexe d'Œdipe mal résolu. Il est légitime dès lors de ne pas chercher à interpréter les troubles du patient en fonction de répétitions de scénarii infantiles.

Le passé qui compte dans la clinique du traumatisme, c'est l'histoire qui a façonné le sujet, dans son rapport à la sécurité affective : rapport à l'inconnu, au changement, à

---

<sup>10</sup> Ibid. p.220

la capacité de s'auto-calmer. On est loin du registre de l'Œdipe, de la libido et du développement psycho-sexuel.

Quand on travaille en profondeur avec des victimes de traumatisme, on trouve extrêmement souvent des antécédents de traumatismes. Il semble que plus les traumatismes sont nombreux ou précoces, plus ils sont difficiles à métaboliser. Ils produisent des failles narcissiques qui ont été produites ou aggravées par un manque d'amour, un abandon, la maltraitance, la violence verbale, des menaces diverses et des abus sexuels ; somme toute, tout ce qui génère un sentiment d'insécurité affective, tout ce qui empêche la construction du pare-excitation ou le détruit.

Ainsi l'extraordinaire travail de J. Cornet<sup>11</sup> démontre qu'on a statistiquement davantage d'accidents de voiture graves quand on a été battu dans son enfance. La répétition traumatique se joue du côté de la violence, de l'inattendu, de l'impensable, de la décharge clastique, de la prise de risque parce que la tension psychique est mal supportée. Les parents qui produisent une éducation pauvre et maltraitante sont souvent eux-mêmes des victimes de maltraitance, souvent bien pire. De même qu'un enfant battu bat ses poupées, il est connu que les singes qui ont été battus battent leur premier enfant. Peu ou pas le deuxième, comme si le premier enfant procurait un peu de sécurité affective au parent maltraité. En tout état de cause, dès la naissance l'enfant agresse ces parents qui ont peu de pare-excitation. Tout ce qui occasionne des cris, des pleurs, des chahuts, tous les moyens d'expression des besoins infantiles incessants sont vécus péniblement. Pour ces enfants que leurs parents supportent mal, les premières souffrances et traumatismes commencent dès les stades précoces de développement.

Ainsi lorsqu'un sujet a l'occasion de régresser lors de soins ostéopathiques, c'est sans doute à des stades préverbaux de la relation primaire à l'adulte. Quand le patient a pu se laisser aller, lâcher prise, et s'il régresse vers des stades infantiles (ce qui n'est pas toujours le cas, bien entendu), il cherche de la chaleur humaine, de la sécurité affective, de l'acceptation.

Le thérapeute ne voit pas trace du désir chez le patient, peu ou pas de séduction non plus. Ce qui n'exclut pas celle, potentielle, du thérapeute... Mais alors on se retrouve précisément dans le contexte de « la confusion des langues » de Ferenczi. Là où il est demandé de la tendresse, des propositions ou interprétations sexuelles constituent une méprise très dommageable pour le patient. Cela empêche d'aller capter la ressource de tendresse qui était nécessaire à la restauration psychique. Le corps aurait dû être lieu de tendresse, le voilà utilisé à une fin personnelle. Ce n'est plus le patient qui est soigné mais le thérapeute qui se divertit.

Le travail corporel est un lieu où particulièrement le contre-transfert précède le transfert parce qu'on demande au patient de se dévêtir plus ou moins, parce qu'on peut le couvrir afin qu'il n'ait pas froid, parce qu'on veille absolument à son confort. Tous ces préparatifs au travail donnent le ton. Si l'ostéopathe ressent un véritable intérêt pour son patient, c'est la tendresse qui vient colorer le respect premier. Quand

---

<sup>11</sup> Cornet J. (1997) *Faut-il battre les enfants ? Relations entre les accidents et la violence éducative*. Révigny : Ed. Hommes et perspectives.

un enfant a été maltraité c'est de l'affection qui vient naturellement pour réparer les blessures.

Ici on n'a pas envie de prendre le patient dans les bras, parce que c'est trop proche et ambigu. Il est trop adulte, on n'est pas assez proches du point de vue de la familiarité, ou de la proxémie. Une retenue d'adulte est de rigueur mais intérieurement on peut adopter une position tendre ou affectueuse, comme on le ferait avec un enfant. Au thérapeute d'instaurer cet espace réparateur où le patient peut se sentir à l'aise, reconnu, suffisant. Il devrait n'y avoir aucun enjeu de séduction, de prestige, de puissance. Le patient devrait n'avoir qu'à prendre (en fonction de ses capacités à lui) ce qui a manqué. Le thérapeute devrait ainsi être disponible, tolérant, respectueux, sous peine de répéter le passé. On est véritablement dans ce que Parat a nommé le « transfert de base ».

Cette notion a été théorisée par Catherine Parat dans un article de 1976 (*A propos du contre-transfert RFP*) qui dit : « il circule entre les sujets de chaque couple analytique un double courant transférentiel et contre-transférentiel, et ceci sans doute dans tous les cas. Doublant la névrose de transfert, précédant souvent son établissement [...] il s'établit, à un niveau d'organisation différent, ce qu'on pourrait désigner par le terme de « transfert de base ou relation de base » qui trouve une correspondance chez l'analyste. [...] Le contre-transfert repose sur une neutralité fondamentale et accueillante. Accueillante et attentive aux possibilités que se déroule l'analyse, mais aussi à ses imperfections comme à ses impossibilités... ». Parat pense précisément que de la part du patient, le *transfert de base* est un investissement où les échanges affectifs et préverbaux occupent la première place. Le contre-transfert de base serait une attitude réceptive, non exigeante, jouant le rôle d'une sorte de pare-excitation. Elle dit très exactement ce que la clinique ostéopathique nous a révélé et que nous avons théorisé peu à peu de notre côté sans connaître ses travaux. Le corps, la clinique du soma entraîne du côté du préverbal, du lien affectueux, du pare-excitation. C'est particulièrement ce qu'on recherche dans le travail sur le traumatisme.

André Green, dans la préface de *L'Affect partagé* de Catherine Parat distingue le transfert et la relation comme « *ce qui vise à identifier le dédoublement entre les aléas des investissements conjoncturels de tel ou tel moment de la cure avec le fond stable que l'on découvre [...] parce qu'il caractérise la nature même de la capacité du sujet à transférer.* »

Dans cette définition, le transfert est proprement ce qui se rejoue de la psychonévrose infantile, et cela s'inscrit dans un registre d'une relation triangulaire tandis que la relation (ou transfert de base, ou relation transféro/contre-transférentielle) est la capacité à transférer, à établir des liens significatifs avec un thérapeute, et cela s'inscrit dans le registre d'une relation duelle. Les investissements qui sont mobilisés dans la relation sont surtout d'ordre narcissique alors que ceux du transfert concernent la libido objectale.

Dans un article de la Monographie de la RFP sur le Transfert (1999) Parat ajoute : « ce que j'ai apporté d'original quand j'ai parlé de la relation ou transfert de base, consiste à considérer l'investissement tendre du patient par l'analyste. Il s'inscrit là une forme d'amour désérotisé. » Parat pense que la relation ou transfert de base est

particulièrement importante et spécifiquement à l'œuvre dans la clinique psychosomatique. Nous prétendons que c'est tout aussi primordial dans le travail sur la névrose actuelle que dans le travail en psychosomatique. On est tenté d'en conclure que c'est fondamental dans les techniques thérapeutiques où le corps est au centre de l'attention : soit parce qu'il est blessé, soit parce qu'il est le lieu d'expression de la souffrance psychique. La relation duelle orientée avec un investissement tendre devient un élément fondamental de la prise en charge parce que la résistance psychique la plus anodine du patient abolit très facilement toute tentative d'action thérapeutique.

### **Le désir du praticien**

Puisque la confusion est souvent faite entre le tendre et le sexuel et que le transfert amoureux est fréquent en psychothérapie, nous avons eu envie de savoir ce qu'il en était précisément pour un homme ostéopathe.

Nous n'éluons pas la question concernant une thérapeute femme. Mais nous n'avons jamais ressenti une attirance physique ni un élan amoureux envers un patient. Le cadre est vraiment peu propice à ce genre d'ambiance. Que des patients nous touchent, c'est certain, beaucoup sont émouvants dans leurs difficultés ou quand ils se réparent. Il nous est arrivé bien souvent de partager des larmes avec des patients, qu'ils soient hommes ou femmes importait peu. Mais de désir, pas.

En fait il nous semble que la question se pose dans le sens inverse pour les femmes. Comment faire pour ne pas provoquer le désir d'un patient. Nous savons avoir adopté pour cette raison des vêtements de style décontracté et unisexe. Nous savons que nous avons renoncé à certaines techniques qui nous paraîtraient trop provocantes par contact avec la poitrine. Ce faisant, nous avons constaté quelques rares érections, mais c'était imprévisible pour nous. Nous avouons n'avoir aucun souvenir de qui il pouvait s'agir. Dans notre souvenir, un seul patient semble avoir vraiment ressenti un trouble amoureux s'apparentant à un transfert. Sur plus de vingt ans de pratique, c'est très peu. Et de plus, il nous semble que c'est plus le rapport psychothérapeutique qui a pu générer cela. Ce patient était très douloureux, fortement dépressif et proche du suicide quand il est venu consulter. Nous tâchons de clarifier le transfert pour aider le patient à s'en débarrasser, tout en préservant l'impulsion de regain d'intérêt pour la vie que cela a déclenché.

Nous n'avons pas fait une enquête quantitative sur l'occurrence de passages à l'acte d'ostéopathes envers des patient(e)s. Comment d'ailleurs le faire, nous supposons que peu d'entre eux s'en vanteraient. Nous avons préféré discourir à plusieurs reprises avec un ami ostéopathe avec lequel nous nous sentons à l'aise pour évoquer ce sujet, connaissant sa grande sensibilité et son honnêteté peu commune. Nous avons pu apprécier cette honnêteté à l'époque de nos études lorsqu'il avait spontanément évoqué que des traces de désirs avaient émergé lors d'un stage de techniques gynécologiques.

Après avoir pris soin de préciser qu'il s'agit bien de son point de vue et non du point de vue « des ostéopathes », M. S. commence par décrire l'éveil d'un désir sexuel, quand il arrive, comme une surprise car il ne s'y attend pas. Pour lui, cela survient de

temps en temps, plutôt pendant un travail loin de la surface du corps, plutôt dans des couches tissulaires profondes du corps. Précisons qu'il évoque là un travail corporel sans technique pelvienne interne ou endo-cavitaire. M. S. a l'impression qu'il s'agit d'une ambiance tissulaire dans laquelle quelque chose du désir peut être favorisé, comme s'il rencontrait une strate d'Eros qui circulerait dans les tissus de sa patiente.

Interpellée par le terme de patiente, nous lui avons demandé si cela arrivait aussi avec un patient. La réponse est négative. Pourtant, la patiente n'est pas forcément jeune et jolie, elle ne l'attirerait pas nécessairement dans d'autres conditions, mais il s'agit toujours d'une femme. Il s'agit donc d'une sorte d'ambiance qui provoque une petite érection dont il pourrait tirer partie mais qui le laisse aisément passer à autre chose car il a le sentiment que ça ne lui arrive pas pour passer à l'acte. S'il revoit cette patiente, M.S. a un souvenir du fait qu'il s'est passé cela lors de la dernière séance, mais pourtant un tel surgissement ne se reproduit pas.

A la question de savoir ce qui pourrait, dans l'ostéopathie, favoriser un passage à l'acte sexuel, il a répondu qu'il en allait surtout d'une règle morale. Il a, quant à lui, une règle morale stricte et intransigeante. Ce qui pourrait le faire « craquer », ce serait plutôt un petit jeu de séduction de la part d'une patiente et ce serait alors davantage lié à une forme, à une apparence superficielle, à des odeurs ou des textures de peau qui peuvent le toucher sexuellement. Il s'est demandé parfois si cela venait de lui ou des patientes. Il a parfois demandé, pour se faire une opinion sur l'origine du mécanisme, ce que ces patientes vivaient du point de vue de leur libido. Et il a souvent eu pour réponse qu'il y avait bien une libido élevée, et aussi frustrée...

Il en conclut qu'il s'agit presque d'une forme biologique, sensorielle, non élaborée mentalement de désir. M. S. accepte de ressentir ce petit désir d'autant plus facilement qu'il le sait sans conséquence. C'est un petit battement de cœur un peu particulier qui n'est pas désagréable et qu'il accepte en tant que tel et sans culpabilité parce qu'il décide de n'enclencher aucune complicité avec la patiente. Cela, il l'exclut totalement des possibilités.

Puis nous avons questionné la séduction éventuelle déployée par des patientes. M. S. pense que cela ne se produit que très rarement, et que bien au contraire la majorité des femmes peut avoir peur de cela. Le travail est très doux, pénétrant, intime, voire intrusif du point de vue de l'Etre. Il sent la peur des femmes qui se méfient de lui mais croit qu'en quelques minutes, il parvient à les rassurer car elles sentent que son intention et son intérêt ne vont pas dans cette direction. (Nous pensons quant à nous qu'il faut plus que quelques minutes pour rassurer une femme des intentions de son thérapeute, mais que c'est complètement possible, effectivement et très précieux car rare dans la vie d'une femme). Selon M. S. c'est l'intention qui fait tout : une intention peut être très sexuelle sur un orteil, et pas du tout avec un sein. Un homme peut regarder une femme et il peut la « mater » : « cela, on le sent à trois mètres dans le regard, la main ou la voix. Ce n'est pas que les femmes soient en dehors du fait de « mater ». J'ai pu observer, explique-t-il, qu'environ 2 femmes sur 10 peuvent avoir un regard sur la braguette. D'ailleurs, des femmes plutôt extraverties et bonnes vivantes. » Mais il n'a jamais eu l'impression que des femmes voudraient le faire craquer. Sauf une.

Elle était mariée, dans un transfert amoureux évident. Elle était très dépressive, avait des douleurs d'estomac et des problèmes de sommeil. Un jour, elle avait bien travaillé (la séance avait été productive en libérations de tensions) et elle lui semblait au bord d'un orgasme. Il s'en était rendu compte mais n'avait pas bien compris au départ. Puis il lui a fait comprendre qu'il avait compris, et qu'il trouvait cela gentil mais que ce n'était pas le but. M. S. pense que le fait d'être dans l'Eros avait aidé sa patiente à reprendre goût à la vie. Le sommeil et l'estomac allaient mieux. Elle avait dit à la fin de la séance : « j'attends que tu craques ». Ce qui n'est jamais arrivé.

Nous avons aussi connu une patiente qui était très amoureuse de son ostéopathe. Celui-ci aurait eu une attitude ambiguë selon ses dires. L'encourageant à lever l'ambiguïté dans laquelle elle vivait depuis de longs mois, elle finit par confronter le soi-disant désir du thérapeute, qui semblait n'avoir pas eu conscience d'avoir fait quoi que ce soit pour séduire sa patiente. Il nous semble que cette patiente avait pu être touchée davantage par l'affection paternelle de ce thérapeute que par un effet de séduction sexuelle.

En revanche, M. S. croit qu'il pourrait faire « craquer » des femmes s'il le souhaitait : « c'est si fort l'intention ». D'ailleurs, c'est vrai dans le sens positif comme négatif : si le thérapeute s'embête, trouve son patient difficile, est dérangé par le physique ou l'odeur du patient, ce dernier le sent aussi bien que s'il y avait du désir. De son avis, avec une patiente frustrée, l'intention sexuelle d'un ostéopathe marcherait facilement. « Mais ce serait vraiment trop facile ! » De ce point de vue, il est vrai qu'être ostéopathe, travailler avec la peau, l'odeur, le toucher, ça rend plus facile le passage à l'acte que la profession de garçon de café. Mais c'est d'autant plus facile que le praticien fait son travail de façon superficielle. Dès qu'il s'intéresse vraiment à son travail, dès qu'il s'investit dans un travail qu'il aime faire, l'attraction se dilue.

M.S. n'a pas toujours aimé ressentir ces petites excitations superficielles. Il trouvait cela dérangeant au début. Il se sentait fragile sur des petites émotions de quelques instants, et pour autant solide sur le passage à l'acte. Il se disait : « il faut que je coupe ou sinon je pourrais divaguer, fantasmer. » Maintenant, il a saisi qu'il suffit qu'il entre mentalement en profondeur dans le travail et la petite excitation passe. Et s'il trouve vraiment qu'une patiente est jolie, vraiment jolie, avec un petit coup de cœur, alors il a besoin d'un petit effort volontaire d'évacuation. Ce qui est surtout aidant c'est de ne plus culpabiliser parce qu'il sait qu'il n'y aura pas de complaisance personnelle et qu'il n'en fera rien.

Et les techniques gynécologiques ? Non, ça ne change rien. Selon M. S. ce n'est pas le corps qui compte. C'est ce qui se passe dans le transfert qui est susceptible de jouer un rôle. Il reconnaît chez tous les hommes, un prédateur qui, s'il a envie de séduire ou s'imposer sexuellement, choisit une femme plutôt frustrée, fragile, coincée et qui demande à se libérer, sans qu'il ait à prendre de risque. Un homme peut avoir envie de conquête et de victoire, certains même collectionnent. C'est une finalité purement sexuelle. M. S. ne critique d'ailleurs pas cette possibilité : pourquoi pas ? Mais, ajoute-t-il, clairement pas dans un cabinet ! M.S. conclut sur son peu d'intérêt pour repérer la séduction intentionnelle des femmes. Quand il rencontre des proies faciles, il les

repère à l'odeur, au toucher. Mais ce qu'il perçoit, et ce qui le touche, c'est qu'elles ont encore plus besoin d'être protégées.

Voici qui confirme pour nous que les affects sont les meilleurs garants contre les abus. Si le patient est vraiment important pour son thérapeute, ce dernier s'intéresse alors à son besoin profond. On ne peut négliger que des couples se forment à l'occasion de rencontres dans un cadre thérapeutique. Cela peut évidemment être considéré avec respect. Mais cela reste alors un fait extrêmement isolé dans l'histoire du thérapeute.

### **Position maternante/paternante**

Pourtant, à l'identique du choix d'un thérapeute homme ou femme pour un travail psychothérapeutique, on ne choisit pas au hasard le sexe d'un ostéopathe. Être traité par une femme quand on a eu des grandes difficultés avec sa mère n'est pas facile, avec un homme quand le père n'est pas référencé positivement, c'est aussi très inconfortable. Mais cela peut aussi être très utile une fois qu'on a suffisamment avancé le travail thérapeutique de réparation. Par exemple il peut être très réparateur d'avoir un thérapeute sans ambiguïté de séduction ou de passage à l'acte quand une fillette a été abusée sexuellement ou a vécu dans une atmosphère incestuelle. Être traité avec grand respect par une femme quand on a eu, en tant que garçon, une mère abusive, castratrice ou intrusive est aussi heureux. Un garçon non reconnu par son père peut aussi avoir soif de reconnaissance par le biais d'un travail ostéopathique avec un homme... les cas de figure sont aussi nombreux que les configurations familiales.

L'ostéopathie offre un cadre surprenant du point de vue de la douleur pour le patient : le praticien écoute longuement la plainte du patient et semble reconnaître enfin son trouble mécanique. Souvent même il recrée sa douleur en testant une articulation, un mouvement. Et au moment où le patient pense qu'il a tellement bien compris qu'il va appuyer là où ça fait mal et que, cette fois, ça va se passer, horreur, il se dirige vers l'autre bout du corps et y reste... longtemps, comme immobile et non concerné par tout ce début de séance.

Alors qu'on pourrait soupçonner que c'est une pratique très maternante, l'ostéopathie provoque une frustration énorme parce que ce n'est pas du symptôme qu'on s'occupe. Nous sommes censés travailler sur la cause et la coïncidence de lieu entre lieu de la cause et celui du symptôme est rare. Cet état de chose influe sur l'alliance thérapeutique, et demande quelque explication, et produit aussi un effet psychologique inconscient pour le patient. De maternante, cette approche devient résolument paternante. Il s'agit certes de se soigner, mais dans le même temps de passer à autre chose, de sortir du lieu de la souffrance et de la plainte.

Le patient doit trouver en lui la capacité à dépasser la frustration. Ceux qui ne le peuvent pas demandent au thérapeute de changer de lieu de travail au cours de la séance. Le thérapeute peut, à l'extrême, avoir le sentiment d'être lui-même manipulé comme un objet. Il doit d'abord écouter les tissus et expliquer au patient la raison de son approche. Cela ne le dispense pas d'aller interroger les tissus mentionnés par le patient car il peut y avoir là une origine de tension qu'il n'avait pas repérée.



Même si notre opinion est que l'approche ostéopathique est globalement paternante, il n'en reste pas moins vrai qu'elle reste extraordinairement plus maternante que la plupart des approches contemporaines du soin. En effet, la prescription est souvent donnée sans auscultation, tous les deuils, malaises et mal-être sont combattus par des molécules et non plus entendus. Le réconfort est prodigué encore par certains praticiens, mais – et la faute en revient surtout à la rentabilité escomptée du système de soin – les médecins de médecine conventionnelle n'ont pas un temps suffisant pour cela. On arrive au paradoxe actuel : plus les découvertes prouvent que l'influence psychique sur la santé est pondérable et mesurable, moins on consacre de temps à s'en occuper. On parie sur les molécules davantage que sur l'intelligence humaine.

Le bienfait d'une approche à la fois maternante et non intrusive amène des psychanalystes à conseiller l'ostéopathie chez certains patients agressifs dans leur rapport au corps, ce qui est un effet de répétition de leur souffrance infantile : nous avons ainsi reçu des personnes qui faisaient de très nombreuses tentatives de suicide et des personnes alcooliques. Nous avons eu l'impression, le psychanalyste, le patient et nous-même que cela avait été utile même si le bienfait était très lentement acquis.

### **3. Restauration de la confiance**

#### **3.1. La confiance progressive**

Dans notre profession d'ostéopathe, plusieurs années ont été consacrées à observer d'un œil critique si notre pratique s'améliorait et les réactions des patients à notre travail. Puis nous avons été davantage disponible pour observer les causes de ces réactions du côté de la différence entre les patients. Reconnaître que la piste du traumatisme était féconde s'est fait à la fois tôt et tard. Tôt parce que, dès notre première année d'étude, nous avons appris que le *whiplash* était non seulement particulièrement bien traité par l'ostéopathie, mais qu'en outre il n'existerait pas d'autre façon de traiter ce trouble. Tard parce qu'il nous a fallu cette recherche pour commencer à apprécier tout le poids de la part psychique du traumatisme dans notre pratique ostéopathique.

L'hypothèse d'un blocage du travail corporel par le traumatisme psychique s'est dessinée assez rapidement car il apparaissait que plus la relation était confiante, plus les patients évoquaient rapidement ce qui les souciait, plus vite ils étaient améliorés. Cette apparente banalité a d'énormes conséquences. Qu'il soit nécessaire d'avoir une relation de coopération et d'alliance avec un patient, chaque thérapeute le dit. Pourtant la non compliance du patient et sa résistance à aller mieux en font rapidement un « mauvais » patient. Oscar s'en plaint amèrement<sup>12</sup> mais on n'écoute pas souvent cette parole de patient. En effet, quand le patient est déçu par le non résultat des séances, le thérapeute croit que cela remet en cause son savoir-faire parce qu'il a déjà une pression importante à cause du prix fort des soins. Mal à l'aise, le thérapeute devient facilement agacé et il entend souvent une agressivité alors que le patient cherche surtout à comprendre s'il ne fait pas fausse route. D'autres fois le patient est effectivement agressif d'emblée. Les agaceries réciproques détruisent

---

<sup>12</sup> Schmidt, P.E. (2002) *Oscar et la dame rose*.. Paris : Albin Michel

facilement cette belle alliance du premier jour où tout le monde croyait que l'autre allait être à la hauteur de ses espérances.

Ainsi, lorsque les symptômes ne passent pas rapidement, il faut pouvoir soutenir le projet du patient en expliquant le travail du corps, le rôle du laisser-aller et, puisqu'il est là, le pari de confiance qui serait bienvenu : on ne travaille sans doute pas depuis vingt ans sans avoir des résultats, etc. L'inquiétude au sujet des troubles empêche souvent leur disparition. En réalisant cela, le patient aide beaucoup le travail car il se donne une chance supplémentaire de se détendre et donc de lâcher ses tensions involontaires. En lâchant prise, il libère ses tissus, ce n'est pas qu'une métaphore. Essentiellement il peut commencer à ressentir ce qui se passe dans son corps. Sinon, quand le patient ne sent rien du travail tissulaire il doute et se trouve éventuellement pris dans une double contrainte, ne souhaitant ni persévérer (c'est cher), ni abandonner (avant d'avoir des résultats).

Habitué aux effets rapides des médicaments antalgiques, bien des patients s'attendent à être soulagés de leur douleur immédiatement. Mais comme nous travaillons du côté de la cause et non du symptôme, il faut expliquer qu'il y a une certaine logique de ne pouvoir guérir en une heure un trouble qui dure depuis plus de dix ans. Encore faut-il que le thérapeute ne soit pas dans cette confusion lui-même et qu'il prenne le temps de contribuer à ce qui est nommé « l'éducation du patient ». Pour étayer la certitude du praticien, seules ses sensations de libération tissulaire devraient être valides. La discordance entre cette perception de libération tissulaire et le soulagement des symptômes est exceptionnelle.

Dans les cours de psychologie pour les élèves ostéopathes, de nombreuses questions portent tous les ans sur le thème : « quelle attitude prendre en cas d'absence de résultat à une séance ». Les apprentis ostéopathes sentent bien qu'il y a quelque chose d'important qui se joue qui sera déterminant de la suite du traitement. Soit ils trouvent les mots, soit l'échec se profile. En fait, ce qu'ils ne veulent pas reconnaître, c'est que ça n'a pas lâché. Dès lors l'embrouille commence. Aussi nous les encourageons à accepter de dire que ça n'a pas lâché, parce que c'est au niveau de l'espace relationnel que ça n'a pas lâché. Ils n'en sont pas plus ni moins responsables que le patient. Ou du moins on ne sait pas de quel côté cela n'a pas lâché. Et chacun doit se poser des questions en attendant la prochaine séance. Le thérapeute doit inviter à dire ce qui ne va pas dans la prise en charge. Il doit exprimer sa surprise, son désappointement, avouer qu'il n'en sait pas plus que le patient sur la résistance qui se joue là. Tout d'un coup, on redevient complice d'une même recherche, et c'est bien de cela que le patient a besoin : d'un complice pour aller mieux.

A défaut, il est facile d'épingler un comportement ou un discours un peu marginal du patient qui devient « un peu trop psychiquement perturbé », ce qui, heureusement pour le praticien, l'exclut de son champ de compétence... Malheureusement pour le patient, il y avait bien une indication d'ostéopathie et un psychologue serait bien embarrassé pour traiter un trouble somatique chez un patient un peu trop revendiquant.

Quand les tissus ne relâchent pas facilement, qu'un travail mécanique ne semble pas suffire, l'ostéopathe doit se souvenir que la résistance n'est pas volontaire, que personne ne « veut » être malade ni conserver ses symptômes. La notion de bénéfices

secondaires à la maladie est maladroitement comprise comme une envie d'être malade. C'est la méprise la plus commune et la plus difficile à modifier dans l'opinion générale des soignants qui devraient savoir que le patient ignore complètement comment faire autrement. Dans les cas les plus extrêmes de masochisme, de paranoïa ou d'agressivité qui font violence au thérapeute, la confiance est contrainte de reposer sur l'intelligence du corps : notre compréhension de notre expérience est que le corps, toujours, se répare ou tente de le faire. Cette confiance dans le désir du patient à aller mieux, et à avoir déjà tenté tout ce qu'il pouvait pour cela, est spécifiquement la confiance que le thérapeute doit accorder à son patient.

Est ainsi fondamentale la confiance réciproque entre les deux protagonistes de l'entreprise thérapeutique. Nous avons vu cela se décliner si régulièrement que nous plaçons cette condition en tête de liste.

Revenons sur la confiance du patient. Repose-t-elle sur le supposé savoir ? Concrètement, l'ostéopathie n'étant pas supportée par un consensus médical, le supposé savoir du praticien doit s'appuyer sur de nombreux outils : geste sûr, déclenchement de sensations dans les lieux incriminés, explication logique du trouble, mise en lien avec l'anamnèse. Il faut aussi souvent réparer bien des condamnations et des défaitismes d'autres thérapeutes : « avec la radio que vous me montrez, vous aurez cela toute votre vie, il faut changer de métier, etc. ». Ce pessimisme lors de la phase diagnostique peut confirmer des doutes du patient qui n'a pas nécessairement confiance d'être « un bon patient, capable de guérison ».

#### *La confiance sectorisée ou progressive ?*

La confiance du patient d'ostéopathie est-elle du même type que dans une relation psychothérapeutique ? Sans doute non mais nous avons mis très longtemps à comprendre ceci. La confiance n'est pas acquise pour un travail du point de vue psychothérapeutique. Nous avons été très surpris de nous rendre compte que les patients ont été réticents à nous raconter leurs rêves pendant cette recherche alors que cela n'était jamais arrivé de façon aussi flagrante en psychothérapie.

Après réflexion, il nous paraît qu'il s'agit d'un contrat tacite entre patient et thérapeute. Dans une psychothérapie, le patient sait bien qu'il faudra en passer par dire l'indicible. Et toutes les résistances surgiront pour empêcher cela. Et s'il y a bien des rêves qui ne sont pas racontés au psychothérapeute tout de suite, le patient sait qu'il faut faire effort pour y parvenir. Dans un travail corporel, c'est un domaine que justement le patient entend bien garder pour lui. On ne fait pas un travail psychothérapeutique. A part quelques patients qui sont déjà en psychothérapie et qui ont pu échanger avec nous sur leurs rêves, d'autres, bien qu'en psychothérapie, n'ont pas voulu faire ce chemin.

Il y a bien des secteurs de sa vie psychique que le patient n'entend pas partager avec le praticien ostéopathe. Aussi nous tentons de convaincre nos collègues ostéopathes d'éviter un interrogatoire intrusif au cours de l'anamnèse. Si un praticien interroge d'emblée le nombre d'interruptions de grossesse, les abus sexuels et les maltraitements, sans nul doute la réponse sera mensongère. Et c'est sain car cela témoigne d'une résistance contre un abus de pouvoir alimenté par une curiosité inconsciente excessive. C'est une démarche inverse quand le patient en vient à

partager ses secrets parce qu'il se sent en confiance. Dans le premier cas, les résistances, entre autres clivage et déni, se renforcent. Dans l'autre cas, le mouvement d'ouverture à l'autre qui est précédé d'une ouverture à soi-même. Des mécanismes de défense s'effacent.

Certes il y a des cas d'urgence. Quand le patient est en danger de mort, on peut le conjurer de lever son secret pour commencer à relâcher la tension intérieure qui pénalise l'organisme par une alarme constante, coûteuse et dangereuse. Heureusement, l'ostéopathe est généralement épargné de ces cas extrêmes. Nous y reviendrons dans la discussion sur le thème du travail sur le refoulement.

#### *La confiance des inconditionnels*

Il s'agit bien parfois d'une méfiance qui freine le travail ostéopathique car des patients très confiants ne présentent pas du tout ce type de résistance. Chaque ostéopathe peut sans doute témoigner d'avoir certains patients chez lesquels le travail est systématiquement couronné de succès : les troubles et les tensions cessent. Ce sont des inconditionnels, de la technique ou du praticien, des gens qui ont la certitude que le travail sera résolutoire. Ils disent d'emblée qu'ils savent qu'on leur fera du bien et savent même que leur confiance est précieuse dans le résultat obtenu. Et dans ces cas extrêmes de confiance, les praticiens peuvent suivre le travail tissulaire avec une aisance particulière. Nous insistons particulièrement sur l'interrelation qui se fait plutôt dans le sens patient-thérapeute. C'est le patient qui montre le travail à faire sans ambiguïté ; il semble travailler presque seul, le praticien assistant souvent incrédule à ce qui se passe sous ses mains et à distance. Cette expérience nous a souvent conduite au questionnement de notre rôle dans ces moments bénis où le patient est devenu professeur, guide, voire initiateur.

#### *Ce qui emporte la confiance*

Nous connaissons aussi certains patients qui ne connaissent pas d'échec malgré leur doute initial. Souvent déconcerté par les détours effectués par le praticien (qui suit toujours son fil rouge de la plus grande tension attractive dans le corps) avant d'aborder la zone qui est symptomatique pour lui, le patient peut alors, après un temps d'observation étonné, décider de ne pas tenter de comprendre car il se rappelle une expérience antérieure où le déroulement de la séance avait montré le lien, la cohérence sensorielle entre la zone d'approche et le symptôme. Par exemple, un patient souffrant d'un genou gauche peut être déconcerté d'un travail sur son pied droit, jusqu'au moment où le travail sur le pied droit déclenche des sensations précises sur le genou gauche. C'est si improbable que le patient est d'un coup convaincu de lâcher prise ; il ne cherche plus à comprendre, à maîtriser et décide de simplement essayer de se laisser aller. Il « sait » encore mieux qu'il peut être en confiance.

Il nous semble que la confiance s'instaure davantage par les sensations créées pendant le travail que par les résultats. Si ces derniers sont très importants pour emporter la conviction de l'efficacité de la technique, quand le patient ne sent rien, il semble qu'il lui reste toujours un doute sur le travail accompli. Un patient qui ne percevait pas le travail corporel nous avait interpellé un jour abruptement : « vous faites quoi, vous

imposez les mains, vous priez, vous dormez ? » Cette remarque était d'autant plus étrange que nous étions en train de corriger une rotation d'iliaque, patient en décubitus latéral ; les mouvements globaux étaient donc au minimum repérables par le patient. Nous avons répondu en utilisant la métaphore de la chaudière à démonter. Si on se contente de tirer à l'aveuglette, les pièces restent bien assemblées malgré la force employée. En revanche, en travaillant sur les zones précisément, comme une vis qu'il convient de tourner en douceur, la pièce est retirée aisément. Nous avions compris que cet argument n'avait pas résolu son manque de confiance. D'origine magrébine, il était pourtant revenu un mois plus tard, grâce à une croyance qui pouvait entrer dans son système de pensées : « d'accord je n'ai plus mal, mais comme vous n'avez rien fait, c'est que vous êtes une sorcière ». Sans le secours de la sensation, le patient peine à authentifier ce qui se passe. L'observation fine montre des mouvements de détente myofasciale visibles sous la peau. Le patient, souvent, ne les ressent pas...

Le traitement devient progressivement plus efficace pour les patients qui ne sentent rien de l'ostéopathie au départ. Non seulement les tensions les plus immédiates ont déjà disparu, il y a davantage de liberté de glissement des couches musculaires et des viscères entre eux, et de plus les patients ressentent peu à peu les effets de façon sensorielle. Ils organisent la cartographie de leurs perceptions proprioceptives, d'abord localement puis à distance du lieu travaillé. Pour peu qu'on pose des questions à ce propos, ils se souviennent aussi progressivement et deviennent attentifs à des effets étonnants entre deux séances. Quand les perceptions s'éloignent du lieu du travail et du temps de la séance, c'est décisif pour la confiance qui favorise à son tour le lâcher prise, qui inhibe le contrôle moteur et favorise les ondes pontogéniculo-occipitales. Nous y reviendrons.

### 3.2. La confiance des bébés, le sommeil des adultes

La résistance au travail chez les enfants est bien moindre, notamment chez les bébés. Certes on peut penser que leur extraordinaire force de croissance balaye toutes les restrictions de mobilité sur son passage. Mais le travail avec des tout-petits montre surtout une meilleure capacité de résolution de tensions tant qu'il n'y aurait pas de conscience de soi.

Cela s'observe aisément dans une situation où un étranger prend un bébé dans ses bras : on sait qu'il perçoit bien la différence entre l'étranger et la maman (au moins par les sons et l'odeur), mais il ne semble pas être effrayé de ce changement. Cette non résistance à la proximité d'un étranger dépend d'une conscience du Moi encore en gestation. Pour reprendre les concepts de Paul Federn<sup>13</sup>, la première conscience de soi est produite par le corps qui éprouve des sensations régulières, de faim entre autres, ce qui permet au nourrisson de repérer parfois, puis constamment qu'il existe en tant que corps. Ce que Federn a nommé Moi corporel. Puis, le bébé perçoit sa pensée et se découvre Etre pensant. C'est l'émergence du Moi mental. Lorsqu'il sera tellement plus difficile d'opérer cette permutation quelques mois plus tard, quels progrès de maturation enclenchent la résistance ? Quelle conscience de soi a changé ? celle du Moi corporel, du Moi mental, la conscience de ne pas être l'autre, le besoin de

---

<sup>13</sup> Federn, P. (1952). *La psychologie du Moi et les psychoses*. Paris : PUF.

l'autre connu et rassurant ? Il nous semble qu'il est question surtout de la conscience d'Etre un soi individuel, avec une mémoire des vécus positifs et négatifs comme saurait le faire la mémoire amygdalienne tant qu'elle est privée de l'efficience hippocampale.

Cette confiance des enfants ressemble beaucoup à celle qui permet l'endormissement des adultes. On ne s'endort pas quand on a peur de quelqu'un. Néanmoins, ce sommeil a des particularités qui le rendent très troublant. D'abord, les patients ne s'endorment pas au hasard :

- le sommeil dépend de la zone de travail sur leur corps : parfois ils s'endorment quand on travaille sur telle zone, se réveillent quand on travaille ailleurs et se rendorment quand on retravaille au premier lieu. Ceci permet d'envisager que c'est un endroit du corps investi de façon particulière qui provoque le sommeil. Si on tente de repérer ces zones « particulières » sur les patients qui s'endorment facilement, c'est généralement une zone traumatique et/ou symptomatique.
- Ensuite, ils peuvent s'endormir à des moments peu propices comme : le patient vient de parler, ou bien il y a des bruits forts de discussion dans la salle d'attente, ou même un téléphone qui sonne. Notre travail avec un patient psychotique chronique en provenance de Léros (île asilaire grecque) illustre bien ceci : « Nous commençons le travail, Spiros ne cherche pas la main de Pinélopi, je le sens à nouveau extrêmement calme. L'état de détente du crâne me paraît bon. Je travaille globalement d'abord, il somnole, demande à aller en bas. Maintenant que j'ai compris sa fuite de la durée, je lui réponds sur le peu de temps que cela va durer. Je crois que cela répond effectivement à son désir car la seconde suivante, lorsque je contacte son orbite vide, il dort. Pendant les quelques minutes que durera ce travail en sommeil, je crois que le travail psychique est suffisamment important pour interdire un réveil qui serait plus que normal dans une phase de sommeil léger (il ne peut être plus bas qu'en ondes téta au cours desquelles le réveil est facile) avec le bruit ambiant. De fait, le plus souvent les patients qui se réveillent après cette sorte de sommeil disent avoir rêvé. Au sortir de ce sommeil, nous savons tous les trois que le travail est fini pour cette fois. Nous le stoppons de concert. »<sup>14</sup>

Quand un patient dort pendant une séance d'ostéopathie, de très nombreuses tensions myofasciales s'éliminent : on peut quasiment suivre le travail du corps en regardant les petites trémulations sauter. Le fait est étrange : pourquoi ces petits relâchements de fascias qui semblent inhérents au sommeil ne sont-ils pas autant curatifs hors séance ? Cela nous semble toujours mystérieux, nous semblons alors faire si peu, il nous faut nous rappeler que la position de confort que nous offrons aux tissus leur permet de résoudre des conflits de tensions. Janus, quant à elle, profite peut-être de notre présence comme pare-excitation. Enfin le fait que la vigilance soit

---

<sup>14</sup> Ropars, C. (1995) Mémoire de DESS. Non publié.

hors ligne est sans doute important pour permettre aux cortex sensoriels d'échanger leurs données avec l'hippocampe, etc.

### **3.3. La confiance pour la libre association du retour de la trace mnésique**

Il existe encore une condition où le traitement semble agir beaucoup plus sûrement : lorsqu'un patient retrouve un souvenir propre au traumatisme et l'exprime, des tensions disparaissent, parfois de façon perceptible pour le patient ou, à l'inverse, à son insu. Le retour du traumatisme et l'envie de l'exprimer dépendent sans doute de la confiance du patient en la capacité à entendre, comprendre, accueillir positivement et sans jugement du thérapeute.

Nous avons observé avec grand intérêt les réactions de patients auxquels on ne demande rien, qui ne sont pas censés produire du discours, et encore moins faire des liens entre ce qui vient de se passer sur la table et ce qui s'est passé dans leur vie. De façon habituelle, c'est de traumatisme qu'ils parlent : l'une se met à dire, au milieu d'un long silence alors que son occiput travaille dans nos mains, qu'elle vient de revoir en flash la couleur de la voiture qui a provoqué l'accident, l'autre racontera en fin de séance la surprise qu'elle vient d'avoir en découvrant qu'elle s'est sentie abandonnée lors d'un accident de la route, une troisième évoque une série de décès lorsque son colon se dénoue (suicide d'un ami, associé à la tentative de suicide d'un ancien compagnon, associé au décès du père), un autre encore évoque la redoutable coïncidence de prénoms entre sa jeune épouse et sa mère décédée pendant que son pied commence à se libérer de ses tensions...

De cette fréquente réaction, nous avons conclu à un travail spontané et involontaire des patients du point de vue tout autant psychique que physique sur le traumatisme.

### **3.4. La non confiance des victimes intentionnelles**

Une manière indirecte de confirmer et de nuancer l'impact de la confiance dans le travail ostéopathique est la réaction singulière de patients victimes intentionnelles. Dans notre expérience, quelques victimes intentionnelles, soit de torture, soit d'abus sexuels, ont montré des réactions douloureuses pendant ou après les séances d'ostéopathie.

Nous prendrons l'exemple de deux patients particuliers de ce point de vue, ils témoignent d'autres histoires très ressemblantes de notre clinique.

En Grèce, le patient est grec, ami proche et de longue date d'une amie proche et de longue date, rencontré lors d'un week-end de plage dans une « paréa » commune, c'est-à-dire dans ces groupes d'amis très proches qui se fréquentent beaucoup.

Bref, il faisait partie de ces patients où l'on croit, a priori, que tout va bien fonctionner, il y a un capital confiance très important, surtout avec les Grecs qui sont culturellement amicaux et socialement très ouverts. La séance s'est déroulée sans incident particulier en ce qui nous concerne. Nous n'avons pas eu le sentiment qu'il se passait quoi que ce soit d'insolite. Ce patient a été obligé de s'aliter pendant une semaine tant les douleurs déclenchées de façon diffuse ont été violentes. Nous avons par la suite, intriguée par cette pénible réaction, appris qu'il avait été victime de torture sous la dictature des « Colonels ».

Une patiente, qui a consulté de nombreux ostéopathes, qui a été victime d'abus sexuels dans son enfance et qu'un de ses ostéopathes a aussi tenté d'abuser, démontre une extrême sensibilité au travail corporel. Nous nous en sommes rendue compte avec un peu de délai car la patiente n'osait rien dire et car il nous apparaissait inimaginable que les gestes que nous faisons puissent déclencher une quelconque douleur : mouvements très lents, doux, superficiels sur un traumatisme sans fracture et avec une liberté articulaire presque totale et peu douloureuse spontanément. Cela paraissait incompréhensible.

Il était clair, dans un cas comme dans l'autre que la victimisation avait été humainement intentionnelle et qu'il est sans doute difficile de faire confiance à autrui après de telles expériences. Des sensations qui ne devraient pas être nociceptives le sont bel et bien. Elles sont décodées, enregistrées ou peut-être mémorisées comme douloureuses par le cerveau.

Pour comprendre ceci, revenons à la définition même de la douleur, expérience physiologique et émotionnelle ainsi que le rappelle Anne-Françoise ALLAZ : <sup>15</sup> « Les découvertes neurophysiologiques en cours concernant la plasticité neuronale et surtout la « mémorisation de la douleur » transformeront certainement encore la représentation actuelle du phénomène douloureux. La possible mise en perspective de ces découvertes avec les théories psychodynamiques concernant la mémoire de la souffrance et les traumatismes reste, quant à elle, entièrement à entreprendre. (...) La variabilité individuelle des perceptions, représentations et réponses face à la douleur dépend à la fois des facteurs générateurs de sensations corporelles, de l'histoire du sujet, des prédispositions psychologiques et du contexte personnel, social et culturel de la personne souffrante. Il s'agit d'un processus dynamique dont les déterminants ne peuvent être considérés que dans un modèle multi-causal, en interaction constante, rendant incertaine la séparation classique entre causes et conséquences. »

Il nous a alors souvent fallu attendre sans bouger du tout pendant tout un temps avant de reprendre un travail tissulaire très doux. C'est pour le thérapeute troublant car la quasi totalité des patients décrit un bien-être plutôt important avec les mêmes gestes. Ce sont des histoires de patients longues, où d'ailleurs personne ne trouve le temps long, ni patient, ni thérapeute. On sent, confusément, qu'il y va de la reconstruction potentielle d'un lien primordial à l'humanité... qui serait impatient ?

#### 4. La restauration des assises narcissiques

Selon Allaz, une fragilité narcissique est banale avant l'apparition d'une douleur chronique médicalement inexplicée. Comment décrit-elle ces patients « prédisposés à la douleur » (*pain prone*) ? Elle se réfère d'abord à un profil classique établi par G. Engel<sup>16</sup> de vécu de maltraitance, de manques affectifs ou de pertes précoces d'adultes protecteurs. Elle décrit ensuite dans son expérience clinique des patients se présentant comme des personnes sans problème dont l'excellente adaptation au monde professionnel accompagne une idéalisation de soi et des relations aux autres.

---

<sup>15</sup> Allaz, A.F. (2003). *Le messager boîteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève: Médecine et Hygiène.

<sup>16</sup> Engel, GL.(1959) Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26, 899-918.



Une importante valorisation des capacités physiques ou de l'engagement professionnel est souvent présente. Un fort besoin d'être accepté et reconnu, corrélié à une faible tolérance aux humiliations et aux échecs, est par ailleurs souvent manifeste. Les éléments douloureux sont enfouis, les blessures affectives sont déniées. La recherche de reconnaissance sociale provoque un surinvestissement au travail, une répression des sentiments agressifs ou hostiles, ou des besoins de dépendance et de passivité. Des conflits minimes au travail ou familiaux sont capables de provoquer anxiété et culpabilité massives avec un fort retentissement. « Sur cette base narcissique fragile, toute atteinte au corps, y compris lorsqu'elle est mineure, peut avoir des conséquences très importantes »<sup>17</sup>.

Allaz conclut à propos de la somatisation qu'« en dehors de la situation particulière des douleurs pelviennes chez les femmes, la fréquence de mauvais traitements et de négligence parentale serait plus haute que celle des abus sexuels ».<sup>18</sup>

Nous ne prétendons pas que les patients d'ostéopathie seraient des douloureux chroniques dont la douleur serait inexpliquée. La plupart du temps le stade de la chronicité est atteint, mais la douleur n'envahit pas tout le champ de la vie du patient, elle n'interdit pas le travail durablement. Les arrêts maladie de plusieurs mois sont rares. En revanche, cette description est importante car elle pointe très précisément le lien le plus important qui unit selon nous la part psychique de la souffrance et la douleur somatique.

Pour éviter que la douleur ne devienne un repère identitaire, dans un cas de traumatisme, il est avant tout nécessaire que le narcissisme fragilisé soit restauré ou du moins pris dans le mouvement du soin. Nous nous souvenons combien Ferenczi insistait sur le rôle du thérapeute de redonner forme, de réanimer une partie morte du Moi. Dans le traumatisme grave, toujours, le Moi se fragmente. Cette fragmentation ressemble sans aucun doute à des états précoces du Moi qui, selon la théorie kleinienne, sont redoutables.

Comment l'ostéopathie soigne-t-elle cela ? Nous avons, comme Parat, la conviction que la relation autour du corps reconstruit du pare-excitation. L'ostéopathie redonne de l'importance au sujet tel qu'il se présente avec tous ses troubles et difficultés.

#### **4.1.L'Ecoute tissulaire ostéopathique : validation, respect et attention renarcissisants**

Tout le chapitre sur le toucher a montré combien cet acte simple et complexe à la fois intègre l'individu dans la communauté humaine. Quand le toucher a été de bonne qualité dans les soins infantiles primaires la construction du narcissisme a toutes les chances d'être bonne car les care-givers sont vraisemblablement « suffisamment bons ». L'ostéopathie bénéficie d'emblée de ce bonus puisque le toucher est son seul outil. Elle a quelques avantages supplémentaires qu'un simple toucher de ce point de vue : l'observation minutieuse et la confirmation des tensions par l'ostéopathe est le plus souvent un réel soulagement pour le patient parce que la médecine organiciste, à cause de la mutité des examens, doute parfois de la sincérité du patient, voire de l'existence des symptômes. Cette suspicion du praticien est extrêmement blessante

---

<sup>17</sup> Allaz A.F. op. cit. p.36

<sup>18</sup> Kinzl J.F., Traweger Ch., Biebl W (1995) Family background and sexual abuse associated with somatisation. *Psychother Psychosom* 64, 82-87.

surtout quand elle atteint la famille du patient. Ce dernier finit par s'interroger sur sa santé mentale.

La reconnaissance manuelle de l'inscription tissulaire de la douleur est aisée : une zone douloureuse est inflammatoire ou sub-inflammatoire, les tensions myofasciales sont présentes, la motilité tissulaire absente ou réduite. L'attraction tissulaire mène les mains de l'ostéopathe aux origines des tensions et ainsi patient comme thérapeute peuvent émettre des hypothèses sur l'origine de la douleur. Une patiente qui souffre d'un torticollis troublant son sommeil et qui n'a trouvé aucune cause à cela est déjà soulagée d'apprendre que la tension vient principalement de la clavicule du côté opposé à la douleur. Là, elle peut mettre en lien la douleur avec un vol à l'arrache du sac à main qui avait brutalisé cette épaule quelques mois auparavant.

Nous avons été très intéressée à ce sujet de trouver des restrictions de mobilité dans les douleurs hystériques. Si l'anatomie n'est pas atteinte, des tissus myofasciaux locaux sont réellement en tension. Si la patiente hystérique modifie le lieu et la cause de sa plainte quelques temps après, les tensions sont toujours en place et varient peu. Le projecteur de la conscience éclaire seulement un autre champ du corps, d'autres tensions qui existent aussi bel et bien. Cela explique qu'elle puisse y revenir si aisément. Seul le retentissement est disproportionné.

Pendant l'écoute tissulaire d'une séance d'ostéopathie, le patient reçoit beaucoup d'attention, il ne peut s'y tromper : silence, concentration, durée, intérêt du praticien. Or, une attention d'une telle qualité, ce n'est pas monnaie courante... sauf en psychanalyse, mais là, on a l'impression de devoir produire quelque chose, être ne suffit pas. Un respect aussi grand pour ce qu'est le patient, au moment présent, sans jugement ni demande particulière est si rare et soulageant. Cela convainc qu'on est important, d'emblée, sans devoir nécessairement faire quelque chose pour changer, et cela est très renarcissant. Une si grande acceptation est rare et une telle humilité du thérapeute vraiment surprenante.

Habituellement le pouvoir et le supposé savoir sont vécus de façon menaçante. Alors quand celui qui est investi d'un supposé savoir est perçu de surcroît comme protecteur, de façon non équivoque et sans condition, le sujet a le sentiment d'être accompagné de façon sécuritaire dans son chemin vers la santé. La recherche du confort du patient et l'attention soutenue à rester en deçà de la douleur confirment par des actes constants l'intention bienveillante du praticien.

#### **4.2. Les bascules identitaires de Brewin**

Nous avons longuement cité A.F. Allaz concernant l'importance de la fragilité des assises narcissiques dans la douleur chronique. Un autre auteur contemporain insiste ce thème : Chris Brewin<sup>19</sup> considère que le traumatisme psychique produit surtout un trouble identitaire qui empêche la guérison. Il parle d'un processus de bascule de pans entiers de l'identité à des phases antérieures plus difficiles. Par exemple, il suggère qu'on retrouve des états de manque d'estime et de confiance en soi propres à la délicate phase de l'adolescence...

---

<sup>19</sup> Brewin, C. R. (2003) *Post-Traumatic Stress Disorder, Malady or Myth?* Yale University Press

En suivant la thèse de Brewin, la renarcissisation du patient, donne des chances de faire basculer et réapparaître les pans de personnalité provisoirement escamotés par le traumatisme. On entrerait alors dans un cercle vertueux où le début d'un mieux narcissique amène une réactualisation de la personnalité.

## **5. Le niveau de conscience**

### **5.1. Dissociation et conscience de soi**

Nous pensons qu'un travail qui dure longtemps (au moins dans l'approche fonctionnelle l'ostéopathe garde un patient une heure environ), permet d'abord d'actualiser au sens propre du terme, de rendre actuelles les sensations de soi, le sentiment de soi. On n'est pas toujours déjà ailleurs, sur un autre projet, dans une autre fuite en avant. On est donc soudain présent à soi-même. Comme en psychothérapie, on est incité par le cadre à se pencher sur soi et non de s'occuper autrement. D'ailleurs les enfants ont un grand besoin qu'on les amuse pendant les séances qui sont très longues pour eux. Contrairement au massage qui capte constamment l'attention, à la manière d'une musique, l'ostéopathie donne le temps de prendre du recul, de se souvenir. On a le temps de penser, rêver, méditer et pourtant l'attention à soi est soutenue par celle du thérapeute.

De façon très étonnante, cette présence au présent permet de voyager dans le temps, de régresser dans le passé autant que d'explorer l'avenir. Il semblerait cependant qu'habituellement la conscience des patients soit plus souvent tournée vers leur mémoire épisodique que vers une projection dans le futur. Et le passé s'actualise : il montre la scène avec les couleurs sensorielles et les teintes affectives. Cette richesse respectée vient à la rencontre d'un sentiment de soi rassemblé, entier.

Pendant un traitement ostéopathique les zones touchées et travaillées sont plus précisément les zones traumatiques. A chaque fois, et par le principe de la synapse de Hebb, la mémoire sensorielle est mobilisée par les fibres C, et ainsi l'histoire est susurrée aux oreilles de la « conscience inconsciente de soi <sup>20</sup> ». Il y a dissociation parce qu'à notre insu la mémoire inconsciente et implicite corporelle est sollicitée. C'est la conscience de soi, dans sa troisième définition d'instance toujours vigile mais rarement perçue qui est sollicitée.

Il nous paraît également que la sensation proprioceptive est plus archaïque que celle du toucher épicrotique. Mobiliser cette gamme de sensations incline à une régression à des stades encore plus antérieurs et à approcher des malaises propres à des périodes critiques de la vie.

Est-ce parce qu'on est attiré par une mémoire inconsciente qu'on se dissocie, ou au contraire parce qu'on se dissocie que la mémoire inconsciente peut surgir ? Les deux sont sans doute exacts. On sait que les contenus mnésiques sont mieux retrouvés dans des états de conscience similaires (par exemple sous effet de toxiques quand l'apprentissage a été fait sous toxiques). Mais il est probable aussi que la conscience épisodique momentanée fasse appel à une conscience épisodique plus large, résultant des mémoires épisodiques cumulées, et qu'ainsi le voyage commence...

---

<sup>20</sup> Cette expression utilisée par les spécialistes de la conscience peut être remplacée par « partie non consciente du Moi » dans le vocabulaire psychanalytique.

### 5.2. La dissociation traumatique

Des chocs légers ont des répercussions bien plus sensibles lorsque la victime est dans un état de non vigilance pendant le traumatisme. A l'opposé, on constate avec Ferenczi que tout traumatisme prévisible est anticipé musculairement par une sorte de cuirasse, même si elle sera à l'évidence insuffisante. Une sorte de contraction de l'épigastre protège les organes digestifs par une barrière musculaire, sert d'appoint à la contraction des fibres musculaires lisses pour redistribuer la masse sanguine aux organes vitaux. Simultanément à cette contraction protectrice du corps, le psychisme tend à se désengager, à sortir du corps.

Les enfants montrent une grande aptitude à la dissociation, aptitude malheureusement responsable d'une mauvaise prise en charge de l'enfant douloureux qui, dissocié, reste trop calme. Quand l'enfant souvent traumatisé, par maltraitance physique ou psychique, est souvent dissocié, cela devient une sorte d'habitude protectrice pour construire des espaces possibles hors la vie réelle. L'adulte retourne dans un état de rêverie sur des expériences pénibles, sorte de recours à une jouissance de la souffrance qui est soit une habitude psychique, soit une stratégie pour diminuer toute quantité d'excitation mal supportée par le psychisme. Au lieu d'amener à modifier la réalité, cette attitude confine à la persévération de la souffrance. Ce mécanisme s'accroît en présence de situation de vie stressante (maladie, départ) et lorsque l'imminence d'un changement s'annonce car la personne a perdu beaucoup de sa capacité à affronter la réalité et à modifier son environnement. La dissociation qui se produit automatiquement après de graves traumatismes infantiles peut ainsi être utilisée de façon très pénalisante pour la vie actuelle du sujet. La prise de conscience du phénomène est nécessaire, mais non suffisante. Le lien transférentiel sera important pour modifier même à minima les habitudes psychiques.

Cette aptitude à la dissociation est plus souvent révélée à l'âge adulte lors d'une rencontre fortuite avec le Réel où l'impensable paralyse le mental et provoque une éjection brutale du psychisme hors du corps. Ce saisissement coupe le souffle et suspend la pensée puis tout s'accélère pour la survie du corps. Lorsque l'orthosympathicotonie domine, cerveau et corps s'allient pour préserver la vie : cette accélération n'est pas suivie d'action dans l'ESPT. La paralysie et le choc psychique perdurent, tout est perçu à travers un brouillard d'irréalité qui protège le Moi d'un traumatisme trop brutal. Ce flou se colore peu à peu d'effroi, ce qui dissuadera le psychisme d'approcher de cet espace psychique. En revanche la conscience s'y retrouve malgré elle presque en permanence et il s'instaure chez l'individu une sorte de lutte pour fuir consciemment (préfrontal) et revenir inconsciemment (amygdale) à cet événement. Parallèlement à la dissociation s'organisent les flash-backs et les cauchemars qui signent la déroute de l'hippocampe.

La dissociation qui apparaît à l'âge adulte peut aussi être vécue très péniblement dans les troubles anxieux consécutifs à un traumatisme unique. Il s'agit alors d'appivoiser ces vécus psychiques où tout paraît étrange et étranger, où la conscience inconsciente est incapable d'assurer l'unité, la continuité et l'identité du Moi. C'est précisément ce qui est tenté dans tous les exercices de dissociation

volontaires comme la relaxation, l'hypnose ou l'EMDR. Nous avons déjà vu que le recours à la relaxation est impossible tant qu'un minimum de travail psychique n'a pas éteint les premières angoisses. Le danger effectif de la relaxation est de propulser la conscience dans une proximité de l'effroi, lequel en outre exerce un effet attractif.

Le toucher ostéopathique offre un cadre sécurisant empêchant le retour traumatique dans toute sa pénibilité parce qu'il garde un contact avec le présent qui se fait sentir comme une présence rassurante. Le présent est vécu comme une présence, le passé comme un état de solitude, et c'est bien réel puisque le thérapeute est attentif. Son toucher permet sans doute d'actualiser son effectivité qui peut être occultée en état de relaxation. La dissociation induite par le praticien en EMDR tâche également de garder son patient dans un état où il a un pied dans le passé et l'autre dans le présent. Pendant le travail ostéopathique, la sécrétion des endorphines est aussi un élément favorisant sans doute la dissociation qui rappelle celle du traumatisme, l'effroi et l'horreur en moins. Puisque le patient n'est pas incité à y retourner, ni par une demande explicite de produire du matériel sémantique (mémoire déclarative), ni par une mobilisation de l'émotion (mémoire implicite), le sujet ne visite son traumatisme que s'il est prêt à cela. La tête de Janus veille à filtrer, dans l'éveil ou dans le sommeil, les éléments assimilables du traumatisme.

Les états de rêverie décrits par les patients sont illustrés dans Fenêtres<sup>21</sup> de Pontalis dont nous reproduisons un extrait d'une pensée qui serait rêvante car il correspond si bien à ce qu'ils disent : *Le rêve ne me transporte pas dans un autre monde, il pense et me pense. Sa pensée est autre que celle que nous appelons pensée car c'est une pensée qui ne sait pas qu'elle pense ! Est-ce là ce qui rend nos rêves infiniment plus inventifs, plus aventureux, plus malicieux aussi que notre pensée du jour, si contrainte, si limitée, si prudente surtout quand elle se veut réfléchie, faisant retour sur soi ? [...] Je rêve... d'une pensée de jour qui serait rêvante, non pas rêveuse mais rêvante. Je suis bien incapable de définir ce qu'elle serait ; S'avancerait-elle, comme dans nos rêves, sans la conscience de sa destination, entraînée par la seule force de son mouvement, empruntant des voies multiples qui finalement convergeraient vers un point lumineux ? Je peux tout au plus l'opposer à la pensée de l'insomniaque. Que lui arrive-t-il à celui-là ? Justement, il ne lui arrive rien : pas le moindre événement, pas la moindre aventure, aucune traversée du temps. Ne se succèdent et ne se répètent dans sa tête – et seulement dans sa tête – que des pensées moroses qui l'assaillent et qu'il était plus ou moins parvenu à tenir à distance le jour. L'insomniaque est un homme de souci, non de désir et, dans son incapacité douloureuse à se laisser aller au sommeil et à laisser venir le rêve, les soucis ne font pas défaut. Mais n'obéissent plus aux règles de la pensée diurne qui permettrait peut-être de les relativiser, de les hiérarchiser. Non, l'un appelle l'autre, ils s'additionnent, font masse, tournent en rond. L'insomniaque reste sur place, s'interdit tout déplacement d'un temps à l'autre, d'un lieu à l'autre. Il se borne à changer de position dans son lit immobile. La pensée rêvante que j'appelle de mes vœux puiserait dans le rêve la force d'être irréfléchie, inconvenante, de s'avancer à ses risques et périls, comme une somnambule. Le langage peut-il être à la mesure de son exigence ? J'en doute : il est soumis à trop de contraintes, syntaxiques, logiques ; il veut être compris. Le pinceau inquiet, chercheur, du peintre*

---

<sup>21</sup> Pontalis, J.B. (2000) *Fenêtres* Paris : Gallimard p.37.

*serait-il plus apte que la main à plume à donner forme à la pensée rêvante, à l'incarner ?  
La peinture que j'aime : un analogon du rêve.*

Les thérapies qui font trop appel à la réflexion court-circuitent le retour à l'émotion, c'est pourquoi les cliniciens du traumatisme ramènent régulièrement les patients à ces zones psychiques, de façon plus ou moins directive. Nous sommes néanmoins d'accord avec Lowen et Tsuda, le recours aux émotions seules a pour fâcheuse conséquence le manque de perlaboration, c'est-à-dire la reconstruction psychique nécessaire aux changements internes du sujet.

Pour résumer, la dissociation traumatique est rejouée pendant le travail ostéopathique, avec suffisamment de maîtrise pour être très peu anxiogène. Si le patient se sent vraiment en sécurité, il peut franchir une étape supplémentaire et se laisser aller au sommeil où le travail inconscient sera encore plus aidé par le traitement des données traumatiques par le moyen du rêve.

### **5.3.L'abaissement des résistances mentales**

Les adeptes du yoga, de la relaxation, de la méditation arrivent le plus souvent à se laisser aller avec beaucoup d'efficacité. Certains sportifs, tels que les aikidokas et les danseurs, aussi (ce n'est pas exhaustif). L'impression dominante avec ces patients est qu'ils sont comme davantage experts d'eux-mêmes, comme si les voyages intérieurs, psychiques ou corporels, étaient déjà repérés et que la peur de l'inconnu avait disparu. Ils sont en confiance... avec des parties d'eux-mêmes que d'autres n'ont pas explorées. Ils sont attentifs à eux-mêmes, capables de décrire précisément leurs dysfonctions, les localisations. Leur corps est comme plus conscient, ils y sont plus attentifs, ils sont plus lucides et moins embrumés, plus aiguisés dans leurs sensations, mais ils s'en dégagent paradoxalement plus aisément, l'abandonnant dans les mains de l'autre sans résistance.

La vigilance apparaît comme un mécanisme de défense, très global. Oser lâcher-prise ressemble à oser dire. Ça peut être une peur du début, comme dans le Temps de Latence Initiale du T.A.T. ou ça peut durer pendant toute l'heure. La vigilance est un rapport au praticien ou un rapport à soi-même. L'objet de la peur peut être externe (le thérapeute et son cadre) ou interne (peur de ce qui ne serait pas maîtrisé, contrôlé, peur du ça, de ses productions intérieures comme l'angoisse, l'agressivité, ou de ses mises en acte : pleurer, crier, tomber dans les pommes, devenir fou). Pour abaisser sa vigilance, il faudrait ne plus avoir peur.

Les techniques permettant une altération de la conscience vigile ne sont pas forcément celles du lâcher prise. Il est vraisemblable que les adeptes du corps et des états altérés de conscience (nous l'avons vérifié aussi pour des toxicomanes) sont capables d'abord de freiner l'activité de leur néocortex pour ensuite se rapprocher de l'état de conscience dû à l'activité des formations centrales du cerveau qui sont la base physique de l'expérience vécue dans le champs de la conscience. L'activité de ces formations centrales permet de lier la conscience aux bases de la vie animale et même végétative chez l'homme, ce qui signifie concrètement que les adeptes des

états altérés de conscience ont déjà approché d'une certaine façon, leur part instinctuelle ou archaïque.

On trouve dans les rites exotiques des drogues, privations, musiques, rythmes, répétitions de mots ou de mouvements, autant de techniques pour affaiblir les résistances du corps et de l'esprit et laisser émerger les fractures psychiques.

#### **5.4.Sommeil et ostéopathie**

Toutes les raisons évoquées dans le chapitre précédent inclinent à penser que le sommeil le plus fréquent pendant une séance d'ostéopathie est nécessité par un travail psychique en attente. Cette hypothèse ouvre des horizons du point de vue psychologique sur :

- le lâcher prise et l'abaissement des résistances mentales pour favoriser ce travail,
- le sommeil, comme possible résistance psychique à l'abord de certaines zones du corps,
- les mécanismes de traitement des traumatismes pendant le sommeil et les rêves.

Souvent étonnés de s'endormir, surtout en première séance, parfois peu conscients d'avoir dormi, les patients n'en disent habituellement pas grand chose, comme s'ils avaient un peu honte de s'être laissés aller. C'est d'ailleurs un sommeil assez superficiel qui, s'il est peu sensible au bruit, l'est en revanche au toucher. Dès que l'on arrête de travailler, avant même de quitter le contact, le plus souvent le patient se réveille, un peu comme on se réveille en voiture dès que le véhicule s'arrête. La conscience inconsciente veille.

L'observation attentive permet de situer précisément le moment du lâcher prise par endormissement car la texture des tissus change brusquement. Les tissus reprennent la main plus nettement, ils nous « embarquent » véritablement et nous n'avons plus qu'à suivre sans avoir besoin de chercher vraiment. Le travail s'accélère, s'accompagnant de borborygmes, de petits sursauts, de petites trémulations qui sont autant de sensations de relâchements qui arrivent dans nos mains. On y découvre des origines de tensions plus ténues que nous n'avions pas perçues. On sait enfin précisément ce que le corps attendait de nous et que nous n'arrivions à faire qu'imparfaitement.

Des mouvements rapides oculaires peuvent intervenir, des sursauts avec un mouvement brusque, des petits sons comme des débuts de paroles témoignent d'une activité onirique dont le patient se souvient assez rarement. Les ondes cérébrales sont donc vraisemblablement alpha ou thêta. Le sommeil lent est très rarement atteint surtout observé chez des patients en décalage horaire ou en manque de sommeil. Dans ces cas seulement, quand on arrête le travail, les patients continuent à dormir.

Parfois les patients entrent dans une sorte de relaxation comportant des phases de rêve éveillé où ils suivent des rêveries agréables, ou voient surgir des images surprenantes ou encore ils décrivent des jeux de couleurs qui se succèdent derrière leurs paupières. Une patiente était particulièrement adepte des images drôles. Elle éclatait de rire une à deux fois au beau milieu de chaque séance.

Imaginer que le sommeil n'est possible que si le patient abaisse ses résistances envers le thérapeute et la thérapie ressort d'une logique certaine. Mais dans la mesure où le sommeil permet des rêves, ou des images de rêve au moins, il est aussi possible de considérer le sommeil « apparaissant en travaillant sur certaines zones » comme un mécanisme de défense pour éviter à la conscience une confrontation inconfortable pour le Moi. C'est à nouveau dans le peu de probabilité de l'endormissement que l'on peut y supposer la nécessité pour le psychisme d'y avoir recours. Pourquoi un patient s'endort-il alors qu'il vient de parler ? Pourquoi est-ce au moment où nous posons nos mains autour de son orbite vide ? N'est-ce pas pour éviter une prise de conscience trop brutale de l'effroi traumatique qui est susceptible de revenir à l'occasion de ce contact mobilisant les traces mnésiques ? En suivant cette hypothèse, nous nous relions à la conception freudienne du rêve, celle de « rêve, gardien du sommeil. »<sup>22</sup>

Selon Freud, en effet, le rêve a pour but de lier des excitations de l'inconscient à des représentations anodines afin de décharger l'inconscient d'une charge trop importante d'excitations dues à des frustrations de tous ordres. Si le travail du rêve ne déforme pas suffisamment les pulsions qui ont été réprimées, refoulées, leur apparition provoque une irruption d'angoisse qui réveille le dormeur. D'où la notion de rêve, gardien du sommeil, où le cauchemar est ce rêve qui provoque le réveil et est proprement l'échec du rêve à avoir transformé l'excitation irréprésentable en symbole anodin.<sup>23</sup>

Aussi est-il possible que le sommeil du travail ostéopathique permette à de l'excitation datant de l'expérience traumatique (réveillée par la sollicitation des tissus impliqués lors du traumatisme) de se lier avec des représentations progressivement plus paisibles parce le sujet se trouve dans un état de grande quiétude. C'est comme si la conscience du corps éveillée au présent et la conscience psychique éveillée au passé pouvaient se conjuguer de nouvelle façon, faisant ainsi glisser le patient d'une fixation à une temporalité du passé sur la mouvance du présent. Considérant l'inquiétante mobilité du présent, on peut imaginer que le passé est certes pénible mais au moins fixé, sans incident supplémentaire possible et qu'ici l'inquiétante ouverture à l'inconnu du présent est modélisée par la main du thérapeute: la mobilité est lente, sans heurt, le présent peut se faire moins menaçant et laisser le futur advenir.

## 6. Le retour tridimensionnel sur le traumatisme

« Le temps devenait une sorte de monnaie d'échange pour les relations entre les gens. Le fait de passer du temps avec Mme C. donnait un sens à son identité. Une présence, de la proximité spatiale mélangée à de la durée, permettait la rencontre de

---

<sup>22</sup> Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1967. p. 205 : « le rêve est le gardien du sommeil, et non son perturbateur. »

<sup>23</sup> Castel, P-H. (1998). *L'interprétation du rêve" de Freud - une philosophie de l'esprit inconscient*. Paris : PUF. « Le désir de dormir est la contribution du "Moi" (Ich) au rêve, et il rationalise la sélection (autrement incompréhensible) des excitations qui atteignent le dormeur, ainsi que l'action de la censure écartant toute interprétation qui pourrait l'éveiller. Au-delà d'un certain seuil, le souhait qui régit le rêve s'approprie même la douleur somatique, comme défouloir pour une représentation refoulée qui, sinon, n'aurait pu se décharger dans la conscience. Cette explication du cauchemar renforce celle par le refoulement et la conversion en angoisse de la libido non déchargée. En aucun cas la tonalité générale du corps ne peut donc déterminer le rêve, sans les souhaits du sujet. »



deux identités. Le temps et l'espace ensemble étaient donc un moyen de se relier à l'autre, un moyen de communication. [...] Le corps est la rencontre de l'espace, du temps et de l'identité, qui permet aux individus d'interagir l'un avec l'autre. »

#### **6.1..L'équilibre tridimensionnel du point de vue théorique : le stillpoint**

Ce cheminement de la dissociation traumatique à la dissociation thérapeutique puis aux états de sommeil et de rêve nous entraîne logiquement vers l'hypothèse d'un mécanisme psychique inconscient à l'occasion d'une prise en charge par ostéopathie.

La participation du psychisme à la résistance tissulaire semble indéniable car lorsqu'un patient retrouve spontanément un souvenir propre au traumatisme et l'exprime, les tensions de la zone concernée disparaissent. Or ce sont précisément les tensions qui résistaient. D'autres tensions ailleurs continuent d'exister, bien entendu. C'est exactement comme dans la cuirasse de Reich : une énergie psychique réprimée, une tension myofasciale précise appariée.

Est-ce qu'une part psychique du traumatisme existe toujours ? « La commotion physique est toujours aussi psychique » nous rappelle Ferenczi. Bien sûr, il y a des degrés de gravité. Quand le traumatisme est bénin, on peut considérer que la part psychique du traumatisme se traite toute seule, notamment pendant le sommeil et les rêves. De même que le corps se répare pendant le sommeil, le psychisme retraits les données. Ce n'est que lorsque le travail sur le traumatisme est perçu comme trop aversif par la conscience inconsciente que le traumatisme reste intact. Il est probable aussi que l'adoption consciente de l'évitement pendant la vie diurne favorise l'enkystement du traumatisme.

Dès lors qu'on perçoit ce retour du matériel clivé ou refoulé au moment même où le corps lâche, il est hautement probable que ce processus de retour tridimensionnel ait existé. Mais quand on ne le perçoit pas, rien ne dit qu'il n'ait pas existé. Nous pensons plutôt que ce processus est resté inconscient, ou que le thérapeute n'en est pas averti parce que le patient n'en parle pas. Ainsi, quand le patient n'exprime rien d'un traumatisme après un travail où le corps a lâché, il est possible que le traumatisme psychique soit déjà retraité, qu'il se retraits à l'insu du patient, ou que le patient ne juge pas opportun d'en parler.

C'est ainsi que nous avons produit le modèle d'un retour tridimensionnel sur le traumatisme : une zone traumatique sollicitée (fibres C) éveille la mémoire épisodique du traumatisme (hippocampe). La dissociation naturelle produite par le cadre favorise la mémoire homéostasique (partie dorsale de l'insulae) de la dissociation traumatique. Le tout sollicite les données refoulées ou clivées relatives au traumatisme traité.

Nous pouvons le formuler encore plus simplement : la sollicitation de la zone traumatique corporelle (lieu) par le thérapeute mobilise l'histoire du traumatisme (temps) et le cadre de la séance favorise le niveau de conscience (profondeur). Ce retour tridimensionnel sur le traumatisme permet au patient de revisiter son traumatisme avec la sécurité intérieure suffisante pour que ses tissus relâchent leurs

tensions myofasciales. On est sur le « stillpoint<sup>24</sup> » physique et psychique. Dans les tissus la tension se dénoue et la respiration reprend. Dans le psychisme l'énergie traumatique imprimée sort du domaine de l'indicible. Les données épisodiques rejoignent l'espace des structures sémantiques.

Car, en fait, ce retour tridimensionnel sur le traumatisme n'est pas un but en soi. C'est la mise en place qu'on peut s'efforcer de faire le plus précisément possible pour permettre le retour du refoulé. Comment se présente cette énergie traumatique psychique ? En voici un exemple.

#### **6.2. Le retour tridimensionnel : exemple clinique**

Nous allons produire un exemple qui sera banal dans une clinique psychothérapeutique, mais qui illustre combien le retour du refoulé, qui ici ne se fait pas spontanément, est utile dans la prise en charge corporelle et combien il conditionne l'autoguérison du corps quand celle-ci est verrouillée par la part psychique du traumatisme.

Un patient souffrant d'une sciatalgie nous est adressé par son médecin qui, après divers examens, l'informe qu'il s'agit très vraisemblablement d'un problème psychosomatique. Absence de travail tissulaire repérable pendant deux séances, aucune amélioration donc. Mais rencontrer une résistance tissulaire à ce point, cela ne nous était jamais arrivé ! Non que le patient soit tendu volontairement (il semblait être confiant dans notre compétence) ou qu'il ait peur de ressentir une douleur (il ne commence à souffrir qu'après quelques minutes de marche), mais « ça » ne travaille pas entre nos mains. Les tissus myofasciaux n'emmènent les mains nulle part et ne relâchent pas la moindre rigidité quelle que soit la direction proposée. La zone lombaire est effectivement très rigide mais nous ne repérons aucune autre origine de tension ailleurs. Nous ne ressentons pas la moindre attraction. Nous avons expliqué au patient notre perplexité face à cette immobilité surprenante, lui proposant de nous aider à avancer en mettant des mots sur ce qui pouvait être difficile pour lui dans sa vie actuelle. Le patient, peu désireux de parler, ne trouva rien de pénible dans sa vie actuelle malgré une recherche sincère pendant les deux premières séances. En début de troisième séance, commençant à être gagnée par une sorte d'impatience, nous lui soumettons que la forme de son corps nous évoque une peur. Ce à quoi il répond du tac au tac : « Peur, moi, jamais ! ». Notre écoute de psychologue enregistre cette déclaration comme un vraisemblable déni et essaye de le contourner en douceur... Nous avouons avoir nous-même un nombre considérable de peurs... Peut-être a-t-il eu peur quand il était enfant : peur dans le noir, peur des ombres dans les rideaux, peur de quelqu'un sous le lit... Rien ! Après un silence plein de réflexions, nous réalisons qu'en fonction de son âge il avait dû « faire » la guerre d'Algérie. Effectivement, mais aucune peur non plus. Profil bas, nous acceptons ces réponses. Il vient alors lui-même à notre rescousse et dit avoir été très choqué en revanche par la vision d'un homme émasculé, le sexe plongé dans la bouche, selon une coutume barbare de cette guerre. Nous lui confirmons l'importance de cette scène, combien elle avait dû être violente et traumatisante car elle représentait une réalisation d'une

---

<sup>24</sup> On nomme stillpoint en ostéopathie le point d'équilibre entre les tensions à atteindre pour que les résistances tissulaires fondent sous les doigts du praticien.

crainte qui traverse sans doute tous les petits garçons. Et nous réalisons soudain qu'il y avait eu une opération de la prostate dans les antécédents du patient. Ce dernier nous confirme effectivement que la sciatalgie a commencé quelques semaines après l'opération. Questionné à nouveau sur l'éventualité d'une peur face à cette opération, il nie avoir eu peur, ajoutant pour preuve son sommeil paisible la nuit précédente malgré le somnifère refusé. Nous admettons à nouveau et lui demandons de raconter le jour de l'opération. Son regard s'éloigne, il y est... « Eh bien on m'a prémédiqué, on est venu dans la chambre me préparer, on m'a mis sur le brancard, on m'a descendu en salle d'opération et là... et là... c'est vrai que, là, ça a été pénible, car on m'a laissé là, nu comme un ver sur cette table d'opération, sans s'occuper de moi, il faisait froid et je m'étais mis à trembler... »

Ce disant, notre patient s'est mis à trembler fortement et longuement, du diaphragme jusqu'au périnée, relâchant progressivement tous les muscles lombaires. Nous avons accompagné cette fois avec facilité le travail de détente myofasciale. Rassuré sur le bien-fondé de ce tremblement, ce patient s'est relevé de la table de travail, quelques vingt minutes après, passablement étonné et bouleversé de cette aventure mais nous savions que cet épisode sciatalgique était terminé. En continuant à réfléchir ultérieurement, nous avons pu remarquer que deux derniers éléments avaient dû contribuer à l'avènement de la sciatalgie après l'opération : une mise en retraite imminente qui pouvait rejouer une castration symbolique et la conclusion opératoire selon laquelle ladite opération n'aurait pas dû être pratiquée, conclusion qui n'avait pas manqué de provoquer la colère du patient. Remarquons encore que le patient a été traumatisé par la peur, certes, mais aussi par l'abandon qu'il a ressenti dans ce moment crucial.

### 6.3. Le retour de la trace mnésique

Cette histoire de patient nous avait convaincue du rôle du psychisme dans la résistance tissulaire. Nous admettons qu'une telle clarté est caricaturale ; néanmoins il est assez fréquent que des patients évoquent spontanément des traumatismes pendant un travail tissulaire et que le corps montre à ce moment précis des relâchements myofasciaux permettant de comprendre la disparition des symptômes. Gardons en mémoire qu'il y a du passé qui revient à la conscience, que ce passé était véritablement oublié et hors d'atteinte consciente mais qu'on l'avait déjà connu. De cela, le patient est convaincu, et on voit bien ici qu'il ne pouvait en être autrement. Il savait déjà que ce moment avait été pénible, il ne l'avait même pas oublié. Seulement, il avait évité d'y penser car il était aversif.

Si, dans le discours spontané des patients, le plus courant sont des histoires traumatiques corporelles ou psychiques, un questionnaire fabriqué dans l'intention de savoir si les patients avaient conscience de ce lien, a été proposé à des patients volontaires<sup>25</sup>. Une moitié avait clairement conscience de cela, pour eux, c'était une pure évidence. L'autre moitié des patients, pourtant de longue date, ne gardaient pas le souvenir d'avoir relié consciemment les zones contactées et les histoires traumatiques afférentes.

---

<sup>25</sup> Ce questionnaire est produit dans le Tome 3 p. 287.

Malgré l'apparente non conscientisation de nombreux patients, il apparaît peu probable qu'il puisse exister une dissociation des dimensions localisation (espace) /histoire(temps) chez un sujet. Hors la psychose il paraît difficile de désintriquer les dimensions espace/temps, que ce soit du point de vue de l'inconscient ou même du préconscient. Si on touche un lieu traumatisé, justement parce que la synapse de Hebb a été créée par l'excitation simultanée de nombreuses synapses d'un même neurone, tous les neurones liés par une assemblée cellulaire sont contactés. Ces assemblées de neurones étant particulièrement présentes dans l'hippocampe, responsable de la mémoire épisodique, on active les traces mnésiques épisodiques de l'histoire traumatique.

Nous nous trouvons alors devant une question délicate : est-il finalement préférable de laisser le patient se mettre à l'état de conscience le plus propice (voire le sommeil éventuellement) pour le retour du traumatisme pendant le sommeil et le rêve, ou est-il préférable de parler avec lui pour l'amener à envisager et verbaliser ce traumatisme ? Nous avons longuement cherché un signe propice pour prendre cette décision. Aujourd'hui, nous pensons

- que lorsque les mains du praticien ne buttent pas sur une résistance tissulaire, mieux vaut laisser le travail psychique inconscient se faire inconsciemment,
- que si le patient a envie de parler, l'écoute des temps de silence entre les protagonistes est la meilleure indication. Au début, le patient est dans un discours rapide, les mots se bousculent. Il peine à tout dire. Le flot des mots baisse progressivement. Soudain, le patient met du temps à enchaîner ses idées, à répondre. L'instant suivant, il dort... à condition d'entendre, en creux, son besoin de sommeil et d'espacer nos réponses, de ne pas repartir sur d'autres pistes. Nous sommes sans doute sur le stillpoint psychique du traumatisme.

Dans l'exemple le retour du traumatisme s'est effectué pendant la séance. Parfois il se produit après un certain temps. Les rêves alors peuvent rendre compte du travail psychique ainsi que des tremblements, des borborygmes et des pleurs susceptibles d'être d'ailleurs déclenchés par le rêve.

#### **6.3.1.Les tremblements**

C'est un phénomène de grande fréquence : quand le traumatisme sort du corps, cela se fait dans des tremblements. P. Levine le notait tant pour ses patients que pour la plupart des fins de transes chamaniques et dans l'épisode final de la cascade de réactions des animaux sauvages en situation de stress vital... Pour ces derniers, cela se produit juste avant qu'ils repartent vers une activité paisible, dénuée visiblement de comportements montrant une peur résiduelle.

Ce phénomène, salvateur, n'est pas synonyme malheureusement de façon univoque d'une réaction parasympathique consécutive à une violente orthosympathicotomie et clôturant cette dernière. S'il est vrai que la contraction des muscles striés se relâche dans le retour au calme parasympathique de cette particulière façon, les tremblements sont vécus également seulement quand la peur est là, ce qui explique la crainte naturelle que les hommes conçoivent pour les tremblements. Car même si

la peur est plus rémanente chez les humains, et même si elle est contemporaine d'hypoglycémie anxiogène, les tremblements sont vécus de façon anxieuse par les humains qui répugnent à montrer leur peur socialement. En cas d'orthosympathicotonie, les animaux sauvages agissent de façon appropriée : orientation, fuite, combat ; l'homme, en revanche, réprime toutes ces actions de survie. Il réajuste presque volontairement la parasymphaticotonie pendant la phase d'alarme afin de ne pas agir. Ainsi les vécus d'alarme sont d'autant plus pénibles qu'on réagit par un appui simultané sur la pédale de frein quand l'automatisme neurovégétatif appuie sur la pédale d'accélérateur. Dans ces cas de double stimulation simultanée, et à l'inverse de la réaction parasymphatique simple, les rythmes cardio-respiratoires sont augmentés. C'est précisément le cas des crises dites de spasmophilie. La conservation de l'immense énergie (sucre/oxygène) alors générée par l'orthosympathique conduit à l'intériorisation de l'angoisse, sous la forme d'un immense blocage d'énergie dans la région thoracique, particulièrement médiastinale avec implication pour le moins de l'axe central (dure-mère spinale) et des diaphragmes thoraciques haut et bas (muscles constricteurs de la gorge, aponévroses cervicales superficielle, médiane et profonde, ceinture scapulo-humérale/diaphragme costal, coupole et piliers). De même les muscles striés musculo-squelettiques restent tendus, générant la cuirasse familière à Reich ou les tensions d'évitement « illusionnaires » de Ferenczi.

Quand seule la réaction parasymphatique est présente, le ressenti est celui d'une intense fatigue, d'un besoin de sommeil qui se révèle efficace, réparateur, d'une faiblesse musculaire (jambes en coton), et d'un vécu psychique de faiblesse, de vulnérabilité, d'être démuné de toute ressource. On se sent vidé. Cela peut s'accompagner, mais bien plus rarement de nausées et de vertiges. Et, le plus souvent également, puisque cette réaction apparaît en fin de danger, lorsque le psychisme peut célébrer cette survie, la victime ressent une forte euphorie produite par les endorphines qui compense fort heureusement ces réactions bien désagréables.

Dans notre clinique donc, les tremblements existent sans être fréquents ; ils sont presque toujours précurseurs d'amélioration des symptômes physiques. Ils sont d'autant plus fréquents que les motifs de consultation sont des traumatismes et/ou que le patient est dans un état d'excitation neuro-végétatif. Et il est pour nous intéressant de noter que cela a pu nous arriver aussi en séance de psychanalyse et jamais en séance de massage, ni en séance de relaxation. Dans la mesure où nous y voyons là une indication du traitement/digestion du traumatisme, nous nous devons d'ajouter que nous n'avons jamais pratiqué de relaxation produisant volontairement un retour sur des traumatismes. Dans notre pratique, pour que les tremblements apparaissent, il nous a semblé nécessaire que le patient accepte d'abaisser ses défenses psychiques. Dit de cette façon, on pourrait croire que c'est volontaire, ce qui est abusif mais pas entièrement faux. Le patient ne peut le décider, et dans le même temps, sans son consentement, cela ne se produit pas. Il est nécessaire qu'il soit d'une certaine façon d'accord.

Il nous a toujours semblé très précieux de proposer au patient une explication du phénomène afin que la réaction somatique ne crée pas une montée d'angoisse, d'autant plus légitime qu'habituellement les tremblements sont contemporains de la

double stimulation ortho/para très pénible. Nous engageons même le patient à se laisser aller au maximum aux tremblements, de « rentrer » dedans au lieu de les fuir et de vouloir les contenir, leur donnant l'idée que plus ils aideront à se laisser aller, plus cela passera vite. Cela nous semble d'autant plus important que les victimes de traumatismes soumis à des dérèglements neurovégétatifs perdent confiance en leur corps à cause de ses réactions étranges et pénibles.

Nous ne mentionnons plus les dénouements myofasciaux déjà abondamment envisagés.

#### **6.3.2. Les réactions neuro-végétatives et des muscles lisses**

Le deuxième phénomène est constitué par les borborygmes qui sont pour nous le meilleur témoignage de détraumatisation car ils sont constants, à l'inverse des tremblements qui sont totalement absents dans la majorité des traitements réussis. C'est le pendant des tremblements mais opéré cette fois par les muscles lisses. Ces derniers sont directement sensibles aux émotions. En effet, dès la tendre enfance, les coliques du nourrisson, d'après les pédiatres et autres professionnels de la petite enfance (dont R. Debray et G. Boyesen), semblent assez significatives des émotions, non seulement de leurs émotions de bébé mais aussi des émotions de leur entourage. Il nous est arrivé, personnellement, de ressentir un vague malaise, comme un début de lipothymie pendant une séance d'ostéopathie. Le lendemain matin, un malaise vagal a eu lieu quelques minutes après le réveil, ce qui est un événement unique dans notre histoire. Il nous est apparu, dans l'après-coup, un lien possible avec un traumatisme crânien : le mal-être était apparu pendant la séance de travail à un moment où l'ostéopathe travaillait sur la zone d'un ancien traumatisme crânien, la partie droite de l'écaille de l'occiput, zone qui est chez nous très souvent sollicitée pendant les traitements d'ostéopathie. Le vieux traumatisme insiste, c'est souvent pendant qu'on travaille pour la énième fois sur une zone qu'on s'en rend compte en tant que praticien et que l'histoire traumatique du patient nous revient en mémoire. Cela est d'ailleurs une preuve de la justesse de la perception du praticien.

Ce travail, ce jour-là, avait été tout autant agréable que d'habitude localement. Il y avait juste eu un moment où était apparue une nausée lointaine. L'écaille de l'occiput concerne très directement le cervelet et le trou déchiré postérieur de la suture occipito-mastoïdienne la dixième paire crânienne, ces deux structures étant aussi bien l'une que l'autre susceptibles d'être les supports organiques du malaise et d'avoir été atteintes pendant le traumatisme crânien.

Ce travail, ce jour-là, a été plus significatif, ou a retracé quelque chose du traumatisme qui a été rejoué ainsi. Pourquoi ce jour ? Cela reste toujours la question. Est-ce que la différence vient du thérapeute, du patient, de la relation entre eux ?

#### **6.3.3. Les réactions émotionnelles par les organes des sens**

Un troisième type de réactions de détraumatisation est présenté par les pleurs. C'est au niveau de l'organe des sens, la vue, mais aussi c'est une sacrée gymnastique diaphragmatique, beaucoup basée sur l'expiration thoracique qui favorise l'évacuation de la tristesse. Ces pleurs apparaissent à l'évocation d'un sentiment ou quand il se sent entendu, tout simplement.

Il est sans doute inutile de rappeler que d'autres manifestations de borborygmes et de pleurs ne manifestent pas de retour traumatique : si l'heure du repas approche, lors de troubles intestinaux, lors des pleurs de rage et d'impuissance, de peur ou de honte les traumatismes ne se digèrent pas... et l'effet parasympathique n'existe pas, ce qui est facile à contrôler !

Il nous est arrivé parfois en tant que thérapeute, et aussi en tant que patiente, de voir des patients se mettre à pleurer au beau milieu d'une séance. Questionnés sur une éventuelle préoccupation expliquant ces pleurs, les patients se sont montrés incapables d'associer les pleurs à une émotion ou même à une histoire, un contexte. En ce qui nous concerne, nous nous souvenons n'avoir pas pu trouver de raison ni pendant ni après ces pleurs qui ont duré quand même environ 30 minutes. Notre thérapeute travaillait alors sur notre diaphragme. Il ne nous est jamais arrivé d'expérience similaire dans un autre contexte. Par exemple, dans une séance de rebirth, les pleurs étaient aussi apparus, mais ils étaient toujours associés facilement à un traumatisme soit par des images spontanées, soit par des sensations du corps. En ce qui concerne le contexte précédent la séance d'ostéopathie ce jour-là, nous nous étions fait la remarque d'être particulièrement heureuse à cette époque-là, à l'aube d'une relation amoureuse naissante. Le bonheur aiderait-il au lâcher-prise ? Nous l'envisageons, effectivement.

#### **6.4. Restauration du pare-excitation : décondensation et arrêt de l'évitement**

Après avoir exploré le traumatisme et confronté les différents modèles psychothérapeutiques et les structures cérébrales support des différentes fonctions cérébrales mises en jeu, nous pensons que la restauration du pare-excitation est la chose la plus difficile qu'il soit donné de faire. C'est finalement ce que nous reprochions à la relaxation dans notre jeune âge. Certes les personnes allaient mieux mais c'était si fragile ! Il nous semble que pour apprécier la restauration véritable d'un pare-excitation, il faudrait pouvoir constater que les taux de cortisol salivaires peuvent revenir à une norme ou voir l'évitement de la situation traumatique disparaître.

Dans le règne animal, et bien que les animaux puissent en se secouant se débarrasser de leurs séquelles anxieuses, quand le taux de cortisol reste élevé trop longtemps, l'animal change de territoire. L'adaptation à l'Umwelt ne semble pas avoir prévu qu'on puisse guérir des dangers vitaux fréquents sans changer d'environnement. Cela a sans aucun doute préservé bien des espèces.

Seul l'homme s'obstine. Comment dès lors savoir qu'il a restauré son pare-excitation ? Il nous paraît que la décondensation de l'histoire traumatique, le retour d'éléments refoulés est un signe fiable.

Nous avons été interpellée plusieurs fois parce que le retour du refoulé qui était verbalisé pendant que le corps lâche semblait sans importance, voire anecdotique. La couleur de la voiture n'est sans doute pas capitale. Il est possible d'analyser ce phénomène de deux façons :

- soit le refoulement suit effectivement aux règles du SIBAM de Levine et est susceptible de concerner autant Sensations, Images, Conduites, Affects ou Significations,

- soit il s'agit d'un phénomène de décondensation, c'est-à-dire que des éléments repliés dans la partie occultée du traumatisme reviennent sans qu'ils n'aient d'importance en tant que tels.

Nous avons refoulé bien des faits, attitudes, compréhensions pénibles, et non seulement des affects. Cela penche pour le SIBAM. Mais nous n'avons jamais retrouvé personnellement d'éléments qui seraient anodins dans ce genre de retour du refoulé. C'est un argument pour la décondensation. Finalement cela ne nous semble pas très important à déterminer. L'essentiel est de refaire une histoire, qui ne sera sans doute pas la vraie histoire, car des phases ont été oubliées, sont inaccessibles, car des faux-souvenirs vont émailler les vraies remémorations aussi. L'histoire doit pouvoir devenir logique, elle doit progressivement acquérir un caractère d'évidence car c'est à partir de ce moment qu'elle cesse d'être comme un corps étranger, comme une énergie perverse qu'on ne peut ni intégrer ni rejeter.

Un autre signe du rétablissement partiel du pare-excitation est l'arrêt de l'évitement. A partir du moment où la victime peut visiter son traumatisme sans angoisse, il est probable qu'elle arrête au moins les évitements psychiques. Arrêter d'éviter des pensées, des paroles à propos de l'événement. L'expérience nous a appris qu'il est encore nécessaire d'encourager le patient à arrêter d'éviter les lieux, les activités relatives au traumatisme. Repasser dans le tunnel, reconduire quand il pleut. Cela semble plus important qu'il n'y paraît à première vue car l'impact se produit sur des croyances que le patient n'admet pas facilement avoir car les superstitions ne sont pas raisonnables. C'est arrivé dans ce tunnel et le nom de ce tunnel, de cette route, de cette ville m'évoque telle personne, telle occasion, ressemble à tel lieu déjà connu. Le monde personnel de chacun est empli de maillages sémantiques et mnésiques dont on considère rationnellement la stupidité mais qui influent sur le quotidien. Rappelons-nous avec Ferenczi que lorsque le traumatisme nous saisit, et encore davantage s'il se répète, on se croit abandonné des Dieux. Evoquer cette part irrationnelle de la psyché n'est pas toujours inutile.

#### **6.5. Le passage des données hippocampales aux structures sémantiques et retour**

Nous revenons sur la symbolisation des données traumatiques. Le modèle de la réorientation de l'attention de Stickgold nous autorise à penser que les stimuli tactiles procurés par l'ostéopathie sont pour le moins aussi efficaces que ceux de l'EMDR. Une induction moins autoritaire est-elle suffisante pour induire un retraitement spontané des données traumatiques ?

Selon la théorie de l'EMDR il est nécessaire d'évaluer, et souvent de consolider les ressources psychiques du patient avant d'aborder les traumatismes de façon ciblée. Ensuite on s'engage résolument vers la remémoration du traumatisme et même vers ce qui a été le plus douloureux du traumatisme. Le balayage oculaire bref et le protocole verbal empêchent les développements idéiques et le recours à la mentalisation tout en obligeant le patient à rester centré sur le traumatisme. En fait, encore une fois, il est question d'une conscience qui reste focalisée sur un thème et d'une absence de pensées réflexive à ce propos. C'est donc une technique plus directive que l'ostéopathie, mais qui lui ressemble finalement sur le principe du



retour sur le traumatisme à l'induction que nous proposons quand le travail ostéopathique bute.

Par rapport à une psychanalyse et à l'ostéopathie, qui justement laissent les patients aborder les choses quand ils y sont prêts, l'EMDR est une méthode infiniment plus directive. On pourrait argumenter qu'elle l'est peu dans le sens où il n'y a pas de commentaire du praticien EMDR, sauf de façon sibylline. A bien y regarder cela peut devenir, si on n'y prend garde, tout autant directif : le peu de mots du thérapeute les rend tous importants.

La perlaboration est susceptible de manquer dans le protocole d'EMDR seul qui prétend soigner vite, ce qui oblige à garder des espaces, voire des pans entiers de la vie du patient inconnus du praticien. Le but avoué est de cibler sur le traumatisme et uniquement cela. Gardons en mémoire que l'enseignement n'est prodigué qu'aux seuls psychothérapeutes certifiés (faculté ou école) ce qui en fait davantage un outil ponctuel qu'une méthode exhaustive de psychothérapie.

Les avantages sont prévisibles : la prise de contact rapide avec les émotions, leur abréaction fréquente pendant la séance-même, des raccourcis empruntés à d'autres méthodes psychothérapeutiques déjà éprouvées (utilisation du paradoxe, désensibilisation par exposition, procédés recourant à la cognition). L'EMDR apporte un soulagement réel et durable pour les traumatismes simples, uniques et situés dans le passé... c'est finalement toujours plus facile. La dissociation est clairement provoquée et on pourrait même penser que l'aptitude à une certaine dissociation est indispensable pour utiliser cette technique. Les patients résistants de ce point de vue sont peu réceptifs selon notre expérience.

D'habitude l'induction de l'ostéopathie est non verbale. Le travail des tissus éveille les réminiscences. L'induction verbale, potentiellement proposée par l'ostéopathe devra être beaucoup plus indirecte, incitative et non obligatoire. Il ne s'agit jamais d'un retour au cœur du traumatisme décidé de façon volontaire par le praticien. C'est le sujet qui ira si et quand il le désire. Il est seulement question de remettre le traumatisme sur le devant du paysage psychique.

En conclusion, comme toujours en thérapie, on joue sur le lieu de contrôle : soit il est du côté du thérapeute, soit le patient est encouragé par des incitations à emprunter de nouvelles voies ou encore il découvre d'autres bonnes raisons pour avoir envie de le faire. Plus le praticien est directif, moins il lui est nécessaire de discerner les singularités du sujet où des petits coups de pouce sont utiles mais suffisants. Peu de processus deviennent conscients. Nous restons bien consciente que ceci est le point de vue d'un praticien qui apprécie un rôle plutôt secondaire, empreint de confiance et d'optimisme, ce qui évoque une bonne mère nature de type Rousseauiste. Cependant cette validation de la capacité de changement intérieur n'est pas que philosophique : elle est dans les principes de base de Still<sup>26</sup>, car fondamentalement, elle est surtout étayée par le travail constant du corps vers l'auto guérison que l'ostéopathe perçoit et qui devient un vécu incontournable de vérité dans ses mains.

---

<sup>26</sup> Still A. T. "Si on rétablit un corps parfaitement en rééquilibrant ses structures, la nourriture et le repos sont seuls nécessaires pour aider la nature à faire le reste.

Le fait que d'autres praticiens d'ostéopathie, préfèrent l'action, quitte à y mettre un peu plus de force, physiquement (avec des contraintes mécaniques fortes) ou psychiquement (avec des pensées volontaires ou des injonctions telles que « je vais vous guérir ») révèle sans doute au fond un fantasme primaire de polarité active ou passive, qui ne laisse pas facilement dévier l'organisation du monde intérieur... ni son expression au monde.

La question posée ici est de l'ordre de la pertinence d'une induction, si faible soit-elle, pour le retour du traumatisme. Peut-on observer les mécanismes habituels d'évitement du patient et tenter d'approcher, peu à peu, une modification de son mécanisme de défense infantile ? Quand vaut-il mieux laisser entièrement libres d'induction les patients qui travaillent seuls, quand évoquer un des trois paramètres de temps, le lieu ou de niveau de conscience ? Quand être plus attentif à une renarcissisation chez les autres ? Et comment être sûr et certain ? Avons-nous un test facile ?

Pour conclure sur ce sujet, il nous semble utile d'être un psychothérapeute bien averti, expérimenté et avec un bon parcours psychothérapeutique personnel pour travailler en EMDR car les réactions sont fortes. Mais en revanche, puisque l'ostéopathie ne propose qu'une induction inconsciente, c'est vraiment sans danger ; le travail de transfert des données traumatiques de la mémoire hippocampale et amygdalienne vers la mémoire sémantique s'effectue pourtant.

Notre principal moyen de le savoir, ce n'est pas le travail verbal qui est régulièrement absent. C'est pourtant une verbalisation, qui surgit abruptement, le patient sur le pas de la porte, la main sur la poignée de la porte soudain nous dit : « ah, je ne vous ai pas dit, vous savez, ma mère a été hospitalisée, etc. »

### **6.6.Action sur l'alexithymie**

Parfois appelée « émoussement émotionnel » ou engourdissement, c'est un processus qui présente plusieurs composantes : manque de possibilité de ressentir ses affects, impression de manque d'avenir, repli, isolement, désintérêt des personnes et activités habituellement investies. celles envers les proches aussi. Cette indifférence affective aux êtres s'applique aussi aux situations et activités jusqu'alors bien investies. Elle conduit à une aboulie<sup>27</sup> qui donne une allure dépressive, d'autant qu'elle contamine l'avenir et fait perdre de vue la perspective même d'un futur. Cela ressemble à un fort déni où on ignore sa souffrance mais où, du même coup, on fait endurer la même chose aux autres. Les émotions envers le soi ont disparu.

Nous aimerions d'abord évoquer que l'alexithymie ne porte pas un nom tout à fait correct selon nous. En effet, il nous paraît que ce n'est pas tant que la victime ne trouve pas les mots pour dire ses affects, mais plutôt qu'elle ne les ressent plus. Pas plus l'amour que la colère ou la tristesse, plutôt une sorte d'indifférence semblable au repli autistique. De ce point de vue le terme d'alexithymie (absence de ressenti de

---

<sup>27</sup> Manque de désir

l'affect) nous paraîtrait plus adéquat. Mais peu importe, si on comprend bien cette nuance.

Sur le plan psychodynamique, on peut comprendre ce mécanisme comme une difficulté à prendre contact avec les pulsions de l'inconscient. Il y a comme une absence de la nécessité de faire, pour soi ou pour les autres parce qu'on est nécessaire à la vie qu'on a organisé, inventé. C'est donc bien l'aspect affectif qui est central, au cœur du désir de faire. Erotisme, auto-érotisme, pulsion de vie ? On observe aussi un manque d'énergie pour agir et une sorte de paralysie du préconscient qui ne peut se détacher du traumatisme et poser sa présence attentive sur quelque objet, favoriser l'émergence consciente du désir.

Il existe une situation où ces états d'émoussement affectif cèdent : lorsque font irruption dans la conscience de la personne souffrant de maladie d'Alzheimer, ces délires qui correspondent à des retours de refoulé, les « unfinished business ». Quand le contrôle mental cède, que la censure n'est plus assez efficace, la souffrance réapparaît sous l'engourdissement défensif. La paix n'est pas arrivée et malgré les années, ils n'ont pas oublié. Comme le dit Naomi Fail « Ce n'est pas fou, c'est sage ! Ils rangent avant de plier bagage<sup>28</sup>. »

Ces exemples qui appartiennent à des champs pourtant très différents de la psychopathologie convergent. La libération d'endorphines qui, comme le vin, délie les langues, ouvre donc les sas de la censure entre l'inconscient et le conscient. Mais cela pose aussi la question du surmoi. Car habituellement c'est le surmoi qui empêche le Moi d'advenir à partir du Ça, selon la célèbre formule : « Wo Es war, soll Ich werden »<sup>29</sup>. Est-ce le Surmoi qui provoquait la paralysie du préconscient. Est-ce compatible avec la clinique ?

Assez généralement, l'absence d'agressivité laisse le patient dans sa peur, timoré. Et il est sans doute vrai que le surmoi empêche l'expression de la colère et paralyse alors la psyché. Pour reprendre la comparaison de P. Levine<sup>30</sup> entre l'être humain et l'animal, ce dernier semble avoir peu de réflexivité du type : « est-ce intentionnel et suis-je blessé affectivement ? ». Même constatation pour la punition qui a une efficacité modérée. L'animal, heurté par mégarde, n'en tient pas grief à son maître. C'est comme si l'animal n'avait aucune paranoïa, quand l'être humain projette des intentions agressives sur celui qui a fait mal par mégarde. Et plus le patient attribue une intentionnalité, ou plus celle-ci est réelle, et plus il est difficile de sortir du traumatisme.

L'alexithymie peut être une croyance fondée sur une réelle agressivité inconsciente de l'agresseur, croyance susceptible de tirer son origine d'une projection de sa propre agressivité. Elle peut être aussi un apitoiement sur soi qui vient donner un motif à un besoin de jouissance de la souffrance plus générale. Elle peut être enfin un empêchement surmoïque à fonder son bon droit à la vie, à la survie par un intérêt ou une dépendance pathologique au comportement et à l'approbation d'autrui.

---

<sup>28</sup> K7 audio de Naomi Fail. Distribuée par le Centre Rhapsodie à Bruxelles.

<sup>29</sup> Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard. p. 110

<sup>30</sup> Levine P op. cit.

L'animal se secoue. Qu'on ait voulu le tuer ne l'affecte pas affectivement. Finalement seuls les affects affectent, ce qui fragilise les animaux domestiques. Aider le patient à sortir du repli, à secouer muscles et peur, c'est l'autoriser à penser qu'il est assez important à lui-même pour que la volonté potentielle de nuire d'autrui à son rencontre soit sans importance. C'est lui révéler qu'il n'est plus démuni comme un bébé, qu'il a des dents pour se défendre, la loi de son côté et des humains prêts à l'aider dont nous sommes un exemple. C'est l'aider à accéder au « combattre ou fuir » : soit fuir la situation qu'il endure par des exigences surmoïques, par un idéal de soi teinté de toute puissance, soit montrer à l'attaquant sa capacité agressive de façon mesurée compatible avec des exigences surmoïques mesurées.

Considérer cela amène à la dimension cachée du rôle de tout thérapeute du corps. Soit, le patient ne vient pas pour demander conseil, mais combien il s'y emploie dès lors qu'il se sent en confiance ! Soit, le patient entend et fait ce qu'il entend de lui-même ou croit entendre du praticien, mais combien les praticiens sentent un pouvoir attribué à tort. Ils rencontrent les mêmes difficultés que leurs patients et sentent bien qu'il y a un supposé savoir inexact. Cela n'est pas réservé aux ostéopathes, mais nous pensons que la profondeur du travail corporel est susceptible d'induire un questionnement et une rencontre avec des dimensions profondes, des questionnements existentiels comme nous l'avons déjà montré. Quel droit s'accorder ? Où s'arrêter ? Voilà un questionnement extrêmement fréquent des étudiants.

C'est avec ce chapitre que nous finissons les effets spontanés de l'ostéopathie sur le traumatisme psychique pour aborder la part active du praticien du point de vue psychique. Avant de considérer les dernières questions, revenons légèrement en arrière. Nous venons de voir les réactions involontaires, les processus peu ou pas conscients pour les patients et pour les praticiens souvent. Nous avons également vu que ce repositionnement spontané sur le point tridimensionnel du traumatisme, du point de vue psychique, était susceptible d'être efficace dans le traitement des données psychiques traumatiques.

## **7. L'aide de l'ostéopathe dans le retraitement des données traumatiques psychiques**

### **7.1. Les facteurs affectifs et socio-économiques**

Une action ciblée du thérapeute devrait savoir agir précisément là où est le verrou. Mais il faut bien pointer un échec patent de l'ostéopathie et de toutes les thérapies. Les besoins fondamentaux de sécurité matérielle et affective sont bien plus puissants que toute action thérapeutique compensatrice. La perte d'emploi, la perte ou la solitude affective, l'isolement des personnes dû à la pauvreté, à la rareté des liens dans le tissu social actuel génèrent bien davantage de stress traumatique, d'anxiété et d'addictions que les traumatismes liés aux accidents. Quand les conditions de vie sont un terreau pauvre et privé de ses éléments vivants, elles soustraient l'individu traumatisé du traitement social et communautaire normal et bénéfique des difficultés inhérentes à toute vie. Quand l'individu est en provenance récente de modes de vie fortement communautaires, c'est le risque de psychose qui se profile. Cela devrait

nous encourager à œuvrer pour que l'ostéopathie soit moins souvent absente des lieux et milieux les plus défavorisés.

Cette réserve souligne la primauté des besoins fondamentaux, la composante bio-psycho-sociale des troubles et maladies quand ils ne sont pas satisfaits et la difficulté qu'il y a à soigner des personnes démunies et en grande souffrance socio-économique. Leur priorité est ailleurs.

### **7.2. Activer la trace mnésique sans retraumatiser**

En dehors de ces cas, puisque des processus spontanés ont été observés chez les patients qui guérissent facilement, il nous a semblé assez logique et légitime d'entamer l'induction chez les patients qui présentaient des résistances... au travail tissulaire, et non à la guérison. C'était la deuxième hypothèse du doctorat.

Nous avons ainsi tenté

- de modifier le lieu (trouver une autre entrée du traumatisme au niveau du corps),
- de ramener le patient à la temporalité du traumatisme par une simple question « au fait, rappelez-moi, comment cela vous était arrivé ? ».
- d'abaisser le niveau de conscience en proposant au patient de fermer les yeux, de se laisser aller, de se détendre,
- de réfléchir sur ce qui gênait l'établissement de la confiance,
- d'augmenter le lâcher-prise en ayant des mouvements si lents que le patient ne pouvait les percevoir consciemment,
- de réfléchir sur les blessures narcissiques et la manière de contribuer à restaurer une meilleure estime de soi : par exemple en s'intéressant au pays d'origine du patient, à l'histoire de la famille, au mérite des aventuriers, à la spécificité de cœur du métier du patient, etc.

Nous avons rendu compte de la pré-recherche dans une revue professionnelle d'ostéopathie, ApoStill, de l'automne 2006. La pré-recherche consistait à l'observation des trois hypothèses pour 23 patients « tout-venants » de notre cabinet d'ostéopathie.

Cette étude a montré que le retour spontané sur le traumatisme s'est produit pour 12 des 13 patients qui souffraient d'une part psychique de traumatisme. Pour trois de ces 12 patients, nous avons aussi induit ce retour en ramenant le patient au temps du traumatisme, en validant ses émotions, en consolidant son narcissisme. En nuancant, nous avons induit le retour du traumatisme également chez les quatre patients qui souffraient de troubles neuro-végétatifs du fait de leur gravité et de leur origine clairement psychosomatique. Au final, nous avons constaté ce retour sur le traumatisme pour 19 des vingt-trois patients (9 spontanément et 10 avec notre induction).

Ceci étant posé, nous avons conçu une réticence concernant l'induction de l'affect du traumatisme pendant la séance d'ostéopathie. En effet, il nous semble que la position passive et allongée démunie trop des défenses habituelles. C'est d'ailleurs ce qui est cherché en psychanalyse par la position allongée, mais alors c'est le patient qui évoque ce qu'il choisit et non le thérapeute qui l'impose.

Nous préférons ne pas chercher l'affect, ne pas l'induire, ne pas l'irriter mais au contraire permettre de solidifier les ressources qui permettront de l'envisager autrement, le reconsidérer avec davantage de distance, ressentir cet affect mais au fond sans la profondeur de la souffrance et sans l'effroi. Toujours, ce que nous cherchons, c'est de faire passer la frêle embarcation du patient traumatisé entre les deux récifs que sont le déni/clivage/refoulement et la retraumatisation. Nous pensons que l'ostéopathe peut vraiment faire ce travail sans danger s'il est suffisamment subtil dans l'induction.

L'induction va dans le sens de la simplification des causes. Induire, c'est croire qu'on en sait plus que le patient sur la cause de son problème. C'est aussi croire qu'il n'y a qu'une seule cause à un problème psychique. C'est une vision réductrice et un peu naïve.

Une induction sur base de recherche rétrospective (l'anamnèse) pourrait avoir une certaine validité si on pouvait catégoriser des personnes du point de vue

- de l'état de santé global,
- de la cause (qui devrait être localisable et quantifiable) et
- de l'atteinte subjective (finalement par des observations psychologiques).

Mais la mise en catégorie pose toujours problème. Elle infère, simplifie, réduit, rigidifie les limites. Quand bien même on arriverait à objectiver l'atteinte, du point de vue psychisme et corps, il reste que les ressources et le mode de réparation diffèrent. Du point de vue physique et psychique, les ressources sont dépendantes de l'âge, du passé et de l'hygiène de vie. Du point de vue du mode de réparation, on observe des différences même tissulaires sur la quantité d'induction possible. Certains se laissent accompagner, d'autres résistent... même en dormant !

Si on en croit la pratique de la psychanalyse, retracer la lésion se fait par l'interprétation. Et selon les théories de cette thérapie, il serait légitime de tenter une interprétation d'un processus inconscient lorsque son expression serait apparue plusieurs fois et sa signification déjà envisagée au moins au niveau du préconscient, ceci sous peine de renforcer les mécanismes de défense. C'est dire que la psychanalyse est prudente d'autant qu'elle n'insiste pas si le patient ne rebondit pas sur la proposition d'interprétation.

Si on en croit l'EMDR, il est possible d'aller rapidement avec le patient directement dans le cœur du traumatisme à condition d'avoir une alliance thérapeutique suffisamment forte. Au thérapeute de garder son patient un pied dans le présent et un pied dans le passé, un peu à la manière du rêve !

Ces thérapies vont d'un extrême à l'autre du point de vue de l'induction. Encore faut-il nuancer et envisager les différences entre un processus inconscient, qui a subi un refoulement, un clivage ou répression des affects, et une scène traumatique récente et consciente.

Il est légitime de penser que le refoulement est bien plus complexe qu'un souvenir traumatique : imaginé dans l'esprit populaire comme un fait unique, il s'agit en fait d'un amalgame complexe qui se révèle dans la durée d'une analyse. On ne peut guère remplacer un travail analytique par un dispositif d'EMDR. Mais bien sûr les domaines

se chevauchent. Un traitement précoce de certains événements par EMDR éviterait l'apparition de phénomènes plus complexes du point de vue psychique.

L'EMDR est cependant très prudente concernant l'induction du traumatisme complexe, c'est-à-dire dont les origines sont multiples. La période de renforcement des ressources préalable au traitement des causes traumatiques est parfois très longue. On est parfois amené aussi à envisager de ne pas aller retrouver le traumatisme. Et c'est sage. En effet, retrouver le traumatisme, nous l'avons évoqué dans le passage sur les survivants de la Shoah, est parfois insoutenable et la conséquence une aggravation. On ne peut négliger qu'après avoir écrit, certains ont survécu à la culpabilité du survivant, d'autres n'ont trouvé d'autre issue que leur propre mort. On doit aussi se rappeler que parmi les descendants de l'Holocauste, on a observé une résistance au traumatisme diminuée<sup>31</sup>. Il nous a semblé, avec notre pratique, que, chez des victimes ou descendants de victimes de ces épisodes inhumains certains sont très peu capables de mobiliser leur agressivité car ils sont extrêmement précautionneux pour autrui. C'est d'une certaine logique, mais c'est peu propice à prévenir les attaques du monde extérieur. Il est ainsi de rigueur d'être conscient de ses responsabilités quand on sollicite l'affect traumatique directement. Nous préférons, et de très loin, écouter ce que le patient dit, car il en dit beaucoup de son problème et de ses difficultés. Par notre formation initiale, nous pratiquons depuis fort longtemps l'écoute-active. C'est devenu une façon assez naturelle de communiquer pour nous. Comme nous l'enseignons aux étudiants en ostéopathie que nous avons en formation, nous croyons observer des résultats gratifiants pour ceux qui la pratiquent. Non seulement cela les aide du point de vue relationnel, mais ils prétendent que cela aide les tissus... à recommencer à travailler quand ils stagnent. Quelle est cette technique ?

### 7.3.L'écoute-active

#### Bref aperçu de la théorie

L'écoute-active est une méthode qui a été inventée par l'Américain Thomas Gordon (1918-2002) dans le courant de la psychologie humaniste des années 1960-70<sup>32</sup>. Son enseignement est actuellement proposé dans 43 pays, pour des groupes de parents, mais également en entreprise. Ses livres sont traduits dans toutes ces langues et lui-même a été proposé trois fois au prix Nobel de la paix. La méthode a l'immense avantage d'être applicable par tous car son degré de complexité est moindre. L'enseigner ne prend pas plus de deux heures. Le mettre en pratique convenablement prend des années. Comme toute méthode, elle est irritante. En outre chacun est persuadé de comprendre correctement les messages d'autrui. Néanmoins tout jeu de communication dans lequel chacun fait passer à son voisin un message à voix basse montre qu'on ne retient finalement que ce qu'on croit essentiel au message, amputé des parts les plus pénibles ou douloureuses. Une femme qui meurt dans d'atroces souffrances dans l'histoire reste souvent saine et sauve dans le jeu. L'écoute active est

---

<sup>31</sup> Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Can J. Psychiatry*, 44, 34-39.

<sup>32</sup> Gordon, Th. (1976) *Parents efficaces*. Bruxelles, Marabout Press Pocket

donc une reformulation de ce qu'on croit avoir compris du message d'autrui, recomposé avec des mots personnels. C'est la première étape.

La seconde réflexion qui est nécessaire quand on écoute-activement est de se poser la question de la raison du message. L'émetteur est-il désireux de faire passer une information ou de communiquer des affects et des émotions ? Si on prête une oreille attentive aux informations, les innombrables messages chargés d'affects ou d'émotions, qu'ils soient verbaux ou non verbaux, sont également entendus, mais personne n'y répond et l'émetteur les croit tombés dans le vide, faute de destinataire pour en accuser la réception et valider le bien-fondé du contenu. Pire encore, les messages étant formulés sous forme de plainte, l'impuissance du destinataire lui confère un réflexe de parent ayant à régler le problème d'un tout jeune enfant. Comme cependant le conseiller sait bien que l'émetteur est un adulte, le conseil se transforme volontiers en critique de n'avoir pas trouvé tout seul sa solution.

L'exemple basique :

- J'ai froid.
- C'est normal, tu n'es pas assez couvert.

Cette réponse est hors sujet, bien sûr. Si on se plaint d'avoir froid, ce n'est pas pour entendre un parent faire la morale.

- Tu n'as qu'à mettre un pull.

Cette répartie n'est pas davantage maline si l'émetteur est capable de se couvrir. En revanche si le destinataire se pose la question de la raison du message, il découvre bien plus facilement ce qui est important.

- Tu ne te sens pas en forme ?

Cette réponse épargne l'émetteur de l'hypothèse d'un message idiot qui n'aurait rien à partager avec le destinataire. En outre elle est suffisamment interrogative pour permettre à l'émetteur de préciser le message qu'il voulait émettre.

Le deuxième principe est donc de ne pas affliger autrui d'un conseil évident. C'est même de ne pas donner de conseil du tout et de favoriser la réflexion de l'émetteur. Plus le sujet est épineux, plus il est difficile de tenir la discussion sans conseil car, le récepteur le fait à son insu, proposer une solution est un avertissement à l'émetteur que la part d'attention donnée a atteint sa limite. On ne veut plus chercher avec lui. Or le besoin de l'émetteur est le plus souvent d'être confirmé dans ses émotions ou avoir au moins une oreille attentive et non critique pour soulager ses émotions et retrouver sa capacité réflexive. On parle parfois d'une validation et d'une « ventilation » des émotions. C'est justement ce qui manque à l'alexithymique : il ne sait pas qu'il ressent car il est obnubilé ailleurs. Tant que le cerveau limbique est en état d'excitation, les systèmes d'intégration centraux sont trop peu actifs pour se ressentir entier, *à fortiori* pour trouver des solutions. La difficulté pour l'écouter tient à trouver le ton juste, sincère et vraiment intéressé, sans jugement et au bon niveau de langage, souvent un peu familier.

Nous tentons de trouver le ton qui convient à la séance. Par exemple, pour aider un nouveau patient à lâcher un peu de résistance, et après une vingtaine de minutes de travail peu concluant, nous risquons : « ah, vous ne dormez pas encore ? tiens, c'est bizarre... » qui est un ton amusé qui convient bien aux plus ouverts, ou « vous avez le droit de vous assoupir si vous en sentez l'envie, et même cela peut contribuer à



accélérer les résultats » convient mieux aux plus sérieux. Adapter le ton et les arguments à chaque personnalité est ce que nous verrons au chapitre suivant.

### Exemples

#### Haptonomie 1

Nous nous souvenons d'abord d'une conférence de notre cher professeur, Xavier de Muylder, prononcée lors de l'éméritat de Monsieur Robert Steichen. Sans nous rappeler tous les détails, nous savons qu'elle relatait comment des soins d'haptonomie, tentés parce que le travail n'aidait pas la dilatation du col, avaient finalement permis un accouchement sans césarienne. Le toucher affectif avait rappelé à la parturiente une sentence maternelle la condamnant à l'infertilité lors d'une chute qui avait blessé son sexe quand elle était encore enfant.

#### Haptonomie 2<sup>33</sup>

Catherine Dolto-Tolitch raconte : *« Je pense par exemple à cette femme qui avait perdu deux enfants en fin de grossesse dans le dernier trimestre. Elle vient pour une troisième grossesse : tout se passe bien et arrivée au troisième trimestre, elle m'appelle affolée et me dit : « l'enfant ne répond plus ». Alors je lui dis « venez tout de suite ». Comme je m'y attendais, l'enfant me répondait à moi, ce qui veut dire qu'elle ne le bloquait pas quand je l'appelais. Quand elle a senti que l'enfant répondait bien, elle s'est mise à vomir des injures sur cet enfant en disant : « mais alors si celui-là il vit, s'il va à terme, tout le monde va voir que je suis une mauvaise mère, que je ne suis pas capable d'être mère, que je suis une salope, etc. » Toutes ces choses-là étant dites pendant que le père et moi nous étions en contact avec l'enfant, et comme presque toujours dans ces cas-là, je lui dis : « parlez-moi de votre mère » parce qu'est toujours, la plupart du temps, une souffrance de relation à sa propre mère. Elle m'a dit alors qu'elle était une enfant abandonnée. Elle a pu dire tout cela, elle a vu que nos cheveux ne se dressaient pas sur la tête pendant qu'elle disait ça : elle a vu surtout que le père et moi pouvions rester autour de l'enfant et qu'elle pouvait en même temps dire tout ce négatif, sortir tous les comptes qu'elle avait à régler avec l'enfant imaginaire, avec sa mère, et tout ça sans être, dans la réalité, une mauvaise mère pour l'enfant qui était réellement dans son ventre puisqu'il y était bien. Il était dans un giron qui était hospitalier. Une des grandes aides à l'accueil de l'enfant par ses parents c'est de permettre aux mères de vivre toutes leurs ambivalences, de s'autoriser à penser du négatif sans se sentir coupables et vous savez que la culpabilité, c'est un des poisons les plus violents pour l'être humain. Elles peuvent donc mener leurs grossesses en assumant leurs ambivalences, parce qu'en même temps elles savent que dans la réalité elles sont bonnes mères pour l'enfant qui est là ; c'est une chose qui, je crois, est très prophylactique. »*

#### Anne-Françoise Allaz :

Dans le Messager Boîteux, Allaz met en parallèle l'apparition de douleur avec des deuils ou ruptures comme le départ des enfants. Alors que ces événements ne blessent pas le corps, celui-ci paraît bien souvent supporter seul le poids de ces

<sup>33</sup> Dolto-Tolitch, C. (1993) Accueillir un enfant. Collectif : *Qualité de l'accueil, qualité de vie. Actes du séminaire européen organisé par la FICEMEA et l'INJEP*. Documents de l'INJEP N°8. ISSN 1152-5061

ébranlements sous la forme de symptômes douloureux. Elle montre comment une écoute toute simple dénoue une situation dramatique : *« Une patiente de 52 ans est hospitalisée pour le traitement de douleurs basi-thoraciques gauches, apparues progressivement il y a quelques mois. Un bilan complet a été effectué (radiographies, scintigraphie et scanner pulmonaires, échographie abdominale) sans qu'une étiologie puisse être identifiée pour expliquer les douleurs constantes, à type de « pression » et de « coups de couteau », évaluées à 7 sur 10 sur l'EVA, dont se plaint la patiente. Cette jeune grand-mère d'origine espagnole, établie en Suisse depuis de nombreuses années, est la gérante appréciée d'un petit commerce de quartier. Elle a abandonné son travail depuis 4 mois en raison de ses douleurs. Elle nous dit regretter beaucoup – et craindre pour l'avenir – de ne pas pouvoir s'occuper de sa petite fille. A l'entrée dans le service, la patiente paraît extrêmement angoissée. Elle sollicite les médecins et le personnel soignant de manière continue, demandant un traitement et des explications à ses douleurs plusieurs fois par jour. Un cadre d'entretiens réguliers en dehors des heures de la visite médicale est instauré, associé à un traitement anxiolytique mineur.*

*Il est évident que la patiente n'est que très superficiellement rassurée par les explications données sur le résultat normal des examens cliniques et paracliniques. Après quelques jours d'hospitalisation, elle confie au médecin qu'elle craint d'avoir un cancer. Lors de cet entretien, la patiente nous explique que son frère cadet, dont elle se sentait très proche, est décédé un an plus tôt d'une tumeur maligne pulmonaire, diagnostiquée trop tardivement. Les arguments objectifs, basés sur la normalité de ses propres examens, ne permettent manifestement pas de rassurer la patiente. Une exploration prudente de la relation à son frère s'engage. En répondant à la simple question « comment s'appelait votre frère ? », la patiente fond en larmes « pour la première fois depuis des mois », inconsolable, comme si la « coloration émotionnelle » amenée par l'évocation du prénom du frère avait pu faire tomber les barrières défensives et permettre de relancer un processus de deuil bloqué et douloureux.*

*Quelques entretiens permettront d'explorer le deuil et les émotions variées qui y sont rattachées. La patiente quitte le service quelques jours plus tard, transformée, sans plus faire mention de sa symptomatologie douloureuse. »*

D'autres exemples, de notre clinique ou de nos étudiants sont produits en Tome 2.

### **Modalités et buts**

Ces exemples plaident clairement pour un effet singulier de l'approche corporelle qui comprend les ingrédients suivants : aspect thérapeutique de la relation, contact sécuritaire et respectueux, intérêt sincère, voire affectueux porté à la santé du patient. Le toucher semble solliciter plus directement le traumatisme qui bloque aujourd'hui et maintenant. Ce serait alors une aide considérable parce qu'alors écouter ce qui émerge dans le discours du patient est parfois bien suffisant pour l'aider de façon significative. L'haptonomie donne la dimension affective, l'ostéopathie rappelle le traumatisme plus précisément, retrace la lésion mécanique en plus. L'haptonomie nous paraît finalement plus proche de notre vision de l'ostéopathie que ne l'est la technique structurale car elle allie la prise en compte du corps et de l'aspect psychothérapeutique du toucher.

Cela ne doit pas faire croire au praticien qu'il a permis au patient de résoudre ses problèmes. Non, seule la part la plus émergée de l'iceberg a bougé. La complexité des phénomènes sensori-moteurs construits peu à peu pendant l'enfance et ses avatars n'est aucunement touchée. La part la plus superficielle du traumatisme est seulement réglée, et c'est déjà énorme car le processus d'autoguérison repart. Mais, sous cette couche traumatique, il en existe d'autres, peut-être sur cette modalité traumatique, et en tous cas sur bien d'autres thèmes. En faire le diagnostic est aisé quand le corps continue à parler, comme avec Madame B.E. Mais le corps n'exprime pas tout de façon bruyante. Il s'exprime aussi par les chaînes de tensions sur les fascias, courant d'un bout à l'autre du sujet. Cela correspond à l'histoire longue et complexe du sujet. Il faut des années de travail d'analyse et d'ostéopathie si on veut y désintriquer quelques causes, comme nous l'avons vu plus avant avec le travail de Lowen.

On devrait expliciter bien d'autres points pour rendre compte des modalités d'application et processus de cet attachement à l'écoute des émotions et affects. Nous ne pouvons multiplier les exemples qui éclaireraient de très nombreux points. Mais, pour faire un rapide survol, notons encore :

- avoir un parti pris d'innocence, comme au tribunal. Sans doute ce patient fait le plus, le mieux. Il a peut-être besoin d'un changement de point d'observation, pas grand chose d'autre.
- Avoir un parti-pris d'empathie et non de critique et de méfiance parce que le contre-transfert précède et déborde largement le transfert.
- S'étonner : avoir un fort pouvoir d'étonnement en écoutant son contre-transfert...comment peut-il penser ainsi ? Puisque c'est surprenant, pourquoi est-ce ainsi ? Qu'est-ce qui, dans son histoire, la mienne, nous font penser ainsi ?
- Ajouter de la logique. A un moment donné, il y a deux représentations contradictoires qui se heurtent dans notre esprit. Poser une question qui indique notre étonnement pour résoudre l'énigme.
- Les questions sont toujours pour comprendre, pour en comprendre davantage à propos du patient et non pour savoir. L'intrusivité du praticien est particulièrement nocive chez les patients traumatisés à cause de l'intrusivité des symptômes.
- Etre attentif aussi aux inférences, ce qu'on ajoute par sa logique et inconsciemment dans l'histoire du patient.

Tout ceci paraîtra bien simple, voire naïf aux psychothérapeutes habitués à de plus hautes subtilités. Néanmoins, il nous paraît que cette méthode est celle que nous employons plus volontiers dans le travail corporel qu'en psychothérapie. Nous avons dû réaliser que le travail corporel est très facilement empêché par des résistances les plus infimes posées par un patient. Il est ainsi à notre avis quasiment incontournable d'être dans la compliance avec le patient si on veut travailler efficacement avec le corps.

Nous avons déjà évoqué plus haut quand parler de ses impressions et quand les laisser de côté, ceci surtout pendant le travail corporel. Tout cela est encore accessible aux ostéopathes qui veulent faire la démarche de travail personnel et de sensibilisation à l'écoute. Cela répond à l'envie de se mettre au point tridimensionnel

du traumatisme du point de vue de l'esprit aussi. Le but n'est pas de faire une psychothérapie, mais simplement d'aider le corps à ne plus avoir le rôle obligatoire d'exprimer une souffrance morale de deuil, perte, colère, peur... pour que les tissus puissent enfin lâcher leur tension et le corps reprendre son chemin vers l'homéostasie. Il ne nous semble pas que tous les traumatismes puissent se retraire ainsi. Cette vision simplificatrice et triomphaliste est très éloignée de notre pensée. Elle nous semble même une injure à la souffrance si grande qui traverse tant d'êtres humains. C'est uniquement une progression de quelques pas supplémentaires vers l'amoindrissement de quelques souffrances pour quelques personnes. Mais nous avons envie de relater ces modestes progrès parce qu'ils nous semblent déployer beaucoup l'éventail de l'ostéopathie, ceci tout en la gardant « pure » car complètement axée sur l'écoute, la plus fine possible, de ce qui se dit et se passe pendant la séance.

Une étape importante de la connaissance du traumatisme a été franchie grâce à l'expérience. L'EMDR nous a grandement facilité la tâche en allant au plus près du cœur du traumatisme avec des patients qui en parlaient. La découverte des cognitions négatives a été particulièrement féconde. La question : « qu'est-ce que cette émotion dit de négatif sur vous ? » a permis de comprendre et de soulever le voile du poids surmoïque là où nous ne l'attendions pas. L'approche des zones psychiques traumatiques était rendue aversive par des pensées négatives sur soi. Nous ne l'avions pas imaginé avant de l'entendre de la bouche des patients. Ces données nous ont aidée à prendre conscience que les données traumatiques étaient souvent dans un registre propre à la personnalité de base du sujet. Au fur et à mesure de l'expérience, nous nous rendions compte qu'on pouvait parfois prévoir la tonalité du verrou empêchant le retraitement psychique des données.

#### **8. La prise en charge ostéopathique des personnalités hystérique, obsessionnelle et narcissique**

Sur soixante-dix patients victimes de traumatismes corporels ou psychocorporels que nous avons traités ces trois dernières années, nous considérons que nous n'avons pas eu besoin de réfléchir sur la structure psychique pour une quarantaine d'entre eux, que nous n'avons pas encore d'opinion précise pour une quinzaine d'entre eux et que pour seulement quatre personnes (deux à cause de défenses hystériques et deux à cause de défenses obsessionnelles) la connaissance de cette grille de lecture nous a réellement été très aidante.

Ajoutons d'abord à ce constat peu incitatif que pour trente d'entre eux la connaissance des défenses narcissiques, des signes cliniques et des principes thérapeutiques des troubles anxieux nous a paru très utile. Ajoutons ensuite qu'il ne s'agit ici que des patients victimes de traumatismes corporels ou psychocorporels. Un pourcentage important de patients consulte pour d'autres motifs : troubles neurovégétatifs, douleurs après des actes chirurgicaux, aggravation de douleurs lors de conflits professionnels, traumatismes avec une composante psychique notable de différentes tonalités (décès passé d'un parent, inquiétude pour un proche, antécédents d'abus sexuel, maladie au long cours). Il y a une grande variété de cas qui présentent une résistance inopinée de douleurs sur des traumatismes mécaniques

mineurs et là, il est vraiment intéressant de mieux connaître la structure psychique des patients pour les aider à abandonner leur défense.

C'est ainsi que nous laisserons momentanément de côté la part sans doute la plus passionnante de la somatisation, à savoir des processus qui sont peut-être davantage en lien avec des conflits que des traumatismes psychiques. Nous pensons notamment aux maladies psychosomatiques auto-immunes, dégénératives ou inflammatoires bien plus massives et dangereuses... Bien que fortement tentée de traiter ce chapitre, nous nous en abstenons afin de ne pas nous écarter de notre sujet. Nous espérons que ces premiers éléments contenus dans ce travail pourront fournir un début de modèle pertinent.

### 8.1. Les personnalités hystériques

L'hystérique, éduquée pour plaire et attirer l'attention, a appris très soigneusement toutes les astuces nécessaires à ce rôle : drôle, attentive et chaleureuse pour capter son auditoire, elle est capable d'une grande plasticité mentale, d'un grand sens de l'organisation, capable d'organiser une vie familiale et sociale enviable. Une soirée entière peut être improvisée autour du thème : « les dernières courses au supermarché ». Le récit sera accompagné de multiples rebondissements, anecdotes piquantes et inattendues, beaucoup d'exagérations et inexactitudes que certains appelleraient indûment mensonges. L'hystérique n'a pas envie de mentir, cela lui vient naturellement pour « faire joli ». Elle sent très bien son public dont elle a besoin, craint les gens qui peuvent la contredire, les obsessionnels avec leurs ennuyeux et scientifiques discours. Sa capacité d'abstraction n'est pas grande, ses connaissances sont aussi étendues que superficielles. C'est une culture de mode dont elle connaît tout.

Sa défense, c'est de vouloir continuer à plaire. C'est de ne pas savoir comment être acceptée autrement que par la séduction. C'est n'avoir pas beaucoup de possibilité de réfléchir hors du domaine de l'organisation logistique. Quant aux sujets pénibles, l'hystérique évite d'y penser : elle attend une fin magique aux dossiers scabreux. L'évitement, quand il est répété, provoque des angoisses à l'approche de lieux psychiques ressentis comme aversifs.

Comment séduire un thérapeute ? La séduction n'est jamais dépourvue d'éléments très sexualisés comme de jolis sous-vêtements attractifs. Il y a aussi une jouissance palpable à recevoir un sadisme exploratoire médical, surtout chirurgical. La séduction prend la forme de compliments d'abord justifiés : « enfin, depuis que j'ai ces troubles, vous êtes le seul à y comprendre quelque chose, à savoir ce que j'ai, à m'en avoir débarrassé, et avec une telle finesse ! ». Les superlatifs ne sont jamais trop forts, ils s'enchaînent les uns aux autres, les exclamations se succèdent vivement et de façon théâtrale, sans autre contenu d'ailleurs que le contentement, la flatterie et une familiarité complice, parfois un peu vulgaire. « Ne se sentant plus de joie », le thérapeute consent à reconnaître son adresse particulière, bien à tort car quelques temps plus tard, et à cause de la banalisation du thérapeute, l'hystérique reprendra bien malgré elle son symptôme.

Elle aime souffler le froid après le chaud, se faire distante, indifférente, voire disparaître énigmatiquement. A l'infortuné qui ne saisit pas la répétition du lâchage ni la jouissance de la manipulation, il ne reste qu'amertume et incompréhension lorsqu'il prend des nouvelles : elle l'informe vertement de l'inefficacité de ses talents. Elle change de thérapeute, sauf si la séduction reprend... c'est le thérapeute cette fois qui est piégé car il espère les mêmes gratifications qu'aux premiers temps... Ce scénario existe abondamment en dehors de cette version thérapeute/patient. Bien des hommes courent après ces jolies créatures dépensières et égoïstes car elles se rendent inaccessibles, capricieuses produisant un puissant effet d'attraction par le manque mimant une fausse autonomie narcissique qui recouvre au fond une pauvreté affective.

Comment réagir en tant que thérapeute ? En arrêtant cette douloureuse répétition d'intérêt pour son apparence ou pour les manœuvres de séduction qu'elle déploie. Il s'agit donc de lui donner une importance en tant que personne, surtout de restaurer son espace intérieur car l'investissement est tout à l'extérieur.

Pratiquement ? Il est indispensable de rester dans une franche indifférence face à la séduction sexuelle, notamment en évitant autant que possible les manœuvres gynécologiques si on est un thérapeute homme. Pour un thérapeute femme, il convient de ne jamais entrer dans un rapport de compétition au niveau de la séduction (fortune, âge, poids, vêtements, activités et milieu social). Pour tous, il convient d'être extrêmement modeste face aux résultats, expliquer que des résultats rapides face à des troubles si vieux ne sont vraisemblablement que passagers, que des rechutes seront sans doute à venir. Globalement, c'est une attitude humble et un devoir de réserve qui sied le mieux.

Il est aussi utile de donner confiance dans le traitement en expliquant sommairement, en ajoutant de la logique aux événements, ce qui soulignera l'intérêt des processus internes de changement et de l'attention qu'elle peut y mettre personnellement. Cela diminue au fond sa dépendance au thérapeute. Ce n'est pas un chemin facile car la petite fille préfère rester dépendante et continuer de croire aux contes de fées. Il est prudent d'attendre une certaine stabilité dans la relation avant de tenter de faire modifier des attitudes (séductrices) ou des habitudes (opérations, régimes sévères, talons hauts). Régulièrement on devra protéger l'hystérique en redisant quelques conséquences dramatiques d'éventuelles opérations dont l'indication est mal posée. Parfois proposer un certain délai, le temps d'être certain de la décision, permet d'éviter une intervention.

L'hystérique sera progressivement touchée par l'intérêt porté à sa souffrance et non pour le discours mondain du personnage. Mais comme cette promesse était dans le discours de sa mère, l'hystérique est longuement incrédule d'un intérêt véritable à son égard. Aussi est-il nécessaire d'accueillir la personne avec toutes ses défenses déployées, qui sont en fait des manœuvres de mise à distance. Quand une relation personnelle émerge, et alors seulement, il est possible de témoigner de notre véritable intérêt pour la personne intérieure, pour son Etre. Ceci n'empêchera pas le retour d'un discours mondain dans lequel elle nous entraîne encore chaque fois et

auquel il est préférable de consentir pour lui permettre d'accéder à un discours personnel.

Le toucher est utile et concourt à ce but de retour à l'Être, à la condition expresse qu'il soit porté par une intention juste. Tout toucher érotisé serait extrêmement nocif puisqu'il répèterait sa conviction intime de n'être appréciée que pour sa séduction. L'attitude sexuellement provocatrice de l'hystérique a déjà souvent déclenché des abus car l'homme séduit ne comprend pas son but, séduire, non pas avoir des relations sexuelles pour lesquelles elle peut avoir une franche aversion.

Dans les séquelles d'un traumatisme, là comme ailleurs, l'hystérique fuit ce qui est pénible. Son principal mécanisme de défense est l'évitement. Même la gentillesse et la persuasion défont difficilement l'entêtement à fuir qui est comme une carapace difficile à franchir. Le premier ingrédient de cette difficile tâche est la confiance de n'être pas abandonnée dès qu'elle sera véridique. Elle souffre d'une telle sensation de vide intérieur quand elle s'y penche qu'elle ne souhaite ni le montrer, ni le sentir. La rencontre insolite et déconcertante avec elle-même a besoin de soutien. Peuvent y contribuer l'explication que l'angoisse est favorisée par l'évitement, et que le déni et le clivage sont nocifs à l'âge adulte. Au fur et à mesure qu'elle évoque ses évitements, il est fructueux de les explorer, sans jugement ni critique. Explorer même ce qui représente l'horreur personnifiée, le vieillir, la décrépitude physique et la fin de vie permettra de trouver des valeurs utiles à ces périodes de vie. Les lectures sont utiles à ce propos.

Le rapport au corps et à la douleur.

Quand l'hystérique « ment ou exagère », selon le thérapeute, il importe de se rappeler que l'hystérique est dupe d'elle-même. Ainsi il est primordial de ne pas la contrer, de ne pas diminuer sa plainte douloureuse, bien au contraire. On la comprend mieux en interrogeant soigneusement toutes ses modalités : lieu, temps, caractéristiques, aggravation et amélioration, en refaisant un historique de l'évolution. Pour ne pas s'offusquer du caractère invraisemblable du retentissement, il y a une traduction à faire pour le thérapeute. Quand un trouble assez mineur pour l'observateur (déception banale ou petit choc en apparence) a des effets majeurs (reste alité pendant des semaines) la véritable douleur s'origine dans une souffrance morale antérieure (par exemple un deuil significatif jamais accepté ou n'ayant provoqué aucun chagrin conscient). Concevoir la douleur physique comme un langage imagé d'une douleur morale que nous (elle et nous) ignorons est le meilleur remède contre l'impatience du thérapeute.

Le thérapeute est aussi périodiquement amené à rappeler à l'hystérique que chaque visite rendue à de nouveaux thérapeutes est iatrogène. Quand elle exprime sa plainte, le nouveau praticien est tenté de poser un nouveau diagnostic dont elle ne sort pas indemne. Chaque diagnostic posé, de surcroît après un nouvel examen, « authentifie » ou « identifie » un trouble qui va prendre une consistance et ancrer le symptôme. Il serait important de mettre en garde l'hystérique de cet effet à l'avance (et c'est difficile à faire sans la blesser), et que tous les praticiens tiennent compte de ce fait. L'ostéopathe ne doit pas ignorer que ses exclamations devant les radios sont très préjudiciables pour ces personnalités car elles vont fixer un trouble dont l'origine est

plutôt psychique. De façon générale, il convient encore d'observer une certaine réserve.

Ne pas prendre ombrage des fréquents lâchages et retours de l'hystérique exige une souplesse du thérapeute qui, sans s'offusquer, doit comprendre quelle zone fragile a été approchée. La souplesse sera aussi requise pour accepter aimablement que l'hystérique préserve des domaines où elle ne veut rien changer de l'évitement. Parfois il est perceptible qu'elle perpétue « volontairement » ses troubles, qu'elle préserve sa souffrance par pirouette ou mensonge sans se soucier de son invraisemblance. C'est une fin de non recevoir qu'il faut avoir la patience d'accepter. En effet, si l'hystérique peut continuer à vivre heureuse dans un milieu qui l'apprécie pour ses qualités, elle s'étirole dans un milieu où elle est confrontée, dépréciée et mal jugée. Capable d'adoucir la névrose de son obsessionnel mari, également peu supportable, elle devient dépressive, alcoolique ou folle quand on détruit son monde imaginaire qui constitue sa meilleure défense car il est construit d'histoires magiques dont le dénouement est toujours heureux.

Quelques hystériques sont capables d'obtenir facilement un lâcher prise avec un thérapeute femme quand cette dernière arrive à sortir de l'image transférentielle d'une mauvaise mère rivale, peu fiable et peu aimante. Pour d'autres, la méfiance sera très dure à faire fondre et les yeux restent de longues séances ouverts. La vision est l'organe des sens le plus investi (par la séduction, le paraître, etc.) de même que l'oralité. Quelques hystériques progressent aisément avec un thérapeute homme une fois que l'enjeu séduction sera réellement clôturé grâce à son comportement et surtout sa détermination tant implicite qu'explicite. L'arrêt de l'évitement perdure vraisemblablement bien longtemps après que la confiance est donnée. Mettre en cause une habitude trop ancienne menacerait trop la structure, mettrait en danger un équilibre parfois précaire, ce que nous ne saurions conseiller.

## **8.2. Les personnalités obsessionnelles**

Après un traumatisme, tout provoque la colère de l'obsessionnel : les circonstances de l'accident (l'heure, le soleil, la route, la pluie, le véhicule), l'auteur, le fautif, l'inattentif, l'assassin. Son statut professionnel (fonctionnaire, retraité), son âge (trop vieux, trop jeune), tout est insupportable. Si les circonstances avaient été autres, l'obsessionnel pourrait pardonner, mais là, c'est impossible. Il est parfois tenté de frapper, de faire justice seul car la loi est injuste et trop lente.

Puisque la volonté de contrôle domine tout le tableau, arriver au lâcher prise est une véritable gageure. Emporté par sa peur de la perte de maîtrise, l'obsessionnel s'empare de ses symptômes et les rumine, les remâche, les analyse en multipliant, divisant, coupant, amplifiant, rognant, ajoutant et retranchant. A la manière des tocs, les troubles sont manipulés mentalement. Ce qui donne vertige au thérapeute permet à l'obsessionnel d'échapper à l'angoisse, au vide, aux défaillances du corps et du psychisme.

Susceptible de ne rien sentir pendant le traumatisme, il peut être la proie des symptômes incontrôlables avec une formidable angoisse. Quand il ne peut pas dépasser un traumatisme, c'est par rancœur et colère contre l'incroyable injustice dont il a été victime. Marqué par le système des punitions/récompenses, il ne peut



admettre qu'il puisse arriver des événements malheureux aux gens bien comme il faut. Et comme il n'admet pas avoir fait la moindre erreur, c'est si injuste qu'il n'est pas possible de pardonner. Les traumatismes graves sont ainsi pour l'obsessionnel l'occasion dramatique de remises en cause de tout son système de croyance, voire de sa foi religieuse ou mystique. Ce phénomène s'accroît d'autant plus que les conséquences néfastes s'accumulent, ce qu'il ne cesse de comptabiliser, ou que les traumatismes se succèdent.

L'obsessionnel reproche à autrui ce qui existe en lui, par exemple la malhonnêteté des assureurs. Il n'hésite pas à augmenter les frais des soins qui représentent à son avis un dû social. Il prend d'innombrables précautions pour prouver son bon droit parce qu'il est déjà convaincu qu'il faudra aller en justice. Il prépare son procès dès le début, au moment-même de l'accident, usant des faux-témoignages nécessaires. L'important est qu'il n'y ait aucun reproche à se faire ou à lui faire. Il se pose en victime.

L'obsessionnel ne vient consulter un ostéopathe qu'après avoir été visiter les plus grands de la faculté, ce qu'il ne manquera pas de continuer pendant son cursus de soins avec l'ostéopathe. Il regarde l'ostéopathe comme un kinésithérapeute, peut-être amélioré, mais enfin un technicien qui doit réparer son corps et son psychisme comme des outils ou machines à son service.

Ressentant une claire aversion pour le toucher, les choses du corps (odeurs, humidité, dénuement), l'obsessionnel s'absente de son corps immédiatement. Il est dans sa tête, parle, commande, exige de savoir ce que vous ressentez, en quoi ça crée des causes et comment vous allez remédier à cet état, étant entendu qu'en cas d'échec, que vous êtes seul responsable de n'avoir pas trouvé ce qu'il convenait de faire. L'agressivité de l'obsessionnel est susceptible d'écorcher votre formation professionnelle, votre compétence personnelle, vos connaissances même dans le domaine de votre culture générale ou artistique.

Même quand tous les signes convergent pour affirmer la part centrale de la douleur, l'obsessionnel argumente au contraire que la douleur survient quelles que soient les circonstances, ce qui prouve qu'il n'y a rien qui ne soit mécanique. Il n'y est pour rien et rien de son attitude psychique, sa colère, ses rancœurs et ses récriminations ne pourrait être en lien avec sa douleur persistante. S'il n'entend pas que vous puissiez nommer du psy, il n'est pas davantage prêt à vous confier ce qui est le sujet de ses tourments intimes : une rupture affective, les querelles du couple, un décès important, l'échec scolaire d'un enfant. Tout est sous contrôle et il importe de ne pas ternir l'image sociale. Seules les pertes financières seront évoquées, longuement et précisément car l'angoisse et l'injustice sont trop fortes alors pour être supportées seul. En fin de séance, au lieu de l'état second général qui allie euphorie, ivresse et endormissement, il s'éternise, peu soucieux des autres patients qui attendent, argumente, le regard déjà plein du reproche du peu d'efficacité. Même s'il ressent une nette amélioration, il consent un « peut-être, voyons » en fin de séance ou un énigmatique « ce serait mieux » au début de la suivante. Lors du bilan de l'évolution depuis la séance précédente, même si ses acouphènes ont cessé, il le dira après la longue et précise liste des symptômes qui perdurent ou ne sont qu'insuffisamment modifiés. S'il va vraiment bien, il vous confiera qu'il se sent bizarre de ne plus avoir mal. Une question embarrassante ne produit aucune réponse car l'obsessionnel

connaît toutes les stratégies de déstabilisation. Il obtient généralement auprès du praticien un rabais pour des raisons diverses, demandera un rapport très détaillé à envoyer aux assurances, voire aux autres praticiens, même ostéopathes, où vous serez sommé d'explicitier votre traitement. Il ne manquera pas d'augmenter le nombre de vos séances auprès des assurances, vous mettant dans une position frauduleuse sans votre consentement.

De façon paradoxale, même si l'obsessionnel critique ses soignants, il leur obéit sans broncher. Il absorbe des médicaments même après qu'il a compris qu'ils sont sans effet, ou accepte de les prendre longuement malgré des effets indésirables majeurs ou une dangerosité avérée. Il peut continuer indéfiniment une psychothérapie ne sachant s'extirper d'une relation qui s'éternise sans résultat. Il craint en fait les figures d'autorité et est habitué à y obéir, non sans réticences, mais néanmoins scrupuleusement. Quand il est tenté de s'opposer, il en est empêché par les règles posées par l'autre figure d'autorité... jusqu'au moment où il ne vient pas au rendez-vous, sans le décommander, estimant utile de punir un incapable qui lui a fait perdre son temps et son argent.

Comment aider un obsessionnel à renoncer à ses mécanismes de défense ? Le toucher et le sommeil sont paradoxalement nos meilleures aides. Le toucher finit par convaincre l'obsessionnel à condition que le travail mécanique produise des sensations à distance du lieu de travail. Ce n'est pas rapide, ni facile pour lui d'avoir accès à de telles sensations, mais le sensibiliser à ce ressenti corporel régulièrement peut porter ses fruits au long terme. Quand la sensation ressentie s'est accompagnée d'un véritable mieux, là l'obsessionnel devient très fidèle et très reconnaissant. Il devient un véritable allié dans le travail thérapeutique, il a compris les règles du jeu, ce qui représente un vrai besoin. Outre le fait qu'il est extrêmement ponctuel, il devient loyal quand sa confiance est donnée. Il est de surcroît cultivé, son humour est très subtil, sa réserve agréable. Il comprend facilement alors l'intérêt que représente la détente, le lâcher prise. Etonné de s'endormir la première fois que cela advient car il est fréquemment insomniaque, il peut s'y appliquer très consciencieusement ensuite pour profiter au mieux du traitement. C'est une chance unique dans la prise en charge de l'obsessionnel car son aptitude à modifier son économie psychique est bien plus difficile à cause tant de son opiniâtre rigidité de jugement que de sa difficulté à transformer ses résolutions en action.

Travailler avec le mental de l'obsessionnel est difficile car les mille chemins que peut emprunter sa pensée sont trop souvent dénués des affects qu'il importerait de contacter. Par exemple, il est très difficile pour un obsessionnel de prendre conscience de sa peur car elle déroge à son idéal de perfection. Certes l'obsessionnel a besoin de comprendre et la lecture d'ouvrages sur l'ostéopathie est souvent une grande aide. Mais sortir de l'intellectuel est encore davantage nécessaire pour passer derrière la barrière organisée par la mentalisation et sa rationalisation, le refoulement, le déni ou le déplacement des affects, ou la condensation des souvenirs traumatiques. En attendant, il convient de rester modeste, certes, mais aussi sûr de soi. Si l'obsessionnel perçoit le moindre vacillement dans la confiance du thérapeute, il le fuit. Il a besoin finalement d'être rassuré de la compétence, de l'excellence professionnelle de son thérapeute. Quelle que soit la façon dont il se rend admirable,

recommandation, travail institutionnel hospitalier, renommée, le thérapeute de l'obsessionnel doit avoir figure d'autorité.

Soupçonneux de l'intérêt financier du thérapeute par mécanisme psychique projectif, il est assez bien déstabilisé de ses manœuvres agressives par une générosité vraie. Offrir une séance est parfois très profitable à condition de ne pas le faire pour s'excuser du peu de résultat. Cela permet de faire vaciller, quand nécessaire, des préjugés bien enracinés de la cupidité du soignant. Cela est susceptible de répondre en outre à un besoin profond de l'obsessionnel qui n'a pas beaucoup bénéficié d'une vraie générosité humaine chez le parent auquel il s'est identifié. L'avarice n'est pas que pécuniaire, elle est également affective. Il convient pourtant de mettre un délai avant de proposer cette bienfaisante générosité affective. En effet, une attitude sympathique précoce paraît suspecte à l'obsessionnel. Elle serait destinée à dissimuler une incompétence. La réserve est donc provisoirement préférable.

Nommer explicitement les ennemis internes de l'obsessionnel n'est pas sans poser le problème de l'interprétation qu'il en fera. Nommer le surmoi avait été très mal perçu par une patiente pourtant psychologue. C'était une offense, estimant que nous ne la connaissions pas suffisamment pour nous permettre une telle intrusion dans son monde intérieur. De surcroît, cette intrusion était perçue comme une critique qui n'était pas dans notre intention... Expliquer à l'obsessionnel qu'il ne supporte pas ses pulsions ni celles des autres ne l'empêche pas de vider sa vie de tout plaisir potentiel, n'empêche pas davantage les ruptures amoureuses que les enfermements solitaires ou les remontrances envers les surgissements pulsionnels des enfants (sexualité, affection, agressivité, que ce soit sous forme de jeux, insouciance, curiosité, initiative, imagination, mouvement, expressions émotionnelles de pleurs, rire et agitation). Nommer l'au-delà du plaisir n'empêche pas la course aux conquêtes amoureuses. Dénoncer le sadisme ne l'empêche nullement de l'exercer sur les victimes au narcissisme fragile, les familles apeurées ou les professionnels pétrifiés. Le ton péremptoire est difficile à modifier car il existe depuis fort longtemps et il a procuré des bénéfices secondaires bien appréciés (habitude d'être servi, absence de contrainte domestique, rapidité de l'exécution des tâches par autrui).

Si la symbolisation par l'écriture du traumatisme est utilisée, il est utile de désengager l'obsessionnel du personnage en le faisant écrire à la troisième personne du singulier afin d'éviter l'auto-conviction de victimisation. C'est un moyen qui est facilement accepté par l'obsessionnel par le côté mentalisation et rationnel, même si le changement de locuteur est moins prisé. Cela répond à un autre besoin de l'obsessionnel, la nécessité de conservation. En effet, l'obsessionnel a peur d'être démunie de sa colère en oubliant. Il a besoin de garder trace ailleurs pour pouvoir oublier... ce qui est bien cohérent avec l'analité de l'obsessionnel.

### **8.3. Les personnalités narcissiques**

#### **Narcissisme et traumatisme**

Nous considérons, à la lecture attentive des cas des personnes étudiées que les assises narcissiques sont mises à rude épreuve dans un traumatisme. On assiste alors soit à une décompensation de personnalités qui étaient jusqu'alors en équilibre précaire,

soit au retour de phases antérieures de vie où l'estime de soi était mauvaise. Nous avons vu ce mécanisme à propos du modèle de Chris Brewin et du trouble identitaire. La clinique le confirme, les victimes se rappellent bien qu'à une certaine époque ils éprouvaient la même mauvaise estime d'eux-mêmes, sur « les mêmes thèmes ». La personne avait dépassé le peu de confiance en soi dans la prise de décision, dans l'expression de ses opinions, avait fini par s'accommoder du fait de vivre seul. Et soudain, après l'accident c'est comme si on se retrouvait adolescent. Un second élément plaide en faveur du trouble identitaire, c'est la restauration de la personnalité antérieure à l'accident, par pans, de la même façon qu'elle avait disparu. Dans la littérature, nous avons trouvé de façon intéressante une cortisolémie basse identique autant dans le stress d'ESPT que chez une cohorte de psychopathes suivie sur plusieurs années. Ce fait tout à fait intéressant inciterait à garder une nosologie commune. Pourtant si le résultat est le même (cortisol bas), il est vraisemblable que la cause soit opposée. En effet, dans l'ESPT la cortisolémie basse est due à une sensibilisation de l'axe HHS qui dissuade la victime de faire des actions qui lui rappellent son traumatisme. La sensibilisation pourrait avoir pour fonction de créer l'évitement et c'est paradoxalement par la cessation de l'évitement que la sensibilisation peut s'arrêter. Aux fonctions supérieures de décider s'il est judicieux d'arrêter l'évitement. Les animaux, eux, quand ils ont des taux de cortisol élevés, au lieu de perdurer dans le stress, changent de territoire. Le problème pour l'homme est qu'il ne peut fuir ses démons intérieurs et qu'il s'impose de supporter beaucoup de contraintes qu'il exècre. Ainsi, dans l'ESPT, le cortisol est devenu aversif pour l'hippocampe et pour l'amygdale. Mais il faut garder en mémoire que c'est une hormone rebond. Le cortisol est d'autant plus élevé que l'adrénaline l'a été. Et c'est par excès de cortisol passé que le corps le refuse dans l'ESPT. Dans la psychopathie, il semble que ce soit bien le mécanisme inverse : qu'il y ait tout simplement absence de pic adrénalinique, comme si la casse était une sorte de jeu, de façon d'échapper à l'ennui, d'avoir un projet personnel à exécuter. Est-ce d'avoir une éthique qui produit la peur ou avoir peur donne-t-il une éthique ? Un projet est-il nécessaire pour avoir la crainte de ne pouvoir l'accomplir ? Est-il nécessaire de se projeter dans le futur ou d'avoir une valeur individuelle déjà reconnue par un être cher, une attention à soi quand on est petit ?

Le patient narcissique est un patient facile. Il a besoin de parler longuement de son histoire douloureuse. Il ne l'a jamais fait suffisamment car parler lui permet d'extirper sa souffrance qui est grande, longue et sans révolte. Au lieu de céder à la tentation de minimiser la plainte, le soignant doit, comme toujours, la valider, et dans ce cas-ci bien au contraire l'hystériser un peu en accordant au patient plus d'importance que le patient n'en a lui-même donné aux faits tragiques qu'il a vécus. Tel patient narcissique peut vous parler des pires abandons infantiles en mentionnant des relations actuelles - en apparence sereines - avec les mêmes parents abandonniques.

Le patient narcissique est toujours oublié sur un brancard dans son parcours hospitalier, tentant de ne pas demander trop, de ne pas importuner les soignants, de surmonter sa peur tout seul, pensant toujours que le besoin de l'autre est supérieur au sien. Peu confrontant, il a horreur de rencontrer les médecins experts car s'il sait bien que sa douleur, ses séquelles physique et psychique sont déniées

volontairement, il en reste pourtant très affecté. Il n'ose pas malgré cela faire appel et se défendre avec un médecin expert personnel. Tous les rapports judiciaires le terrorisent au point qu'il ne prépare pas son dossier et attend les propositions des assurances qu'il estimera toujours insuffisantes mais sans rien faire. Son angoisse d'anticipation est grande et provoque des symptômes corporels neuro-végétatifs.

Dans les cas de douleur importante ou de traumatisme trop effrayant, le narcissique a des expériences de déréalisation, de dépersonnalisation et de dissociation. Ce sont des troubles anxieux qui viennent attaquer le peu d'assises de cette personnalité. Il est ainsi trop sensible aux toxiques hallucinatoires susceptibles de lui provoquer des troubles anxieux. Le narcissique peut être affligé d'une telle fragilité. Cet état de fait est bien plus éprouvant pour les hommes qui vivent cela sur le thème de la honte et de la dépréciation (je suis nul) tandis que les femmes s'en attristent.

Le narcissique vous conte facilement ses difficultés affectives. Il n'est donc pas judicieux de pousser la porte s'il ne le fait pas. Nous respectons les personnes dont nous savons qu'elles souffrent beaucoup d'un décès (parental souvent) sans en parler. C'est qu'elles ont peur de s'effondrer, qu'elles ne veulent pas donner cette image dégradée d'elles-mêmes aux autres (ce qui serait en fait mieux et sans conséquence) mais surtout ce qu'on peut respecter c'est qu'elles ne veulent pas perdre le peu d'estime qu'elles ont d'elles-mêmes encore et qu'elles perdraient en s'effondrant chez le thérapeute. L'avancée en âge est une aide naturelle qui arrive seule au narcissique. Tout enfant est narcissique, au sens où il n'est pas sûr de lui, il a encore tant de choses à apprendre avant de pouvoir être assertif et confronter les adultes. C'est dans l'imitation et en suivant l'approbation qu'il peut progressivement prendre de l'assurance. Certains ont besoin de davantage de temps que d'autres pour s'émanciper de ces soutiens et étayages nécessaires de l'enfance.

Le patient narcissique ne dit pas souvent sa désapprobation. Il peut être terrorisé des manipulations de l'ostéopathe sans émettre de protestation. Il ne reviendra pas. Il ira ailleurs consulter mais seulement quand il aura la certitude qu'on ne lui fera pas ce type de manipulation. Des années plus tard, il enrage encore de n'avoir pas été prévenu ni qu'on lui ait demandé son avis sur ce qu'on lui a fait sans explication. Il ne sait pas, parce qu'il n'est pas procédurier, que c'est contraire à l'éthique du droit des patients et qu'il était en droit de se révolter.

### **Comparaison des démarches à suivre**

Les traits grossiers et caricaturaux décrits ci-dessous nous donnent quelques grandes lignes de conduite qui nous ont souvent aidé pour permettre au patient de dépasser ses mécanismes de défense favorisés dans son rapport au corps ou au traumatisme. D'un autre côté, cela nous a aussi permis d'avoir quelques repères assez clairs pour étayer notre intuition sur le soutien nécessaire ou piégeant d'un patient, et surtout sur le risque suicidaire qui est prioritaire dans une prise en charge de première intention ; nous étions très perplexes en début d'exercice et une tentative de suicide grave d'une patiente obsessionnelle et dépressive nous a montré que notre inquiétude était justifiée. Pour résumer de façon sommaire :

- Rappeler un patient :

S'il n'est pas utile de rappeler un obsessionnel qui disparaît sans mot dire, c'est parce qu'il a une peine à quitter l'autorité sans en avoir la permission. En revanche, on peut, et on doit même rappeler un narcissique qui s'efface sans crier gare car il n'ose pas déranger. Il a peur d'être un mauvais patient et craint un rejet plus que tout. Quand un tel patient narcissique déclare qu'il ne veut pas venir au rendez-vous, nous lui proposons systématiquement de venir en parler... et souvent il en est très ravi. De même appeler chez lui un patient qui a appelé pour signaler qu'il va mal est utile et nécessaire chez un narcissique qui a besoin de réconfort même de loin, c'est inutile et cela conduit parfois à un chantage de la part de l'obsessionnel qui ira dans tous les cas consulter la faculté. Autant l'envoyer nous-mêmes, et ça n'empêche pas alors de prendre des nouvelles après !

- Le risque suicidaire :

*A contrario* la déclaration d'intention suicidaire est dite avec beaucoup de légèreté et sans affect par l'obsessionnel et il faut vraiment être attentif car on peut l'entendre sans réagir alors que le risque est majeur : l'obsessionnel a déjà réglé les moindres détails et ne rate pas souvent sa mort.

Pour le narcissique, la plainte est davantage dite, et le risque est davantage prévisible puisque les causes de suicide sont chez lui très principalement un abandon affectif majeur (départ, séparation, deuil).

- Le risque de passage à l'acte sexuel :

Il est essentiellement présent avec une patiente hystérique. Nous croyons utile de ne pas minimiser son importance, non que le toucher y inciterait davantage, nous l'avons déjà détaillé, mais parce que le transfert est potentiellement présent dans toute prise en charge thérapeutique, que le nombre de récits (tous thérapeutes confondus) est impressionnant et que là, plus qu'ailleurs sans doute, le passage à l'acte est un nouveau traumatisme qui fait l'effet d'une répétition folle pour ces patientes.

Adapter à chacun toute thérapie qui passe par le corps, grâce à des connaissances sur les résistances psychonévrotiques est selon nous très utile parce qu'il est extrêmement facile de résister par le corps. Cela nous paraît très compatible au travail d'écoute tissulaire de l'ostéopathie car il s'agit d'adapter son écoute mentale comme on adapte son écoute manuelle. Répondre par une présence demande quelques mots, pas nombreux, discrets, respectueux du chemin du patient. Nous croyons que cela ne contredit pas le conseil de Still « Keep it pure, boys ! ».

### Conclusion

Pour nous résumer, nous pensons donc que l'ostéopathie aurait trois actions principales sur le plan psychique :

- une restauration de la sécurité intérieure et de liens de confiance
- une restauration narcissique
- un rassemblement du corps et de l'esprit sur le point tridimensionnel du traumatisme : lieu/temps/niveau de conscience.

Ces trois éléments contribuent à traiter la part psychique des traumatismes, le plus souvent de façon inconsciente. Un tel retour sur le(s) traumatisme(s) contribue à

l'abandon des stratégies psychiques les plus néfastes à l'usure du traumatisme : l'évitement, le déni, la condensation, la répression des affects.

La paix profonde, l'état de non excitation caractéristique de cette « rencontre » avec le traumatisme permet au sujet de réévaluer sa gravité ou sa temporalité ; des représentations émergent sous le souvenir écran, la scène progressivement est décondensée, l'excitation traumatique se lie à des représentations anodines, au cours des rêveries ou par des rêves à l'occasion d'assoupissements en cours ou après le travail tissulaire.

Les paroles spontanées des patients témoignent de ce travail intra psychique et cette double symbolisation (par la parole et par des images) semble permettre à la part psychique du traumatisme de s'éroder et au préconscient jusque-là figé par l'effroi, de se délier du traumatisme<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> « Ce qui est préconscient, c'est ce qui va échapper à la conscience actuelle, au Moi conscient sans être pour autant inconscient au sens strict, c'est-à-dire enfoui dans l'opacité du Ça (...) Il semble que l'on ne puisse être que d'accord avec cette conception du préconscient caractérisé par ces trois éléments majeurs : son épaisseur, son dynamisme interne, sa permanence dans le fonctionnement. » Debray R. *Epître à ceux qui somatisent*. Paris, PUF, 2001. Lors d'un stress traumatique majeur, l'intrusion interrompue de l'événement dans la psyché et l'impossibilité de porter attention, intérêt ou affection à toute autre chose ou personne (alexithymie) sont signe, selon nous, d'une liaison pathologique, d'un collage du préconscient au traumatisme.

#### 4. Recherche Pragmatique : méthodologie en sciences humaines cliniques

##### 1.1. Argumentation pour une recherche qualitative

L'observation clinique des patients pour lesquels le travail tissulaire et la disparition des symptômes nécessitent davantage de temps a produit des éléments congruents avec notre modèle d'atteinte de la confiance et des assises narcissiques. En effet, lorsque la victimisation a été intentionnelle la confiance est bien plus longue à établir, la sécurité intérieure plus difficile à restaurer. De même, lorsque des blessures identitaires ou d'attachement (décès précoces des parents, abandons, dévalorisation socioprofessionnelle, émigration, perte d'estime de soi) ont trop fragilisé la base narcissique, cette dernière semble devoir être restaurée *a minima* avant la disparition des symptômes. Ceci est corroboré par la littérature : l'occurrence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) - chronicisation d'un stress traumatisme aigu - après torture a été estimée à 50%, versus 4% après une catastrophe naturelle<sup>1</sup> et la fragilité narcissique a été considérée comme un important point commun spécifique chez des patients souffrants de « douleurs chroniques médicalement inexpliquées <sup>2</sup> ».

Les concepts de sécurité intérieure, confiance, narcissisme et « rassemblement du corps et de l'esprit sur le point tridimensionnel du traumatisme : lieu/temps/niveau de conscience » restent flous, pour les non-psy, et même pour les psy. Nous les avons déployés par petites touches dans les histoires de patients. Partir des mécanismes répétitifs pour qu'ils se transforment pour le lecteur en concepts, jusqu'à ce que nos explications se montrent convaincantes, pertinentes - ou non - parce que, en recherche clinique, « on n'est plus dans le domaine de la *preuve* sur laquelle s'axent les démarches dites expérimentales, mais dans celui de l'argumentation<sup>3</sup>. » De la qualité de nos observations dépendra la conviction suscitée (ou non).

Rendre compte de la complexité des comportements humains est à ce prix :

« La plupart des concepts formés à partir de l'expérience clinique sont des concepts flous. Destinés à se référer à des réalités complexes, ils demeurent ouverts à une incertitude des limites.[...] Il n'est pas sûr que la meilleure démarche soit de préciser la définition. Mieux vaut sans doute faire « éclater » le concept, ou encore lui conserver sa valeur de porteur de contradiction ou de contenant hétérogène, afin de mieux respecter sa pertinence et sa valeur opératoire face à la complexité du réel<sup>4</sup>. »

Accepter de se perdre dans les méandres de l'histoire des cas des patients est long, peut-être fastidieux pour le lecteur, jamais pour le clinicien. De plus c'est une

---

<sup>1</sup> Yehuda R., McFarlane A.C., Shalev A.Y. (1998) Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*. 44. 1305-1313.

<sup>2</sup> Allaz A.F.(2003) *Le messager boiteux*. Genève, Médecine et Hygiène. « Sur cette base narcissique fragile, toute atteinte au corps, y compris lorsqu'elle est mineure, peut avoir des conséquences très importantes », p.36.

<sup>3</sup> Perron R. (1995) La démarche comparative in *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Sous la direction de Bourguignon O. et Bydlowski M. Paris: PUF p. 136

<sup>4</sup> Widlöcher, D. (1995). Principes généraux. In O. Bourguignon, M. Bydlowski (Eds) *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF. p. 14.



démarche qui est porteuse de progrès de façon historique. « Nous aimerions conclure en soutenant que la recherche clinique pourrait aussi s'enrichir par le courage de ceux qui, reprenant l'exemple de Freud, s'attacheraient à l'étude de cas uniques, longtemps suivis, afin de constituer des modèles de référence, plus ou moins « bricolés », mais largement exploitables dans l'avenir »<sup>5</sup>.

Il faut encore garder à l'esprit que nous ne tenons pas pour vérités nos hypothèses ; elles seront, au mieux, un nouveau point de départ. Après avoir tiré de notre expérience de grands traits convergeant vers une vision synthétique, nous établissons un nouveau paradigme qu'il est nécessaire, très vite, d'attaquer, de relativiser, de réviser afin qu'un meilleur en émerge, rendant mieux compte de la réalité<sup>6</sup>.

Si cette recherche a pour volonté d'aider l'ostéopathe dans son approche du patient du point de vue psychique, elle a aussi le souhait de contribuer à aider le psychologue à entendre ce qu'est la somatisation du point de vue des praticiens qui peuvent observer ce qui se passe au moment où la tension lâche, bien avant la disparition du symptôme. Les ostéopathes enregistrent une multitude d'expériences de détraumatisation dans leurs mains avec leur sensibilité thérapeutique, ils ont sans doute leur mot à dire sur ce qu'est une somatisation et sur la façon dont cela se répare. C'est une voie de recherche que les auteurs Attale et Consoli estiment aujourd'hui prioritaire : « Des progrès significatifs restent à faire dans le champ psychosomatique. Une collaboration plus étroite entre spécialistes du corps et de l'esprit, mais aussi entre chercheurs issus des champs de la psychiatrie, de la psychophysiologie, de la psychologie cognitive, de la psychologie sociale et de la psychologie de la santé paraît nécessaire pour élargir les concepts et méthodes, et forger des hypothèses innovantes <sup>7</sup> ». Entendre un reflet du travail psychique par le discours spontané des patients quand le traumatisme se dissout corporellement sous nos mains et se digère du même coup dans leur psychisme nous semble digne d'intérêt. Cela permettrait aux psychosomaticiens et aux ostéopathes, s'ils le veulent,

---

<sup>5</sup> Lebovici, S. (1995). Les frontières de la recherche clinique. In Bourguignon O. et Bydlowski M (Eds.) *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF. p 163

<sup>6</sup> Widlöcher, D. Ibid. p. 20 : « Il nous faut reconnaître qu'en clinique il n'existe pas d'expérience cruciale qui nous permette d'établir la vérité ou la fausseté d'une hypothèse. Chaque construction théorique explique une partie des faits observables. Le succès d'une hypothèse ne repose pas sur la démonstration d'une preuve mais sur un processus progressif de persuasion. Le succès d'une théorie tient à sa valeur heuristique pour la pratique. C'est par un raisonnement inductif que les théories se développent. Bien entendu, un tel mode de légitimation scientifique risque de soulever beaucoup de scepticisme chez les praticiens des sciences exactes. Le consensus des cliniciens n'est-il pas un effet de mode, un reflet des pratiques ou des idéologies ? Ces critiques sont partiellement justifiées, mais Kuhn a bien montré qu'un tel processus se retrouvait dans toutes les sciences. Une hypothèse particulièrement heuristique est retenue dans la mesure où un grand nombre d'observations empiriques sont conciliables avec elle. Des expériences sont mises au point dans le cadre de ce *paradigme*, puis un certain nombre de faits apparaissent inconciliables avec lui. C'est alors qu'un nouveau paradigme est proposé qui comporte une plus grande valeur explicative et constitue à son tour le cadre théorique dans lequel va s'inscrire la démarche scientifique.

<sup>7</sup> Attale, C. & Consoli, S. M. (2003). Echelles d'évaluation en psychosomatique. In *Encyclopédie Médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier.

#### 4. La recherche pragmatique

de construire des ponts entre eux et de réfléchir sur la somatisation dans le sens théorico-clinique et dans le sens clinico-théorique.

A titre d'exemple, dans le sens clinico-théorique, la diversité d'organisation psychique des patients qui produisent des somatisations et sont capables de les résorber, du point de vue du système ostéo-myo-fascial, n'a guère confirmé la notion de refoulement d'imaginaire ; en revanche l'intérêt porté par Pierre Marty au préconscient, paraît, nous l'avons vu, pertinent. Cette partie de la recherche nous semble fondamentale dans la mesure où, aujourd'hui encore, les hypothèses permettant de théoriser la raison pour laquelle un patient souffre d'un blocage ostéo-myo-fascial ou d'une dysfonction organique non objectivable ou déclare une pathologie organique aux conséquences parfois redoutables sont encore très incertaines... Saisir le lien ou le passage de l'un à l'autre serait capital !

Pour les praticiens du psychisme encore (mais pas seulement), il nous a paru que cette recherche contribuerait à montrer qu'il existe nombre de symptômes, tels que des douleurs du système ostéo-myo-fascial ou des dysfonctions viscérales, sans support physiologique décelable, qui ne sont pas une « somatisation », ni une « conversion ». Ils sont des conséquences des déséquilibres tissulaires consécutifs à des traumatismes, parfois même oubliés. Un simple travail mécanique tissulaire les résout aisément. Et s'il est toujours intéressant de se demander pourquoi le corps n'est pas revenu spontanément à son état de santé antérieur, nous souhaitons partager l'enseignement de notre clinique : le « verrou » peut tout aussi bien se situer du côté corporel que psychique. Par quoi commencer ? Eh bien le corps est tellement plus facile à lire et à traiter que le psychisme (pour ce type de pathologies) qu'il serait vraiment dommage de ne pas commencer par là !

Mais comment mettre à l'épreuve cette modélisation de l'action psychique de l'ostéopathie ? N'est-il pas nécessaire de comparer pour prouver ?

#### 1.2. Les avantages et écueils de la comparaison implicite

« On pourrait objecter que des progrès majeurs ont été effectués sans démarche comparative : par exemple, que Freud a formulé le modèle de l'hystérie sur un cas, celui de Dora, celui de la névrose obsessionnelle sur un autre cas, celui de l'Homme aux Rats, etc. Ce serait erroné : de l'aveu même de Freud, ces modèles n'ont pu être formulés qu'après une étude attentive de nombreux cas dont il a cherché à dégager les communautés fonctionnelles.[...] Mais n'est pas Freud qui veut » nous rappelle Roger Perron<sup>8</sup> en nous incitant à la plus grande prudence dans nos comparaisons implicites. Aussi, pour éviter les erreurs d'interprétation des résultats dues à des suivis de patients insuffisants ou trop lointains, nous avons effectué d'abord une étude par des protocoles de cas individuels. Ils représentent « un moyen simple et peu coûteux mis à la disposition du clinicien pour fonctionner d'une manière expérimentale, tester des hypothèses thérapeutiques quotidiennes et s'initier à la recherche clinique en apprenant à sélectionner des mesures, à observer et à enregistrer sur des courbes des

---

<sup>8</sup> Perron, R. (1995). La démarche comparative. In O. Bourguignon & M. Bydlowski (Eds.) *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. (pp.136-137), Paris : PUF.

événements cliniques jusque là intuitifs. » [...] « Pour le chercheur confirmé, c'est un prélude nécessaire aux études contrôlées, qui permet de rester au niveau de l'individu, et de générer des hypothèses qui pourraient ne pas apparaître dans les études de groupe, trop vite engagées, sans réflexion approfondie sur les effets du traitement que l'on va tester.<sup>9</sup> »

Nous avons utilisé les questionnaires MOS-SF36, le PCLS<sup>10</sup> pour l'impact traumatique, le Holmes et Rahé pour le stress lié aux événements quotidiens, le Beck Depression Inventory (BDI) pour la dépression et enfin le Phobias, Attaques de Panique et Anxiété généralisée (PPAG) pour l'angoisse non traumatique. Afin de ne pas être influencée par les éventuelles pondérations par d'autres troubles que les ceux dus au traumatisme, nous avons gardé cachés les résultats tout le temps de la recherche. Ceci ne concerne pas le MOS SF 36 qui n'était qu'un reflet de l'état au fur et à mesure du patient.

A la fin de cette étude de cas individuels, il nous est apparu difficile de comparer deux patients « tout-venants » d'un cabinet d'ostéopathie : ils sont très différents, les traumatismes s'ajoutent, sont plus ou moins vieux, rendant difficile la discrimination de celui sur lequel on travaille. Nous avons alors eu l'idée de comparer des victimes d'un accident de voiture parce que le traumatisme était au moins datable précisément et ses séquelles bien repérables. C'est rarement aussi net. Nous verrons par la suite qu'à y regarder de plus près, nous n'étions pas au bout de nos peines. Cependant, nous avons envie d'avoir des chiffres pertinents à présenter. Même si nous savons qu'ils sont illusoire, c'est un essai qui mérite d'être tenté, quitte à ne mettre en évidence que les difficultés inhérentes à l'entreprise ou même l'échec de l'hypothèse d'objectivation quantitative. Notre argumentation sera-t-elle suffisante pour convaincre le lecteur de l'utilité de la précocité et de la régularité de la prise en charge des victimes de traumatismes ? N'est-il pas urgent que les victimes soient réellement soignées, les peurs et les angoisses dépassées et non chimiquement calmées et artificiellement assourdies ? Sans espoir naïf ou démesuré, n'est-il pas utile de montrer que la prise en charge précoce des traumatismes tiendrait du bon sens financier aussi ?

Et quels outils mettre en place pour une recherche quantitative ? Et comment prendre en compte ces variables de sécurité intérieure, confiance, narcissisme, rassemblement psychocorporel pour chaque patient ? Est-il possible d'allier une recherche quantitative avec des données fines qualitatives ? Cela nous paraît réalisable à condition de respecter des conditions très rigoureuses : on trouve quelques articles en psychosomatique où des éléments quantitatifs ont été ajoutés à des données

---

<sup>9</sup> Bouvard, M. & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson. p. 25-26

<sup>10</sup> Yao, S.N., Cottraux, J., Note, I., De Mey-Guillard, C., Mollard, E. & Ventureyra, V. (2003). Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*, 29, 232-238. Ce test a été préféré à l'IES (Impact of Event Scale), plus courant mais qui discrimine moins bien les troubles anxieux relatifs à un ESPT des autres troubles anxieux.

#### 4. La recherche pragmatique

psychologiques fines<sup>11</sup>. Avant d'entreprendre cela, voici le dispositif utilisé pour la recherche qualitative.

##### 1.3. Description du cadre de la recherche qualitative, dite « pré-recherche »

Nous avons commencé à inclure les premiers patients dans cette pré-recherche à partir de début décembre 2003 et dépouillé les derniers résultats fin décembre 2005. Globalement, deux années de clinique. Elle s'est déroulée dans notre cabinet est un lieu de travail collectif, que nous partageons avec deux autres ostéopathes. Il est situé en plein cœur de Paris, nous y sommes personnellement installée depuis un peu plus de 3 années. La salle d'attente et les commodités sont communes. Le bureau est de taille moyenne, avec trois fauteuils, un bureau et une table de travail. Il est clair, malheureusement assez bruyant aux heures ouvrées. Le calme s'installe vraiment dans la soirée. Une affichette d'information et de proposition de participation est en évidence dans la salle d'attente. Même si beaucoup ne l'ont pas lue ou n'ont pas fait de remarque à ce propos, quelques-uns réagissaient.

Cette recherche étudie les traitements d'ostéopathie de 23 patients : Ada, Athy, Béa, Dafna, Eve, Flore, Ingrid, Jade, Jackie, Linj, Louise, Lucas, Maëlle, Marthe, Maud, Nora, Pablo, Pétra, Rosa, Sissi, Tonia, Vania, Zigie, soit vingt femmes et deux hommes.

Les critères d'inclusion ont été très larges. Il faut replacer le contexte. Nous étions à ce moment-là à la mise à l'épreuve des outils confectionnés et réunis pour la recherche suivante qui serait publiable : il fallait utiliser et améliorer la base de données informatique créée à cet effet, roder les analyses de cortisol en observant les courbes des patients non traumatisés, observer les réactions à la présentation papier, aux consignes, aux questionnaires, la compliance des patients pour le carnet journalier. Tous les outils étaient à inventer et à perfectionner. Puisque nous n'avions pas conscience de l'ampleur du travail, nous avons été particulièrement peu discriminante.

Nous avons certes choisi les patients mais parce que nous les connaissions assez pour ne pas les gruger s'ils servaient de testeurs. Ce parti-pris inhabituel fait que nous avons involontairement respecté le cadre habituel d'un cabinet d'ostéopathie. Puis nous avons choisi préférentiellement des patients qui avaient un trouble assez distinct et pas trop multifocal, de préférence avec des accidents de la voie publique quand c'était possible, afin de nous acheminer vers la recherche publiable. Nous commençons à comprendre qu'il faudrait restreindre les causes de traumatisme pour pouvoir comparer deux cohortes de patients.

Les trois modifications conscientes de notre inclusion relativement à l'ensemble des patients que nous recevons ont été :

---

<sup>11</sup> Jasmin, C., Lê, M.G., Marty, P., Herzberg, R. & the Psycho-Oncologic Group (P.O.G.) (1990). Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study, *Annals of Oncology*, 1, 22-29.

1/ l'exclusion volontaire des patients susceptibles de ne venir que pour une séance unique. Il est bien sûr difficile de se prononcer, en début de séance, sur l'éventualité d'un retour à la normale par une consultation unique, mais parfois, il est possible d'estimer que c'est dans l'ordre des possibilités. Or, dans une telle séance, où on perçoit que le patient souhaite qu'elle soit unique et que ça ne nous apparaît pas impossible, le temps - qui est toujours compté - est encore plus étrié. Pas question de rajouter la présentation de la thèse, du protocole, du dossier, etc. Cet article ne prendra pas en compte les guérisons en séance unique. Ce n'est pas très important puisque nous aussi, en tant que praticien, dans de tels cas, nous ne savons que longtemps après si cela s'est soldé par la réussite ou l'échec du traitement. En cas de réussite, le patient revient quelques mois ou années plus tard ou nous adresse d'autres patients.

2/ l'exclusion des patients qui ne mentionnaient pas une notion de traumatisme originaire du trouble motif de consultation. C'est plus fréquent qu'il n'y paraît :

- douleurs issues de contraintes de travail (utilisateurs d'ordinateurs, dentistes, musiciens, danseurs),
- suivis de grossesse, post-partum, orthodontie,
- céphalées et migraines sans origine connue,
- problèmes de sommeil, de digestion, etc.

En revanche nous avons gardé une acception du traumatisme au sens large, incluant notamment les suites d'actes chirurgicaux.

3/ l'exclusion des bébés et petits enfants était nécessaire à cause des tests écrits et de cortisol qui est spécifique en fonction de l'âge.

### **Vue d'ensemble de la cohorte : 3 sous-groupes**

#### **Les patients anciens**

Chronologiquement, nous avons donc d'abord proposé la recherche à des patients qui faisaient déjà partie de notre patientèle de longue date : Ada, Pablo, Petra, Lucas, Maëlle, Marthe, Vania : 7 patients. Parmi ces patients

- Petra avait un nouveau traumatisme à traiter,
- Marthe a été choisie pour son âge (90 ans), elle n'a pas de traumatisme particulier et consulte pour un entretien régulier face aux symptômes généraux dus à son âge.
- Ada, Lucas, Maëlle, Pablo et Vania présentaient des symptômes résistants, d'implication psychosomatique probable.

Parmi eux Ada, Lucas, Marthe, Pablo et Vania entretiennent avec nous des liens d'amitié depuis de longues années. Bien que nous n'ayons actuellement que peu ou pas de rencontres en dehors du cabinet, nous avons des liens affectifs de longue date et ils sont devenus patients alors que nous étions déjà amis, tous depuis plus de dix ans. Ils fréquentent le cabinet de façon discontinue, en fonction de leurs besoins. Ces patients faciles à inclure ont été choisis aussi parce que leur traitement était en revanche difficile, parce que les symptômes résistaient, justement parce qu'ils seraient susceptibles de montrer les mécanismes à l'œuvre dans le travail psychique ostéopathique.

#### **Les patients nouveaux**

#### *4. La recherche pragmatique*

Peu après, nous avons aussi proposé l'inclusion dans la recherche à de nouveaux patients dès la première séance, une fois même avant, au téléphone. Certains ont refusé, d'autres sont ainsi entrés : Athy, Béa, Dafna, Eve, Flore, Ingrid, Jade, Jackie, Linj, Maud, Sissi, Tonia, et Zigie, 13 patientes.

### **Les patients avertis**

Enfin il y a aussi Rosa et Nora avec lesquelles nous entretenons des relations amicales et professionnelles : d'abord patiente, Nora s'est impliquée dans la recherche doctorale par sa compétence professionnelle. Rosa, quant à elle, est devenue patiente par le biais du doctorat. Contactée pour ses compétences, elle avait besoin d'un traitement et s'est portée volontaire pour faire partie de la recherche. Elles sont entrées dans la cohorte plutôt comme des bêta testeurs. Ces deux patientes ne sont pas des informateurs naïfs. Pourtant seule Nora connaît vraiment bien les hypothèses. Rosa et les amis en ont entendu des éléments, mais s'en souviennent rarement, et les autres patients n'en savent rien, ou ont su après coup parce que nous estimons qu'il est légitime qu'ils soient informés en raison de leur contribution.

Parmi les patients perdus de vue, certains le sont vraisemblablement de façon provisoire, même si cela dure depuis quelques mois. C'est une particularité de notre pratique : par exemple Petra n'est venue qu'une fois après être entrée dans la recherche, Eve n'a pas poursuivi, mais nous a fait part, lors d'une rencontre par hasard, de son désir de revenir. Flore a commencé une psychothérapie motivant l'arrêt de notre traitement pour des motifs financiers, Louise a arrêté mais nous a adressé d'autres patients. Au jour où nous finissons d'écrire, nous pouvons ajouter que Petra et Louise sont à nouveau en période de traitement. Le stress traumatique n'est pas revenu pour Petra. Celui de Louise en revanche s'est trouvé réactualisé par un traumatisme majeur survenu ultérieurement.

Le pourcentage de nouveaux patients n'est pas représentatif de notre pourcentage de nouveaux dans la population habituelle du cabinet. Nous avons tâché d'inclure, dans la mesure du possible un maximum de nouveaux patients. La dernière patiente incluse, Zigie, l'a été en septembre 2004, parce que ses symptômes résultaient clairement de traumatismes et parce que sa qualité de psychologue nous permettait d'avoir des informations de son vécu psychique exprimable avec des outils sémantiques communs.

### **Résultats et commentaires**

Le développement in extenso est produit dans le Tome 2 des annexes qui n'est pas publié par confidentialité des données.

Un compte-rendu et les résultats chiffrés concernant cette pré-recherche ont été consignés dans un article paru dans ApoStill dont un numéro est fourni avec la thèse, p.19 à 28.

## 2. La recherche quantitative

### 2.1. Les avantages et écueils de la recherche quantitative

#### 2.1.1. L'exclusion de la recherche rétrospective

Le biophysicien et philosophe Henri Atlan<sup>12</sup> a publié un article consacré aux usages et mésusages des statistiques et des probabilités<sup>13</sup> dont voici quelques extraits motivant notre rejet de ce type de recherche.

« Par le biais d'erreurs d'interprétation bien connues mais récurrentes, l'analyse probabiliste sert très souvent à conforter des convictions déjà établies par ailleurs – pour de bonnes ou de mauvaises raisons – en étant prise pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une façon de démontrer la véracité d'une hypothèse ». Henri Atlan nous y rappelle la triste histoire du Distilbène illustrant un mésusage des recherches rétrospectives : « Dans les années cinquante, on observa que les femmes qui faisaient des avortements spontanés à répétition avaient dans leurs urines un taux d'hormones œstrogènes inférieur au taux normal, de façon statistiquement significative. Cette observation fut publiée dans la presse médicale professionnelle et les spécialistes en déduisirent que la cause des avortements était un déficit en hormones œstrogènes. Le Distilbène, œstrogène de synthèse, fut largement administré aux femmes enceintes chez qui l'on craignait un avortement. Vingt ans plus tard, on découvrit que les filles nées de ces grossesses traitées au Distilbène présentaient avec une fréquence anormalement élevée des cancers du vagin et/ou des ovaires. Certaines filles nées de ces grossesses traitées au Distilbène sont mortes, d'autres ont survécu au prix d'une ablation totale de leurs organes génitaux. Des études prospectives, qui partent d'individus où l'on observe une cause supposée (...) et non d'individus où l'on observe la maladie, (...) ont permis de découvrir que la corrélation initialement observée correspondait bien à une relation causale... mais en direction opposée à celle qui avait été imaginée : les avortements étaient une cause de déficit en œstrogènes plutôt que celui-ci était cause d'avortement ! »

Une étude rétrospective n'a pas de capacité de démonstration de relation causale, et ce serait faire injure à ces femmes que de l'oublier trop vite ! De plus, notre revue de la littérature a révélé une grande quantité de fausses pistes « rétrospectives » considérables consommatrices en temps, utiles à des seules fins de prestige ou de crédits, qui ne donnent aucune envie de suivre cette piste si peu scientifique. Henri Atlan rappelle quelques bases concernant l'utilisation des statistiques :

- 1 « Les études rétrospectives montrent des mesures de corrélations qui ne permettent pas d'affirmer qu'un phénomène est la cause d'un autre. Il est exceptionnel que cette information ait une valeur indicative car des

---

<sup>12</sup> Docteur en médecine, et docteur es-Sciences d'Etat, Professeur Emérite de Biophysique aux universités de Paris VI et de Jérusalem, Directeur du Centre de Recherche en Biologie Humaine de Jérusalem, Directeur d'Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

<sup>13</sup> Atlan, H. (2003) Statistique et temporalité In *Les étincelles de hasard. Tome 2. Athéisme de l'Ecriture* (pp.277-305). Paris : Seuil.



conditions bien particulières doivent être remplies pour qu'une corrélation observée par une étude prospective soit la même que celle observée dans une étude rétrospective ».

- 2 « Même si une étude prospective était bien menée pour tester une hypothèse correctement, on aura bien établi qu'il existe une corrélation entre l'occurrence de C comme cause possible et celle de E comme effet possible de cette cause, mais l'on n'aura pas établi pour autant que l'hypothèse d'une relation causale entre C et E est vérifiée. En effet, un test statistique ne permet en général que d'éliminer une hypothèse, avec une certaine probabilité quand le test est négatif ou, comme on dit, non significatif. Mais un test positif ne permet pas d'affirmer une hypothèse : il ne permet seulement que de ne pas l'éliminer ».
- 3 « Un test statistique de comparaison des fréquences entre un groupe testé et un groupe témoin porte non sur l'hypothèse de l'existence d'une relation causale mais sur ce qu'on appelle « l'hypothèse nulle », c'est-à-dire la probabilité pour que la différence observée entre les deux groupes ne soit due qu'au hasard de l'échantillonnage ».
- 4 « Seule la pratique de la randomisation, quand c'est possible, par tirage au sort dans une population entre individus appartenant au groupe témoin et au groupe testé, permet d'appliquer le degré de signification à l'imputation causale de C sur E. Mais ceci n'est possible que dans des conditions expérimentales (et éthiques) particulières, par exemple, lors de l'évaluation d'un nouveau traitement d'une maladie, si l'on est dans une « situation d'indifférence » où l'on ne sait pas si l'un des deux groupes sera favorisé par rapport à l'autre. Quand la randomisation n'est pas possible, la relation causale ne peut être affirmée, avec plus ou moins de conviction, qu'à partir de la vraisemblance de mécanismes de production de E par C, plus ou moins bien connus indépendamment du test statistique. Autrement dit, dans la plupart des cas, on ne teste pas une hypothèse contre une autre mais une hypothèse de référence bien déterminée contre sa négation au bénéfice d'une infinité d'autres, non spécifiées ».

Reprenons point par point :

- 1 aucune étude rétrospective ne peut donc démontrer que la disparition de symptômes a pour cause un traitement d'ostéopathie en amont.
- 2 si une étude prospective peut montrer qu'un groupe de personnes traitées par ostéopathie comporte davantage de sujets en bonne santé qu'un groupe de personnes non traitées, elle n'aura toujours pas démontré que l'ostéopathie est cause de cette bonne santé. Une telle étude, si elle montrait une fréquence de sujets en mauvaise santé dans le groupe des soignés, pourrait juste démontrer que l'ostéopathie n'a pas amélioré l'état des patients. Cela prouverait seulement son inefficacité. Mais s'ils sont plus nombreux à aller mieux, ça ne démontrera pas que c'est de son fait : ça montrera seulement qu'il est

#### 4. La recherche pragmatique

- possible que cela soit vrai. Par exemple ces personnes peuvent aller mieux parce que tous les patients d'ostéopathie prennent davantage soin globalement de leur santé.
- 3 si on applique maintenant la méthode statistique pour mesurer la densité de fréquence entre les deux groupes, un groupe témoin non soigné et un groupe soigné, la comparaison des densités de fréquence des personnes sans symptôme entre les deux groupes ne constituera toujours pas une preuve de l'efficacité de l'ostéopathie mais une façon de montrer que la différence n'est pas seulement due au hasard. Mais elle peut toujours être due à un ou plusieurs autres facteurs.
- 4 finalement, seule une étude randomisée pourrait montrer l'inférence causale. Donc, pour procéder à une étude contrôlée avec randomisation, c'est-à-dire pour procéder à un tirage au sort aléatoire dans deux échantillons, il est nécessaire d'abord de constituer deux échantillons représentatifs. Cela va s'avérer on ne peut plus compliqué.

##### 2.1.2. Etude prospective par randomisation

Il nous est d'ores et déjà impossible de prendre pour groupe témoin la moitié des Français qui n'a jamais fait appel à l'ostéopathie et pour groupe testé l'autre moitié des Français qui a déjà fait appel à l'ostéopathie. En comparant les deux groupes, aussi nombreux soient-ils, il sera toujours impossible de supprimer leurs particularités propres car ce n'est pas par hasard qu'ils appartiennent à l'un ou l'autre groupe :

1/ les cadres et professions libérales consultent plus facilement de par leurs moyens financiers et par la généralisation de ce type de soins dans ce milieu socioculturel<sup>14</sup>.

2/ la pénibilité physique du travail des personnes faisant partie du milieu socioculturel des consultants n'est pas comparable avec les professions manuelles de force. Les mises à l'épreuve du corps ne sont pas comparables si le patient est agriculteur, peintre ouvrier, commerçant ou cadre.

3/ Il est vraisemblable que les Français qui ont fait appel à l'ostéopathie ont aussi une plus grande préoccupation au sujet de leur santé et essayent d'adopter habituellement une meilleure hygiène de vie.

Nous pourrions trouver d'autres différences peut-être. Pour que les échantillons soient directement comparables, il faudrait déjà qu'ils soient issus du groupe des Français ayant déjà eu recours à l'ostéopathie. Cela est loin d'être suffisant. Il est nécessaire que les individus des deux groupes puissent être comparés. Car cela s'est certainement déjà glissé dans les esprits : comment comparer l'état de santé dans l'absolu de deux personnes sans prendre en compte le traumatisme qu'il/elle a subi -

---

<sup>14</sup> Nous donnons des cours depuis plus de 10 ans sur les médecines alternatives pour des personnes d'un milieu socioprofessionnel modeste, d'origine majoritairement étrangère, en France. Bien que les stagiaires soient dans leur grande majorité enthousiastes et « prêts » à consulter au sortir du stage, il est très rare qu'ils viennent en consultation, même quand ces dernières sont gratuites. Le recours au système conventionnel est doublement commandé par l'aspect financier et groupal. Dans les familles nucléaires comme au sein des groupes d'appartenance sociaux et culturels, ces techniques non conventionnelles n'ont pas encore franchi le seuil des foyers. Ceci peut sans doute encore partiellement s'expliquer par le recours au système de soins traditionnels de leur pays d'origine qui leur est encore familier et courant.

ou non - et ses conséquences, sous forme d'un handicap, d'une perte d'un être cher, d'un travail, etc. Cela primerait, et de beaucoup, sur le groupe d'appartenance a priori des patients ! Pour procéder par échantillonnage aléatoire, on considère que le minimum d'observations à détenir est de l'ordre du millier. Ceci est à pondérer avec la faisabilité d'un tel échantillonnage en fonction de la population cible, du temps et des moyens financiers à disposition pour l'étude.

Sur le principe, il faudrait donc, dans notre étude, soigner un groupe de personnes tirées au sort dans un échantillon représentatif de personnes, et comparer leur évolution avec d'autres personnes non soignées et tirées au sort dans un autre échantillon représentatif de personnes. Pour être représentatifs, ces deux échantillons de personnes devraient être composés de personnes de tranches d'âges, lieu d'habitation, couche socioprofessionnelle, pays d'origine, etc., représentatifs de la population cible (c'est ainsi pour tous les échantillonnages aléatoires), mais aussi avoir subi des traumatismes identiques ou comparables pour en représenter la diversité. On pourrait prendre par exemple un échantillonnage aléatoire dans la population cible des accidentés de la route. Etant donné les 23000 personnes blessées gravement de cette façon chaque année, nous avons une population cible très nombreuse. Parmi ces personnes, on pourrait sélectionner des personnes représentatives de la population selon les critères habituels et prendre en compte les variables du temps d'hospitalisation, du préjudice douloureux, de l'intensité de la douleur résiduelle, de l'invalidité, son taux, sa durée ou sa permanence, de l'atteinte esthétique, des soins au long cours, des séquelles non objectivables, etc. Le nombre des variables obligerait à des échantillons très importants, certes, mais c'était dans nos premiers plans de recherche. Tout ceci a été finalement impossible car si entrer en contact avec cette population en terme de base de sondage était déjà très compliqué, motiver certains de ses membres à se faire traiter par ostéopathie sans recommandation par une institution à laquelle ils auraient eu affaire naturellement durant leur parcours de victime, s'est avéré impossible. Et cela nous semblait légitime : être traumatisé n'est pas facile à supporter. Se faire soigner sans connaître le thérapeute éventuel est bien audacieux ! Nous avons passé une annonce à plusieurs reprises dans un journal national. Le nombre de réponses a été ridiculement bas. Impossible de constituer le moindre début d'échantillon de cette population cible.

### **2.1.3. Ostéopathie versus placebo ostéopathique, versus médicaments ou versus placebo médicamenteux**

Afin d'éliminer la part de différences imputable à deux populations différentes on compare généralement un groupe traité à un groupe placebo. Nous aurions pu prendre les patients habituels du cabinet d'ostéopathie. Oui, tous ont bien une préoccupation de bonne santé, les moyens de le faire, une confiance groupale dans cette thérapie, etc. Ce procédé ne résout pas le problème de comparabilité entre les patients du point de vue du traumatisme. Ensuite, c'est non conforme à notre éthique : nous, au moins, nous savons que le patient va continuer à souffrir au lieu de bénéficier de soins. De plus, il est illusoire : comment imaginer qu'un patient ne sente

#### *4. La recherche pragmatique*

pas la différence entre un praticien qui fait et celui qui fait semblant du point de vue des sensations tactiles, de l'impression d'authenticité et de respect vécues par le patient ? S'il est vrai que, du point de vue phénoménologique, l'ostéopathie est une technique du corps, une habileté acquise par le corps du praticien à effectuer la technique, il est également vrai que la lecture de l'ostéopathie est aussi une habileté acquise par le corps du patient. Impossible pour le patient de ne pas savoir, après quelques séances au moins, si le praticien est dans un soin ou non.

Enfin le recours à ce procédé aura peu de faisabilité : même avec des patients très convaincus de notre art, quand la douleur est forte, la probabilité pour qu'ils ne consomment pas de médicaments est très faible. Et quelle serait notre éthique à les encourager à ne pas soulager leurs douleurs par des médicaments si nous savons que nous n'effectuons pas un « vrai » traitement ? Ces deux derniers arguments nous ont également rendu impossible d'envisager une recherche « ostéopathie versus médicaments ». En effet, pour éviter de voler au secours d'une guérison spontanée, nous devons attendre le délai de 6 mois. Pendant ce temps, nous ne pouvons évidemment pas empêcher les patients d'être traités par les médicaments estimés nécessaires dans le cadre de la médecine conventionnelle, ceci du point de vue déontologique. Nous devons au contraire, sans doute, les y encourager. A cet interdit déontologique et éthique, ajoutons le problème de la diversité des médicaments potentiels (antalgiques et différents anxiolytiques, voire antidépresseurs).

Nous pourrions envisager l'arrêt des médicaments avant le traitement ostéopathique, mais, outre l'aspect à nouveau peu éthique du procédé, nous ne voyons pas comment annuler l'effet anxiogène de privation des médicaments psychotropes. Si nous choisissons de continuer les remèdes en placebo médicamenteux, il faudrait informer les patients de cette éventualité, ce qui risque à nouveau de générer des troubles anxieux ; que les remèdes soient continués en placebo ou non, nous restons confrontée aux effets somatiques et psychiques dus au manque des substances actives de ces remèdes à action lente et à retrait progressif nécessaire et habituel.

Nous ne pouvons donc pas éviter l'écueil de devoir comparer deux groupes de personnes. Est-il possible de comparer des groupes de victimes ayant reçu le même diagnostic et soignées par deux techniques différentes ?

##### **2.1.4. Deux groupes de victimes de même diagnostic avec deux techniques différentes**

Par exemple, il serait concevable de comparer l'évolution des patients souffrant de lombalgie chronique (CLPB, chronic low-back pain) soignés par la médecine dite conventionnelle et ceux soignés par l'ostéopathie. Cela faisait partie de nos projets de recherche. Mise à l'étude, l'idée est rapidement devenue incongrue.

Considérant que, dans l'éventail de « médecine conventionnelle », il y aurait des techniques aussi différentes que la kinésithérapie, les médicaments et les opérations à but antalgique ou thérapeutique (greffe osseuse, bloc antalgique, ostéosynthèse, électrocoagulation du disque, etc.), il devint vite évident que ces techniques ne sont

évidemment pas additionnables car les patients ne sont pas comparables du point de vue de leur atteinte. Certains ont des atteintes osseuses, d'autres nerveuses motrices, nerveuses sensorielles, etc. Un ostéopathe ne recevra par exemple jamais un patient victime de fracture. Il n'est guère possible donc de comparer deux techniques différentes dans notre champ de recherche sans affiner la connaissance du patient et ce n'est pas tant le « diagnostic reçu » qui peut compter que le degré de traumatisation.

Et si on affinait la ressemblance des patients ? On pourrait comparer deux cohortes de patients dont la lombalgie chronique est la conséquence d'un faux-mouvement, cela éliminerait les fractures, les opérations chirurgicales tout autant que les illusions d'identité par l'appellation diagnostique.

#### 2.1.5. Deux groupes de victimes lombalgiques après un faux-mouvement

Prenons donc l'exemple de la lombalgie chronique consécutive au faux-mouvement. La difficulté pour comparer les deux patients souffrant depuis un geste précis, non traumatique en tant que tel, est multiple.

- Du point de vue de l'étiologie du trouble :

Nous avons vu dans le chapitre sur les dysfonctions dans la lombalgie chronique la multiplicité des causes potentielles. Nous avons remarqué qu'il était extrêmement difficile d'obtenir un consensus autour d'une cause car les signes permettant de l'établir clairement manquent, au moins jusqu'au moment où le problème est résolu. Encore faut-il tenir compte de l'effet placebo qui concerne une guérison sur deux approximativement.

- Du point de vue de l'objectivation du trouble
  - Les examens de laboratoire et d'imagerie médicale – nous l'avons dit – ne permettent pas de mesurer l'atteinte du corps. Ils ne sont le plus souvent qu'un diagnostic d'exclusion, pas assez souvent, constate avec regret Waddell : « La douleur de dos est courante, les anomalies sur les clichés radiologiques aussi. D'abord nous devrions montrer que l'anomalie est plus fréquente chez les personnes qui ont une dorsalgie que chez ceux qui n'en ont pas. Nous devrions être capables d'établir un lien causal. Des blocs anesthésiques ou des traitements de l'élément anormal devraient soulager la douleur. Lorsque nous appliquons ces méthodes, la plupart des anomalies radiologiques se révèlent être dues aux incidences. »<sup>15</sup>
  - Seul un examen palpatoire peut révéler des anomalies pour le thérapeute, mais c'est sans étalonnage objectif, donc pas communicable en terme de mesure, donc « subjectif », même si des praticiens entraînés peuvent comparer cela entre eux.
  - Le seul élément dont dispose le patient n'est pas davantage un outil objectivant : la douleur n'est pas proportionnelle à la gravité d'un problème,

---

<sup>15</sup> Waddell, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto : Churchill Livingstone, p. 137.

#### 4. La recherche pragmatique

par définition, elle est une expérience somato-émotionnelle. Elle est aussi subjective.

- Du point de vue de l'origine du trouble

Est-ce que l'origine est :

- le geste banal en question qui est à incriminer,
- l'histoire corporelle (par exemple un ou d'autres traumatisme(s) plus ancien(s)) du sujet qui expliquerai(en)t la « résonance » de ce geste précis,
- l'histoire psychique (par exemple affective) du sujet qui comprend aussi bien sa situation actuelle que son passé affectif ?

Pour alléger la comparaison, nous ne prenons que le traumatisme et l'affect, nous devrions rajouter toutes les autres composantes de la vie corporelle et psychique des sujets : la position de travail, la sédentarité, le surpoids, les mésententes conjugales, les décès, les vexations professionnelles, etc.

- Du point de vue de la persévération du trouble

Enfin, il est question de la raison pour laquelle « ça » ne se remet pas spontanément en état de santé, comme d'habitude. Qu'est-ce qui a changé dans les capacités de résilience corporelle ou psychique du sujet ? Finalement, quand un muscle a été mis en tension par un traumatisme, comment se fait-il qu'il revient (ou non) à son état de non tension initiale ? Les avis divergent.

Du point de vue de la physiologie mécanique du système musculo-squelettique, G. Waddell<sup>16</sup>, comme beaucoup, pose l'hypothèse d'un cercle vicieux spasme/douleur/spasme comme possible mécanisme de maintien d'une dysfonction ostéo-myo-fasciale, ce que Simons et Mense, reprenant les travaux de G. Walsh, pensent rigoureusement impossible : « Une des conditions cliniques de douleur associée à une tension musculaire accrue est la céphalée « de tension » qui est grandement musculaire à l'origine ; elle est souvent causée par des points myofasciaux gâchettes (trigger points) et non pas par un cycle douleur-spasme-douleur, qui est un concept qui ne tient pas, ni physiologiquement, ni cliniquement.<sup>17</sup> » Il est vrai que ce débat avait lieu à l'époque de la découverte de la thixotropie et cela changeait tout ! Même si la connaissance a progressé d'un pas, ceci nous encourage à admettre qu'on est sans doute encore loin de la connaissance de toutes les vraies causes de maintien d'une dysfonction quand les examens neurologiques et histologiques sont négatifs ! Points gâchette, muscles, fascias, activité neuro-hormonale perturbée des petites fibres C de la douleur, ischémie, problème sur les muscles antagonistes, sédentarité, etc. ?

Il ressort de ceci que :

---

<sup>16</sup> Waddell G. (1998) Ibid. p149.

<sup>17</sup> Simons, D.G. & Mense S. (1998). Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain. *Pain*, 75, 1-17.

A/ un grand nombre de patients souffrant de dysfonction ostéo-myo-fasciale ne sont pas comparables entre eux de façon objective, mais seulement de façon subjective et hypothétique par des professionnels entraînés à la palpation. L'atteinte somatique n'est pas mesurable.

B/ La banalité de l'origine des dysfonctions interdit la détermination exacte de la cause et laisse un grand flou concernant un « vrai » traumatisme ou la multiplicité des causes.

Il est donc nécessaire :

- d'abandonner l'examen du corps seul, d'envisager l'observation du psychisme conjointement
- et d'adopter l'hypothèse d'un traumatisme unique déterminant.

Comment dès lors imaginer que deux états de santé psychique pourraient être comparés ? Nous avons vu que la fragilité narcissique des douloureux chroniques semblait être une donnée déterminante. Comment « mesurer » le narcissisme des patients ? C'est impossible. Car il y a souvent des phénomènes de compensation et de décompensation qui sont imprévisibles. Alors ? Eh bien on peut comparer le retentissement du traumatisme, quelle qu'en soit l'intensité, la fragilité du terrain, les données du soutien affectif disponible, etc. Cela veut dire que nous abandonnons définitivement tout espoir d'objectivité et entrons résolument dans le champ de la subjectivité.

En revanche, il nous est possible d'étudier l'aspect subjectif du vécu du patient du point de vue somatique (activités physiques permises par l'état de santé et douleurs) et psychique (vitalité, santé perçue, activité psychique permise par l'état de santé).

Par ailleurs, l'adoption d'un traumatisme unique jugé comme déterminant n'abrase bien sûr pas les inégalités de vulnérabilité narcissique, les soucis de non emploi, de disputes conjugales et de maladies familiales. Les patients resteront définitivement non comparables entre eux. Nous pourrions seulement tabler sur le fait que, lorsqu'on a failli perdre la vie, il y a un temps, une durée de temps, pendant laquelle cet événement reste sur le devant de la scène psychique. Nous nous appuyons sur cette priorité relative pour comparer momentanément les patients. Comme notre étude oblige à un parcours thérapeute/patient relativement long, au moins plusieurs mois, nous savons que cela constitue une faiblesse tout autant qu'une richesse de cette étude. La richesse tient en ce que nous connaissons bien les patients, mais la faiblesse tient en ce que la vie court toujours et qu'il arrive suffisamment de nouvelles conditions de vie pour que l'étude du seul traumatisme et de ses conséquences soit difficile.

**2.1.6. Deux groupes de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique et observation du retentissement psychique traumatique : l'état de stress post-traumatique (ESPT) – études prospectives dans la littérature**

#### 4. La recherche pragmatique

Liegey Dougall et col<sup>18</sup>, dans leur quête des éléments prédicteurs d'État de stress post-traumatique parmi les victimes d'accident de voiture, malgré un nombre impressionnant de variables annoncent que le nombre de facteurs susceptibles d'affecter la façon dont les événements traumatiques sont vécus rend l'analyse vulnérable et ne peuvent pas être pris en compte simultanément pour la variance due à l'exposition, les variables personnelles (incluant l'ethnie, le genre, le statut socio-économique) et les variables psychosociales.

Plusieurs études prospectives antérieures à la sienne, ont déjà investigué ces variables :

Les risques de développer un ESPT sont majorés dans les conditions suivantes :

- les femmes et les ethnies minoritaires (aux USA) versus les hommes et les blancs non hispaniques.
- statut socioéconomique bas.
- Eprouvé de peur de mourir, sévérité de l'accident, existence d'un procès, diagnostic antérieur de dépression,
- symptômes précoces d'ESPT, sévérité de la blessure, non guérison des blessures, existence d'un nouveau traumatisme d'un membre de la famille,
- facteurs psychologiques tels que la rumination, interprétation négative des intrusions, suppression des idées, cognitions de colère une année encore après l'accident,
- manque de contrôle perçu et de support social disponible, utilisation de l'évitement et d'autres stratégies psychiques d'adaptation focalisées sur l'émotion.

En ce qui concerne l'étude de Liegey Dougall et col. à proprement parler, les variables suivantes ont été prises en compte :

- La sévérité des blessures par l'Abbreviated Injury Scale (dont la formation à la passation est dispensée par l'Association américaine AAM en 14 heures),
- La peur perçue, le soutien social, les perceptions de contrôle personnel, les différentes stratégies d'adaptation (dont ont été extraites 5 échelles sur 69) : adaptation centrée sur le problème, pensées magiques, recherche de soutien social, auto-critique et évitement (rapportées à l'accident et non à la vie courante),
- Les caractéristiques de l'accident : conditions météorologiques, origine et destination du voyage, nombre et types de voitures, état des différents véhicules, autres personnes dans les autres voitures, blessures des dits passagers, port des ceintures des passagers.
- L'influence de la présence d'autres passagers dans son véhicule et peur perçue,

---

<sup>18</sup> Liegey Dougall, A., Ursano, R. J., Posluszny, D.M., Fullerton, C.S. & Baum, A. (2001). Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. *Psychosomatic Medicine*, 63. 402-411.



- L'influence du support social pendant 2 à 3 semaines après le MVA,
- La perception de contrôle.
- Des pensées magiques comme : être plus fort, miracle qui pourrait arriver, pourrait changer ce qui est arrivé ou ce qui a été ressenti, comment ça aurait pu tourner.

Après la prise en compte de tous ces paramètres, Liegey Dougall et col. concluent que toute relation causale est dure à mettre en évidence. Impossible donc d'établir avec précision ce qui peut prédire l'occurrence d'un retentissement traumatique psychique lors d'une expérience traumatique pourtant unique. Cela montrerait donc qu'il y a une part importante de la victimisation qui dépendrait de la victime elle-même, non en terme de choix, bien entendu, mais en terme de terrain, de qui « elle est ».

**2.1.7. Deux groupes de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique et observation du retentissement psychique traumatique (ESPT) en fonction de nos variables de la recherche implicite : méthode des saturations de nuages.**

A partir de notre expérience, et en reprenant les variables que nous avons évoquées comme significatives pour l'efficacité de l'ostéopathie, il nous semblait qu'on pourrait mettre ce modèle à l'épreuve et comparer deux cohortes de victimes de MVA, du point de vue psychique en observant les variables suivantes :

- le désir et la confiance concernant la méthode thérapeutique (ostéopathie ici) et le praticien,
- les antécédents traumatiques antérieurs et les traitements effectués,
- le contexte « accident de travail », la victimisation potentielle par les secours ou les soins,
- la base narcissique et l'histoire des liens, de l'attachement pendant l'enfance, les deuils,
- les conditions de travail (pénibilité, possibilité de dépassement personnel, gains, burn-out),
- les soucis familiaux du point de vue de la santé et financier,
- les contraintes familiales (nombre et âge des enfants à charge, personne handicapée ou âgée au domicile),
- l'évolution du contexte affectif, sexuel, social et professionnel
- l'hygiène de vie ou l'abus et/ou la dépendance à l'alcool, à des drogues, à des médicaments, les désordres du comportement alimentaire.

Petit à petit nous avons recensé 130 variables qui devenaient inutilisables.

Nous avons alors imaginé la méthode des nuages de saturation. Nous avons pensé regrouper les variables recensées en une vingtaine, et dessiner des nuages de saturation sur ces vingt variables. Mais à chaque fois que nous voulions supprimer une variable surgissait dans notre esprit un cas où soit l'amélioration escomptée n'avait pas existé tant que cette variable était présente, ou pire, un cas où une dégradation de l'état de santé général d'un patient était apparue avec cette seule variable.

**2.1.8. Deux groupes de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique et observation du retentissement psychique par rapport à la personne du point de vue psychosomatique : tests de psychosomatique**

En observant nos variables rajoutées, nous nous sommes rendue compte que nous souhaitions investiguer finalement non plus le traumatisme, ni l'état physique, ni le retentissement traumatique psychique mais le sujet lui-même. En parcourant la littérature, nous avons compris que nous voudrions prendre en compte toutes les composantes évaluées à ce jour en psychosomatique<sup>19</sup> : les caractéristiques contextuelles (événements de vie, réseau social, caractéristiques sociodémographiques), les caractéristiques individuelles (hostilité, névrosisme (source de détresse), worrying (tendance à se faire du souci), anxiété-trait, dépression, alexithymie, estime de soi, endurance, contrôle, optimisme, auto efficacité perçue, sens de la cohérence), les comportements de dépendance (dépendance tabagique, alcool, toxiques), les processus médiateurs individu-environnement (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, croyances, représentations sociales et comportements de santé), les stratégies d'ajustement, le style d'attachement (cf. Bowlby), le fonctionnement familial, les issues somatiques, les issues émotionnelles (qualité de vie), le bien-être, de même qu'un ou plusieurs instruments spécifiques du traumatisme.

A nouveau nous étions face à un matériel de testing complet mais impossible à utiliser entièrement : demander à un patient de renseigner une quarantaine de tests semblait une demande excessive de compliance thérapeutique et surtout désintégrait totalement la niche écologique d'un patient d'ostéopathie ! Or, nous y reviendrons, conserver des conditions normales d'exercice pour observer une méthode de soin et étudier une évolution de patients, c'est fondamental !

Si on ne peut résolument pas prendre en compte qui est le patient, ni toutes les variables de sa vie passée et actuelle, ni celles du traumatisme, on pourrait peut-être abandonner toutes les variables qui tentent de rendre compte de la réalité des choses et prendre en compte le seul retentissement du traumatisme en terme de troubles apparus et/ou masqués. Ne plus s'intéresser aux causes mais aux effets. N'est-ce pas là un retour de la recherche prospective à la recherche rétrospective ? Non en fait, car la seule rétrospection que nous faisons ici est de supposer que les troubles apparus le sont bien à cause de l'accident de voiture, ce qui n'est pas souvent remis en cause car si on ne sait pas pourquoi certains sont traumatisés quand d'autres ne le sont pas, on sait bien que c'est à cause du traumatisme qu'ils le sont.

**2.1.9. Deux groupes de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique sévère et observation de**

---

<sup>19</sup> Attale, C. & Consoli, S. M. (2003). Echelles d'évaluation en psychosomatique. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris : Elsevier.

### **l'évolution du retentissement psychique de façon symptomatique : toutes pathologies psychiques**

Si nous n'avons pas la possibilité de comparer des patients traités avec des patients non traités parce que cela ne serait pas justifiable du point de vue éthique de l'étude en cours ou que le nombre de victimes sera insuffisant pour constituer un groupe contrôle, il sera possible de comparer les symptômes d'une cohorte que nous traiterons à ceux d'une cohorte déjà étudiée et non traitée, la cohorte de McFarlane. En effet, l'article de Yehuda R., McFarlane A.C., Shalev A.Y. rend compte de cette recherche quantitative prospective qui présente une population non traitée, victime d'accident de la route sévère et pour laquelle on a observé l'occurrence des désordres psychiques consécutifs à un suivi des 6 mois<sup>20</sup>.

Une difficulté inhérente à ce procédé est qu'il faudrait déterminer ce qu'est un accident sévère, un impact traumatique identique. Même si nous pouvons prendre une mesure de PCLS supérieure à 44, il nous restera l'entière opacité concernant les résultats d'un tel test s'il avait été renseigné par la cohorte de McFarlane. Par ailleurs, les auteurs n'ont considéré que les victimes sans diagnostic psychiatrique antérieur. Cela est sans doute suffisamment flou pour que nous soyons embarrassée concrètement dans le cas d'une reproduction. Enfin, l'aspect somatique de la comparaison serait limité aux symptômes addictifs. Nous perdons au passage l'important critère de l'évolution de la douleur et des capacités fonctionnelles des patients.

#### **2.1.10. Deux groupes de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique sévère et observation de l'évolution du retentissement physique et psychique**

Puisqu'on ne peut pas parler de « traumatisme égal » ni du point de vue événementiel, ni de « patient égal » du point de vue de l'atteinte somatique, ou du point de vue de son vécu psychique antérieur, ni de « conditions de vie égales » du point de vue difficultés et soutien, on pourrait envisager un degré de retentissement psychosomatique égal. Ce qui serait comparé, c'est l'évolution psychosomatique de deux groupes de victimes dont on pourrait évoquer des degrés de traumatisation initiale comparables par une échelle d'impact traumatique et un retentissement corporel et psychique par un questionnaire de qualité de vie.

Le questionnaire MOS SF-36 est un outil très utilisé pour observer la qualité de vie et son évolution, notamment le fonctionnement physique et la santé mentale, leur retentissement sur les plans physique et psychique et la douleur. C'est un outil parfait

---

<sup>20</sup> Yehuda, R., McFarlane, A.C. & Shalev, A.Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*, 44. 1305-1313.

Bilan pour les 174 accidentés MVA sévère, sans troubles psychiatriques antérieurs lors d'un suivi à 6 mois : 42% sans suite, 19% PTSD, 17% dépression majeure, 37% un ou plusieurs critère (s) de trouble anxieux (panique, anxiété généralisée, simple phobie), 23% de dépendance ou d'abus d'alcool, de drogue ou des désordres alimentaires.

#### 4. La recherche pragmatique

en ce sens. Mais, l'observation de trois histogrammes de trois patients montre en quoi nous avons été obligée à davantage de prudence :

- En ce qui concerne Linj 1<sup>21</sup>, d'une part, sans le suivi proche de cette patiente, nous aurions une interprétation très fausse de l'effet de l'ostéopathie. D'autre part si l'amélioration de sa qualité de vie est évidente, son stress traumatique n'est toujours pas traité. Nous en listons quelques raisons plus bas. Cela n'est pas remarquable sur son histogramme. Il est donc nécessaire absolument d'ajouter un questionnaire d'impact traumatique de façon tout aussi systématique que le MOS SF-36. Un questionnaire de dépression permettrait aussi de pondérer la lenteur de l'amélioration de cette patiente.
- L'amélioration Tonia 2<sup>22</sup> est un exemple démonstratif de la rémission d'une victime atteinte majoritairement de façon somatique et de la validité du contenu de l'échelle MOS SF-36 pour en rendre compte. On y note aussi ici sa sensibilité et on peut y deviner sa fidélité test-retest.
- Vania 3<sup>23</sup>, qui n'a pas été traumatisée par un accident unique et qui n'a aucun problème corporel lésionnel a conservé et même aggravé ses troubles anxieux malgré nos soins ostéopathiques et une psychothérapie associée de longue date. Deux questionnaires, l'un mettant en évidence le stress lié aux événements de la vie quotidienne, l'autre les phobies, attaques de panique et anxiété diffuse sont utiles pour discriminer le stress traumatique.

Remarques à propos de la patiente 1 qui illustre la complexité de lecture et des soins d'une patiente, traumatisme ancien et grave (âge : 58 ans –MVA à 28 ans) :

1/La sous-échelle échelle PF (activité physique) de cette patiente se trouve très perturbée en Sc12, sans retentissement physique. Ces données paradoxales s'expliquent à la fois par son métier (elle porte de lourdes charges), et à la fois par une maladie de son mari. Celui-ci, souffrant, n'a pas pu l'aider. Notre patiente a donc vu revenir des difficultés qui n'existaient plus, sans inquiétude pourtant (retentissement) car elle savait que son mari ne serait pas longtemps incapable de l'aider dans son travail physique très éprouvant.

2/ La douleur de cette patiente ne sera plus jamais absente à cause d'un matériel chirurgical qu'elle ne veut pas faire changer.

3/ La prise régulière de médicaments a cessé.

4/ Les insomnies sont devenues plus rares mais persistent.

5/ La peur de la conduite persiste.

6/ Une maladie grave d'un enfant et le décès d'un proche rendent difficile l'accès au MVA. 7/ Retentissement physique et émotionnel en Sc15 sont effondrés à la suite

---

<sup>21</sup> Voir Tome 3 Linj p.307

<sup>22</sup> Voir Tome 3 p.314.

<sup>23</sup> Voir Tome 3 p.315

d'une crise du genou (opéré avec matériel) après une station debout de 18 h ! Mais ils reviennent à leur nouvelle norme ensuite.

#### **Patiente 2**

Exemple de la facilité de lecture et des soins de Tonia, au traumatisme récent et sans blessure grave (âge : 34 ans, MVA 15 jours avant consultation) - 5 séances d'ostéopathie en 2,5 mois + 2 contrôles.

#### **Patiente 3**

Exemple de la facilité de lecture et de la difficulté des soins de Vania développant une pathologie anxieuse en l'absence de MVA (âge : 30 ans) – 6 séances d'ostéopathie en 8 mois + 2 contrôles. Traitement psychothérapeutique conjoint.

#### **2.1.11. Un groupe de victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique sévère et observation de l'évolution du retentissement physique et psychique par protocole en cross-over EMDR/ostéopathie**

Pour venir à bout de ce désir de données quantitatives, nous avons finalement décidé d'utiliser un seul groupe avec deux techniques thérapeutiques selon un protocole de chassé-croisé (cross-over), c'est-à-dire que le groupe contrôle reste le même que le groupe traité. Il est seulement traité selon deux méthodes différentes selon le principe A- B (comparaison avant et après traitement) d'abord en ostéopathie, puis en EMDR, ou inversement.

On peut penser que tout patient suivi dans un cabinet thérapeutique verrait une amélioration de son état, quelle que soit la technique utilisée. C'est très vraisemblable, a fortiori avec deux techniques ! Pour palier à cet effet, nous commençons la démarche thérapeutique après un temps suffisant pour le rétablissement spontané du stress traumatique. De plus, il ne s'agit pas de démontrer l'efficacité de l'ostéopathie mais de chercher à comprendre des mécanismes sur lesquels s'appuie son efficacité ou sur lesquels butent ses échecs. Il s'agit d'observer ce qui reste comme trouble après un traitement d'ostéopathie et que l'EMDR résout, ou inversement. Ces deux techniques, ostéopathie et EMDR, sont réputées spécialisées dans le traitement des traumatismes. Cela correspond aussi à notre expérience clinique. Nous nous attendons à ce que l'observation des interactions entre le corps et l'esprit confirme que l'ostéopathie aura de façon naturelle une action prioritairement physique et l'EMDR une action prioritairement psychique.

Le choix de ces deux techniques pour des patients doublement traumatisés du point de vue physique et psychique n'est pas judicieux pour vérifier cet effet naturel : il aurait été préférable par exemple de mettre en place une recherche concernant kinésithérapie versus ostéopathie. On y observerait vraisemblablement que l'ostéopathie élimine l'aspect traumatique des tissus et en répare la fonctionnalité fine et le métabolisme normal tandis que la kinésithérapie aide à la reconstruction de

#### 4. La recherche pragmatique

la structure. En revanche, elle est peut-être la meilleure solution<sup>24</sup> (la seule ?) pour mettre à l'épreuve notre hypothèse qui est contraire à cette réputation d'action, voire contraire à l'intuition : il existerait des cas de patients, parmi ceux qui sont résistants à ces techniques thérapeutiques pour lesquels la part psychique du traumatisme constituerait le verrou empêchant le rétablissement du corps ou pour lesquels la part corporelle du traumatisme constituerait le verrou empêchant le rétablissement psychique.

S'il advient qu'un traitement d'ostéopathie traite les symptômes physiques et laisse intacts les troubles psychiques qui sont à leur tour éliminés par l'EMDR ou s'il advient qu'un traitement d'EMDR traite les symptômes psychiques et laisse intacts les troubles physiques qui sont à leur tour éliminés par l'ostéopathie, nous aurons contribué à confirmer l'effet naturel et prévisible de ces deux techniques. S'il advient qu'après un traitement ostéopathique, l'EMDR résolve des douleurs, ou qu'après un traitement d'EMDR l'ostéopathie résolve des troubles anxieux, nous aurons pu montrer que la part qui fait verrou se situe peut-être dans l'autre champ du traumatisme. Par ailleurs, s'il advient que l'ostéopathie résolve les troubles anxieux autant que les douleurs, nous aurons montré qu'elle suffit au traitement des troubles physiques et psychiques consécutifs à ce type de traumatisme. Par la même occasion, nous aurons montré la réciproque s'il advient que l'EMDR résolve les troubles physiques et psychiques. Enfin, si l'EMDR traite des troubles anxieux laissés intacts par l'approche ostéopathique, il sera crucial d'observer les mécanismes psychiques qui se mettent en œuvre. Et la réciproque sera tout autant passionnante : voir de quelle façon l'abord du corps dénoue facilement des tensions lorsque la part psychique du traumatisme est déjà traitée.

Dans l'optique la meilleure, nous espérons en tirer des enseignements concernant les signes montrant que l'on bute et qu'il conviendrait de changer de champ d'action, de passer du corps au psy, ou inversement. Les rêves des patients aux différentes étapes seront des atouts précieux en ce sens. Ces connaissances seraient susceptibles d'être confrontées à d'autres cadres thérapeutiques, à d'autres techniques à cible prioritairement somatique ou psychique pour s'étendre en un concept plus général.

3. Protocole quantitatif Victimes d'accidents de la route (MVA) avec traumatisme physique et psychique et observation de l'évolution du retentissement physique et psychique par une étude contrôlée selon un protocole en cross-over avec l'ostéopathie et l'EMDR.

---

<sup>24</sup> Bouvard, M. & Cottraux J. *ibid.* p.32 : « La meilleure solution est d'utiliser d'autres formes de psychothérapie comme contrôle. La psychothérapie contrôle ne doit pas comporter les éléments thérapeutiques supposés actifs dans la psychothérapie à l'étude. Mais la comparaison d'une thérapie de référence à la thérapie testée pose des problèmes d'interprétation, dans la mesure où la nouvelle thérapie risque d'avoir une prime à la nouveauté. En général on utilisera une thérapie inerte quant au principe théorique ou thérapeutique testé. »

Pour éviter toute la problématique de la disparité des patients, nous avons résolu de procéder de la façon suivante :

- prise en charge des patients selon deux techniques différentes : ostéopathie et EMDR
- situation d'indifférence en ce qui concerne le bénéfice attendu par la priorité d'ordre de l'une ou l'autre technique permettant la randomisation du choix 1 ou 2 ;
- il s'agit d'un protocole à ligne de base unique : un seul temps de non traitement avant la mise en place de la technique A, ou avant la technique B. Pas d'interruption au milieu de A ou de B.
- il s'agit d'un protocole A – B : observation du patient avant et après technique A, puis avant et après technique B, ceci pour deux populations différentes ;
- les mêmes mesures sont répétées intra-groupes afin d'observer si les deux techniques ont des effets complémentaires ;
- mise en œuvre d'un protocole dit en chassé-croisé (cross-over) qui intervertit l'ordre des traitements et contrôle l'effet d'ordre ; une population en A – B, l'autre en B – A.
- pour éviter l'influence de la phase A sur B ou B sur A (carry-over effect) utilisation d'une période d'un mois de non traitement entre les deux :
  - ligne de base A (6 mois), traitement A (10 séances ostéopathie), évaluation A, ligne de base B (1 mois), traitement B (10 séances d'EMDR), évaluation B ;
  - versus ligne de base B (6 mois), traitement B (10 séances EMDR), évaluation B, ligne de base A (1 mois), traitement A (ostéopathie), évaluation A.

On devra analyser ici deux facteurs : l'ordre de traitement ainsi que l'interaction des deux facteurs ordre (1 ou 2) x traitement (A ou B). Ce qui permet d'analyser l'effet principal, par exemple l'effet traitement :  $A > B$ , toutes phases confondues. On peut ne pas retrouver un effet d'ordre : Phase 1 = Phase 2, tous groupes confondus. Mais si l'on retrouve une interaction entre l'effet d'ordre et l'effet traitement, l'effet principal  $A > B$  sera invalidé : car  $A > B$  seulement si A est premier. Interaction signifie qu'il faut l'action conjointe de deux facteurs pour obtenir un effet statistiquement significatif. Si l'on retrouve  $A > B$ , avec phase 1 = phase 2 sans interaction entre l'ordre et le traitement, on peut affirmer que l'effet principal  $A > B$  est valide.<sup>25</sup>

Les patients qui ne souhaitent pas être suivis auraient pu faire partie d'un deuxième groupe de contrôle. Mais comme nous ne les connaissons pas suffisamment parce qu'ils ne seront pas suivis et qu'on ne peut pas les comparer non plus au départ, il serait plutôt difficile d'en dire quoi que ce soit de pertinent. Nous avons donc abandonné cette éventualité.

Les échelles utilisées seront celles décrites pour l'étude des cas uniques : MOS SF-36, PCLS, Holmes et Rahé, BDI, PPAG. Nous nous permettons d'ajouter, grâce à la gratuité

---

<sup>25</sup> Ibid. p.34

#### 4. La recherche pragmatique

des soins, deux autres questionnaires portant sur des éléments précis et distincts de l'état de stress post-traumatique : la dissociation (DES) et l'alexithymie (BVAQ). Ces tests seront renseignés en début et fin des deux phases de traitement seulement. Enfin nous avons adopté un marqueur biologique, censé être révélateur de la capacité de réaction complexe et diversifiée de l'organisme à un stress. Il s'agit du cortisol que nous avons choisi d'étudier sous sa forme salivaire. Voici les principaux éléments justifiant son étude.

#### 4. Le cortisol salivaire

Observation de l'évolution du cortisol salivaire dans la clinique des victimes MVA avec ESPT traitées par ostéopathie

Une autre façon d'observer l'ostéopathie du point de vue quantitatif serait d'observer l'évolution du cortisol chez les victimes d'ESPT traitées par ostéopathie. En effet, si l'on observait une corrélation entre la qualité de vie (SF 36), le cortisol et l'occurrence des désordres psychiques, nous disposerions d'un faisceau d'indices concernant le mode d'action possible de l'ostéopathie du point de vue psychique. Reprenons d'abord l'histoire de notre intérêt pour le cortisol.

Dès l'époque de notre formation initiale, les borborygmes des patients au décours des séances d'ostéopathie ont éveillé notre intérêt concernant le système neuro-végétatif et en particulier le rôle du cortisol. Cet intérêt a été renforcé bien plus tard par la littérature au sujet des Etats de Stress Post-Traumatiques. Nous avons suivi les parutions avec un intérêt croissant au fur et à mesure de notre recherche, plus précisément après avoir découvert les ouvrages de Babeth Rotschild<sup>26</sup> et de Bessel van der Kolk, Alexander C. McFarlane. C. & Lars Weisaeth<sup>27</sup>

La plupart des articles nous donnaient quelques détails supplémentaires, dont nous résumons les plus grands points ici afin d'étayer notre recours au cortisol comme outil potentiel de mesure de notre action sur les patients en ostéopathie. Nous avons suivi le travail de plusieurs équipes de recherche, et particulièrement celui de Rachel Yehuda, dont le parcours de publication est passionnant. Elle rappelle dans la plupart de ses articles le grand besoin de recherche prospective aujourd'hui. Voici notamment dans l'article qu'elle a écrit avec McFarlane et A. Shalev en 1998<sup>28</sup> un résumé des erreurs passées :

*L'avantage majeur des études prospectives, longitudinales est qu'elles permettent une investigation des variables affectant le développement de l'ESPT (Etat de Stress Post-Traumatique) sans les distorsions qui existent dans les analyses rétrospectives. Par exemple, dans cette étude de McFarlane, une analyse discriminante n'a pas démontré*

---

<sup>26</sup> Rotschild, B. (2000). *The body remembers*. New York: Norton&Company.

<sup>27</sup> Van der Kolk, B. A. (1996). *Traumatic stress : the effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York :The Guilford Press.

<sup>28</sup> Yehuda, R., McFarlane, A.C. & Shalev A.Y. (1998) Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*, 44, 1305-1313.



*d'effet significatif du genre, de l'âge, du passé psychiatrique, d'un traumatisme antérieur, de la sévérité de la blessure, de la sévérité de la douleur, des symptômes intrusifs, d'évitement, et dissociatifs dans l'immédiat après-coup de l'accident. Ces résultats sont notables parce qu'ils suggèrent que les variables qui ont émergé comme prédicteurs saillants de l'ESPT dans les études rétrospectives – qui utilisent un nombre de sujets plus étroit et qui sont classés sur la dichotomie de présence ou absence d'ESPT, ont réellement très peu de valeur prédictive dans la détermination du développement de ce trouble estimé du point de vue prospectif. De même une analyse psychométrique attentive des prédicteurs d'ESPT (Shalev et al)<sup>29</sup> a montré que l'intrusion précoce, l'évitement ou l'hyperactivité neurovégétative sont de pauvres prédicteurs d'ESPT<sup>30</sup>. Reprenons les connaissances principales acquises au sujet du cortisol dans sa relation avec l'ESPT<sup>31</sup>.*

#### **4.1. Le cortisol dans notre niche écologique en cabinet de ville**

Notre choix d'observation s'était donc porté sur le cortisol depuis longtemps, bien qu'au départ nous ayons aussi évoqué l'hypothèse d'observer les taux d'adrénaline et de noradrénaline. A ce moment de la recherche, nous ne savions pas encore comment nous pourrions effectuer ces mesures.

Nous pensions que les recherches à partir du cortisol plasmatique posaient le problème d'une éventuelle orthosympathicotomie par crainte des prélèvements sanguins. Ils n'étaient pas faciles à proposer pour une recherche en cabinet de ville. Un spécialiste de biochimie hospitalier nous a dissuadée de tenter l'analyse des échantillons urinaires des 24 heures qu'il considérait illusoire à obtenir sérieusement en ambulatoire. Restait le cortisol salivaire qui est non intrusif, donc non effrayant et non douloureux, facile à pratiquer au domicile du patient et enfin facile à conserver. Après vérification de son utilisation croissante dans les études récentes sur l'ESPT, nous avons donc recherché les façons les moins onéreuses de les pratiquer. Les kits d'analyse que nous avons retenus sont commercialisés par IBL-Hamburg. Nous avons envisagé de confier l'analyse des échantillons salivaire à IBL car l'analyse d'un prélèvement salivaire s'effectue dans très peu de laboratoires hormis ceux de certains services hospitaliers. Mais l'analyse de chaque échantillon coûtant 15 euros pièce et la recherche nécessitant beaucoup d'analyses, on ne savait pas encore combien, (finalement nous avons dû réaliser 2850 salivettes), le poste des analyses biologiques aurait atteint 42 750 euros à lui seul. C'était inimaginable.

Nous avons eu l'idée de chercher par l'intermédiaire du fabricant de kits d'analyses si des laboratoires extrahospitaliers les utilisait. Après quelques appels, nous avons eu l'immense chance de rencontrer un docteur en biochimie qui était sensibilisé à la

---

<sup>29</sup> Shalev, A.Y., Freedman, S, Brandes, D. & Peri, T. : (1997). Predicting PTSD in civilian trauma survivors : Prospective evaluation of self report and clinician administered instruments. *Br J Psychiatry*, 170, 558-564.

<sup>29</sup> Traduit par nous.

<sup>30</sup> Traduit par nous.

<sup>31</sup> De Beaurepaire, R. (2003). Aspects biologiques des Etats de Stress Post-Traumatiques. In J. M. Thurin, N. Baumann. *Stress, pathologies et immunité* (pp.135-153). Paris : Flammarion.

#### 4. La recherche pragmatique

recherche car cela avait fait partie de son parcours et qui possédait ces automates. Il nous a réservé un accueil formidable et a fait tout ce qui était en son pouvoir pour nous aider. L'alpha Prime, appareil très sophistiqué réalise entre autres le traitement automatique des échantillons salivaires ainsi que la lecture des tests immunologiques compétitifs de chimiluminescence nécessaires au dosage du cortisol dans la salive. Ce directeur de laboratoire s'est intéressé à AIVIO, notre recherche, personnellement et avec son équipe. Il a vérifié avec une amie ingénieur chimiste le protocole des analyses et cette chercheuse a aussi accepté de collaborer avec nous afin de les soulager du travail de manipulation pour préparer les échantillons salivaires et les données informatiques.

Les échantillons salivaires ont été collectés dans des Salivettes non adsorbantes (IBL-Hamburg) et stockés à  $-20^{\circ}$  jusqu'à leur analyse. Après décongélation, les échantillons ont été centrifugés et le surnageant a été étudié au moyen de kits LIA (IBL-Hamburg) par un automate Alpha Prime (AES France).

Dans la pré-recherche des 23 patients « tout-venant » les patients qui acceptaient d'entrer dans la recherche ont donc eu à faire un prélèvement salivaire avant de venir, le matin à jeun et 30 minutes après le lever. Nous avons réuni les consignes à partir de la littérature sur le cortisol salivaire. Beaucoup d'échantillons étant manquants car les patients oubliaient assez souvent de faire leur analyse avant le petit-déjeuner, nous avons alors collecté les échantillons le lendemain ou jours suivants la séance. Nous n'avons pas tenu compte de ces modifications à court terme pour valoriser l'évolution à long terme.

Avec notre souplesse, un nombre assez élevé d'échantillons manque. La raison essentielle est que les patients avaient un temps de latence avant de se familiariser avec le protocole de la recherche et de se l'approprier.

Il est important de préciser ici que nous avons voulu garder nos patients dans leur « niche écologique » de patients normaux de cabinet d'ostéopathie. Cela signifiait qu'ils ne devaient jamais se sentir utilisés pour la recherche. Il n'a donc jamais été mis de pression sur eux pour obtenir ce qui n'était pas donné spontanément après explication personnelle et minutieuse du protocole et documents écrits lus et signés. Nous avons même dû à maintes occasions demander aux patients de ne pas se préoccuper de cette recherche.

Cela nous a paru indispensable parce que ces patients payent normalement leurs soins et nous avons cru cela judicieux car il a été démontré par de nombreuses études - dont celle notamment de Mason et al.<sup>32</sup> - que le cadre de la recherche est rapidement trop déterminant dans les résultats de ce type d'études :

---

<sup>32</sup> Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Lubin, H.Y., Johnson D., Bremner D., Charney D. & Southwick, S. (2002). Marked liability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosomatic Medicine*, 64, 238-246.

*Des études concernant les altérations du cortisol et de l'axe HHS dans les ESPT consécutifs à des combats ont fourni des résultats variables en termes de direction dans le changement hormonal. Des études précoces dans lesquelles les patients cherchaient des traitements en tant qu'individus dans un service de routine d'hôpital psychiatrique offrant un traitement de soutien, d'intervention de crise, incluant un soutien des défenses psychologiques et imposant un minimum de demandes externes, ont montré des taux de cortisol relativement bas alors que des études ultérieures dans lesquelles les groupes de patients souffrant d'ESPT étaient recrutés activement pour des protocoles de recherches biologiques intensifs ont montré des taux de cortisol relativement plus hauts.*

Le maintien de la « niche écologique » a également empêché d'inciter à éviter les médicaments de confort. A notre grande surprise, parce que nous ne nous en étions pas rendue compte avec autant d'acuité, les patients n'aiment pas souffrir, et lorsque les douleurs tardent à disparaître, une grande proportion parmi eux a recours à des médicaments, et pas seulement à des antalgiques plutôt anodins, mais aussi très facilement à des myorelaxants, voire à des corticoïdes... qui bien sûr faussent les résultats du traitement comme des analyses.

L'accueil d'une patientèle « tout venant » a rendu beaucoup de données inexploitable, par exemple parce que, justement à la deuxième séance, une grossesse était commencée ! Les cas de patients où il ne s'est rien passé qui puisse influencer les analyses fortement en dehors du traitement d'ostéopathie ont fini par être peu nombreux, ce qui nous a rendue de plus en plus circonspecte concernant un groupe contrôle.

Si notre protocole prévoyait au départ de ne proposer l'étude de l'évolution des taux de cortisol qu'à des patients qui auraient des ESPT, nous avons modifié notre projet en cours de route pour observer à l'aide d'une pré-recherche comment variait le cortisol au fur et à mesure des séances, s'il y avait des modifications. Notre surprise fut totale de voir que le cortisol pouvait être aussi très bas chez beaucoup de patients, et qu'il fluctuait facilement et irrégulièrement chez nos patients non ESPT.

Cette partie de l'étude nous a fourni des indications précieuses dont nous avons rendu compte dans le chapitre clinique. Nous aimerions rappeler ici, d'accord avec Henri Atlan, que si les taux de cortisol, de niveau d'impact traumatique et les scores de qualité de vie évoluent dans le même sens d'une amélioration, nous n'aurons aucunement démontré que l'ostéopathie a un effet de détraumatisation, nous aurons seulement montré que cette hypothèse n'est pas impossible. Elle restera une hypothèse, à part entière. Pourquoi tant de travail pour si peu de démonstration ?

- Parce que, même si nous ne prouvons rien, c'est utile malgré tout de faire ; cela donnera un faisceau d'indications qui sera repris dans d'autres faisceaux d'hypothèses.

#### 4. La recherche pragmatique

- Parce qu'ici il n'est pas question de vouloir démontrer l'action de l'ostéopathie mais seulement d'observer son action d'un certain point de vue.
- Parce que l'inférence causale étant toujours du côté de la clinique et non des statistiques, cela n'en est pas moins intéressant.
- Parce que des résultats inverses à une amélioration pourraient faire penser que cette hypothèse est fausse. Et c'est aussi important alors de comprendre pourquoi.
- Parce que nous sommes convaincue que c'est plutôt par des argumentations que l'on comprend mieux et par des approximations progressives que les erreurs les plus flagrantes dans les recherches finissent par être perçues et que s'ouvrent d'autres pistes, plus fécondes.

Voici trois exemples d'évolution du cortisol salivaire en fonction des troubles des patients. Nous retrouvons les patientes Linj (1) en violet, Tonia (2) en rouge et Vania (3) en jaune dont nous avons observé les histogrammes de SF-36. Ici la patiente 1 est en violet, la patiente 2 est en rouge et la patiente 3 en jaune.

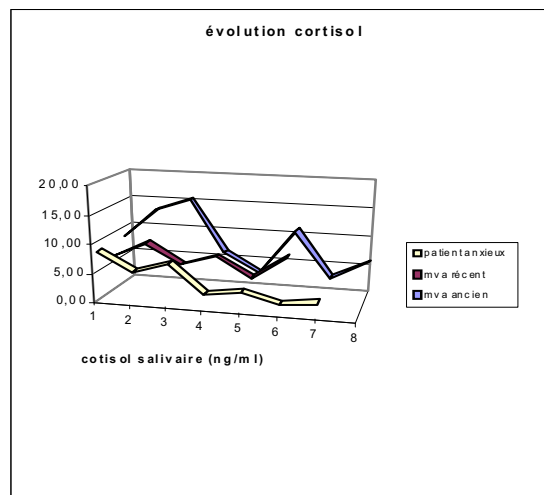


Figure VII – Evolution du cortisol des trois patientes Linj, Tonia, Vania

## 5. La recherche AIVIO (Aide Intensive aux Victimes par l'Ostéopathie)

### 5.1. La recherche des patients pour la recherche qualitative

La première idée de recrutement avait été tout d'abord un journal quotidien parisien. Deux appels de victimes pour trois passages d'annonce. Nous comprenions que personne ne pouvait appeler par manque de référence sérieuse. L'intitulé « recherche universitaire » n'avait pas créé d'effet de confiance. Puis nous avons voulu placer une

annonce dans un journal dédié aux victimes. L'annonce n'a pas été retenue par le journal pour être publiée en ligne.

Ensuite nous avons recueilli sur le net toutes les associations de victimes d'AVP en France et en Belgique. Nous avons contacté chacune par courrier introductif suivi d'un appel téléphonique ou seulement un écrit quand aucun téléphone n'était mentionné. Personne n'a répondu favorablement à notre requête de patients victimes.

Nous avons contacté une assurance automobile qui disait recruter des spécialistes psychologues des AVP. Aucune réponse. Nous avons recontacté cette même assurance par un contact direct en haut lieu. Aucune réponse.

Nous avons contacté de plusieurs façons des associations de la sécurité routière et le ministère de la sécurité routière par des contacts amicaux. Une association de sécurité routière particulièrement active nous a fait connaître une Maison de sécurité routière qui, si elle n'a obtenu aucune aide financière ni aucun patient, nous a considérablement aidée en hébergeant la recherche du point de vue fiscal. En effet cette recherche coûtait très cher. Nous y reviendrons.

Nous avons contacté des médecins de plusieurs hôpitaux français et étrangers intéressés par le problème de la douleur chronique ou des troubles anxieux. Ils nous ont aimablement répondu que la recherche ne rentrait pas dans leurs intérêts du moment.

Nous avons contacté des auteurs du livre de Thurin et Baumann qui nous ont très aimablement reçue et ont prodigué conseils et soutien moral dans cette voie sans pouvoir nous aider du point de vue recrutement.

Nous avons contacté un médecin spécialisé dans la prise en charge des troubles anxieux par des techniques corporelles. Il nous a conseillé gentiment d'arrêter de chercher, aucune institution n'accepterait de nous donner « ses échecs ».

Nous avons contacté un service spécialisé de prise en charge des victimes d'AVP où nous étions repérée comme psychologue compétente vers qui on adressait des soignants. La mention de l'ostéopathie a déclenché des réactions violentes de la part du médecin chef.

Nous avons contacté nos camarades de supervision qui travaillent dans des centres de psychotraumatologie mais ils ne pouvaient pas de nous adresser des victimes.

Nous avons contacté un service de rééducation spécialisé dans un centre lié à un hôpital universitaire français par un contact amical d'un ancien du personnel. Aucune réponse après l'expression d'un intérêt de principe.

#### *4. La recherche pragmatique*

Nous avons contacté un médecin favorable à l'ostéopathie qui travaille dans un centre de rééducation spécialisé. Il n'a pas répondu.

Et soudain, une institution accepte ! C'est l'hôpital Notre Dame - Reine Fabiola de Charleroi, en Belgique, une institution qui nous connaît car nous y avons déjà travaillé en tant que formatrice sur le thème de l'agressivité pour l'ensemble du personnel des urgences et sur le toucher thérapeutique pour d'autres soignants. C'était plusieurs années auparavant et nous n'avions guère d'espoir en les sollicitant. Mais, la réponse positive arrive, ça y est, la recherche va démarrer. Tous les membres de l'hôpital que nous avons rencontrés nous ont fait une confiance formidable et nous ont soutenue dans ce projet avec une constance sans faille et sans aucune contrepartie.

### **5.2. Les deux premiers protocoles**

#### **Le protocole en cross over de recherche quantitative**

Pour discriminer l'action de l'ostéopathie sur les troubles physiques et psychiques post-traumatiques, nous avons décidé de comparer l'évolution de l'état de santé du point de vue psychique et somatique de patients traités par ostéopathie puis par EMDR à l'évolution d'autres patients traités par EMDR puis par ostéopathie.

Deux événements ont empêché la mise en place de ce premier protocole :

5. Le médecin référent des urgences de l'hôpital de Charleroi a pris congé. Le remplaçant arrivera 4 mois plus tard.
6. Le centre de Psychotraumatologie, BIPE, dispensateur de formations EMDR et lien référent avec l'Institut Français d'EMDR, après avoir transmis notre proposition à ses membres intéressés par la recherche, n'a réussi à susciter aucune réponse favorable. Motif évoqué : manque de temps. C'est peu surprenant !

#### **Le protocole en ostéopathie versus liste d'attente**

Estimant préférable de vérifier la répétitivité des résultats par des praticiens multiples, considérant notre plus grande expérience en ostéopathie qu'en EMDR, notre priorité subjective orientée sur l'ostéopathie, au moins du fait de cette recherche et enfin le coût des analyses et trajets, nous avons dû renoncer à ce protocole longuement élaboré et qui nous paraissait pourtant si séduisant !

Puisque la solution du cross-over nous semblait la seule vraiment pertinente sur le plan de la rigueur scientifique, nous nous sommes demandée quel était le parcours des victimes actuelles au sein de l'hôpital afin de remplacer l'EMDR par la technique régulièrement employée, comme un traitement psychothérapeutique. Le médecin responsable nous a informé qu'il n'y avait pas de parcours typique : les patients trouvent des solutions externes, consultent leur médecin qui prescrit des médicaments contre les troubles anxieux et contre la douleur, et/ou reviennent trop souvent aux urgences sans qu'il y ait de solution adéquate à leur proposer. C'était d'ailleurs la motivation principale du premier médecin référent de l'hôpital pour avoir accepté de participer à cette recherche.

L'alternative qui est réellement proposée à l'ostéopathie est, de fait, les médicaments, nombreux et variés. Il devenait logique de faire une recherche ostéopathie versus médicaments. Mais demander à notre population contrôle (avec médicaments) de faire beaucoup d'examens (salivettes) et de questionnaires sans les rémunérer était illusoire. De plus demander aux patients pris en ostéopathie de ne plus prendre de médicaments n'était pas correctement éthique face au médecin prescripteur et, nous l'avons mentionné plus haut, pénalisant car le retrait des anxiolytiques est très anxiogène. Donc ostéopathie versus médicaments n'était pas faisable. Il était nécessaire de respecter les prescriptions, comptant sur le fait que lorsque les patients vont mieux, ils demandent d'eux-mêmes le retrait de leurs médicaments.

Considérant que pour motiver la population témoin à coopérer, le seul avantage dont nous puissions disposer est un traitement d'ostéopathie, nous avons conçu l'idée de simplement différer de 6 mois dans le temps la prise en charge du second groupe par rapport au premier. La modification essentielle induite par ce protocole est la disparition du cross-over. C'est une recherche ostéopathie versus ostéopathie. Néanmoins il est loisible d'observer ostéopathie/versus non ostéopathie grâce à un procédé de recherche régulièrement employé sous forme de « versus liste d'attente ». De fait, il serait très compliqué de prendre en charge 50 patients en même temps !

Les populations de départ devaient être toutes deux recrutées auprès des urgences de l'hôpital de Charleroi après un accident de la voie publique. Elles devaient être comparées grâce aux scores de SF 36 et PCLS. En ce sens que ce protocole était moins rigoureux que le précédent. Les populations de départ n'étaient pas comparables entre elles de par la variabilité de leur passé, de leur vie socio-affective et tous les critères que nous avons longuement explicité plus haut. Pour caricaturer, il est possible que tous les cas de la population 1 aient été moins lourds que ceux de la population 2 et que l'amélioration ne n'ait pas été le fait de l'ostéopathie mais du hasard de la distribution.

Cela restait néanmoins un protocole très intéressant dans la mesure où

1. il est très correct du point de vue éthique : habituellement personne n'est suivi par ostéopathie, sauf de son propre fait. Ajouter cette technique est un plus à ce qui est pratiqué habituellement ;
2. il est prospectif sur une durée d'une année,
3. le traitement est le même, pratiqué par les deux mêmes praticiens,
4. il prend en compte la répétitivité des résultats par l'intervention de deux praticiens,
5. la randomisation est assurée par le fait que les deux populations sont distribuées de façon aléatoire dans le groupe 1 ou 2,
6. les questionnaires employés sont suffisamment nombreux pour réduire considérablement les risques d'une mauvaise interprétation des résultats. En particulier les questionnaires de Holmes et Rahé, Beck et du PPAG donnent un bon aperçu de l'état de la personne avant l'accident. L'utilisation en fin de recherche du Holmes et Rahé permettra également de pondérer les résultats

#### 4. La recherche pragmatique

avec les événements socio-affectifs intervenus au décours de l'année de la recherche. Enfin le SF 36 est particulièrement pertinent pour donner un aperçu de la douleur en lien avec l'environnement global de la personne.

Le deuxième protocole n'a pas davantage été possible à mettre en place. Malgré la campagne d'affichage par voie de poster dans les salles d'urgence et les flyers<sup>33</sup> qui devaient être distribués aux patients victimes d'AVP avec leur dossier de soin, pas une seule victime n'a appelé. Nous avons plusieurs fois rappelé aux soignants des urgences de donner les flyers. En vain. Il faut aussi tenir compte du fait qu'il y a six mois d'attente entre l'accident et le recrutement dans la recherche. Cela enlevait toute efficacité aux messages des soignants quand il y en a eu.

#### **5.3. Le troisième protocole de recherche : ostéopathie/contrôle dans une recherche prospective randomisée entre deux thérapeutes**

Nous avons alors sollicité la permission de collecter dans les archives les noms et téléphones des victimes d'AVP et d'appeler chacun. Une journée de recherche archivistique nous fournissait environ une centaine de noms. Une autre journée à appeler les personnes débouchait sur une huitaine de rendez-vous à l'hôpital. Pourquoi si peu ? Beaucoup de numéros de téléphone avaient changé parce que c'était le plus souvent celui du GSM qui était répertorié, beaucoup d'étrangers ne parlaient pas français, beaucoup de personnes aussi, heureusement, ne se plaignaient d'aucune séquelle grave.

Dans l'ensemble, l'accueil était favorable, les personnes contactées étant plutôt agréablement surprises qu'on les sollicite pour un traitement gratuit. En revanche, nombreux étaient ceux qui ne voulaient plus entendre parler de ce maudit accident : trop de souffrance, trop de soins, de dérangements avec les visites, les assurances, les médecins experts. L'engagement par téléphone s'est montré très volatile. Nous appelions le week-end pour le mardi suivant. Sur les huit personnes attendues qui disaient être intéressées, seules quatre venaient. C'était incompréhensible pour nous. Tous ceux qui ne sont pas venus ne répondaient plus au téléphone ni au message de proposition d'un nouveau rendez-vous.

La plupart des personnes qui sont venues au premier rendez-vous qui avait pour but seul de faire connaissance et expliquer la recherche sont reparties en disant qu'elles étaient intéressées. Les conditions d'inclusion principales avaient déjà été validées au téléphone : douleur ou/et peur importante comme séquelle d'un AVP de plus six mois. Nous prenons un second rendez-vous au cours duquel le coffret des salivettes était donné et nous faisons ensemble la batterie de tests pré-expérimentation. Encore quelques-uns parmi ceux-ci ne sont pas revenus. Parmi ceux qui sont venus au deuxième rendez-vous, avec le papier d'engagement signé, et qui ont pris le matériel, quelques-uns encore ne sont pas revenus, ont rendu les salivettes vides à l'accueil (deux personnes ayant un problème d'alcoolisme), ou ne sont pas venus les reporter pleines.

---

<sup>33</sup> Voir ces documents dans le Tome 3 p.276



Dans les cas que nous avons pu comprendre il y a eu un jeune un peu déstabilisé sans travail ni relation affective, vivant seul et sans argent. Une personne sans travail, sortant de prison pour crime sexuel. Une personne est restée à l'étranger plusieurs mois et n'est pas venue au rendez-vous après son retour. Une personne a déclaré devoir entreprendre des travaux chez lui. Deux personnes sont venues prendre des renseignements à l'hôpital, le médiateur nous a appelée et la personne est repartie sans donner de suite. Une personne a préféré aller voir son kiné qui offrait la même heure de rendez-vous. Une personne n'a pas voulu venir car il pleuvait. Une personne a fait la moitié des analyses puis a choisi l'opération. Une personne a disparu du domicile familial. D'autres fois nous n'avons pas du tout connu la cause de leur disparition. Les salivettes, étrangement, n'ont jamais semblé dissuader d'éventuelles inclusions. Il nous semble que le matériel aux couleurs vives et les didacticiels attractifs aient joué un rôle favorable à cet égard.

Nous ne nous souvenons pas de toutes les histoires, mais il est devenu clair rapidement que constituer une cohorte « liste d'attente » était un rêve inaccessible, d'autant qu'il nous fallait aussi deux thérapeutes pour effacer l'effet « thérapeute-dépendant ». Nous avons décidé de traiter tous les patients qui acceptaient de s'inclure dans la recherche.

En fonction du nombre de paramètres d'observation, un nombre de 15 patients dans le groupe traité et le groupe témoin aurait été suffisant. Afin de palier la constante occurrence des perdus de vue de toute recherche et la grande compliance nécessaire pour les dosages salivaires, nous estimions qu'une cohorte de 25 patients au départ devrait permettre l'obtention de 15 patients traités avec les mesures biologiques à disposition. L'entrée dans la recherche était soumise à la compliance à cette requête d'avoir fourni un minimum de 50 salivettes sur les 56 normalement nécessaires pendant le premier mois du traitement et de s'engager à fournir les 56 autres à la fin du traitement.

Il était, méthodologiquement parlant, plus exact de ne commencer le traitement qu'après l'obtention des salivettes. Notre pratique nous donnait à penser que l'alliance thérapeutique nécessaire pour exécuter cette contrainte quotidienne ne saurait être effective qu'après mise en relation du thérapeute et du patient au début du traitement. Pourtant nous avons réussi à obtenir que le traitement ne commence qu'après les salivettes, sauf pour un patient dont le questionnaire dépressif avait un score élevé et qui avouait des intentions suicidaires. Sur les cinquante patients espérés du départ, nous parions sur quarante patients qui entraient dans la recherche avec des dosages 2 fois par jour pendant un mois (avant l'ostéopathie), et trente qui terminaient les dosages 2 fois par jour pendant un mois (après traitement par ostéopathie). Ceci aurait donné un maximum de 4 800 et un minimum de 3 000 mesures de cortisol. Finalement nous avons effectué 2850 prélèvements.

### 5.3.1. Les critères d'inclusion

#### 1/ L'origine traumatique identique, des niveaux comparables d'impact traumatique

Les sujets inclus dans l'étude sont des victimes d'accidents de la route (MVA) pour lesquels l'impact psychique traumatique a été sévère (PCLS > 44)<sup>34</sup>, et l'accident d'occurrence fortuite.

#### 2/ Recherche à partir d'un stade de disparition habituelle du stress traumatique aigu :

Le pourcentage d'ESPT parmi les victimes d'AVP est particulièrement stable après une durée de 6 mois post-traumatique.

L'inclusion se confirmait si la victime le désirait et si le PCLS était supérieur à 44 et/ou si elle présentait des douleurs d'origine inexpliquée. Un délai de 15 jours était laissé ainsi qu'un contrat écrit résumant toutes les conditions, contrat à signer avec une autorisation d'utilisation des données par informatique pour une thèse universitaire.<sup>35</sup>

Ne pouvaient faire partie de la recherche les personnes de moins de 18 ans, les personnes sous corticothérapie avant l'accident et enfin les personnes dont la consommation d'alcool dépasse régulièrement la norme, soit quotidiennement 2 verres pour les femmes ou 3 pour les hommes. Les prescriptions médicales ont été soigneusement rapportées, notamment les psychotropes, les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens, les myorelaxants, tous les antalgiques, dont les opiacés et les morphiniques.

### 5.3.2. Les praticiens

Un travail avec deux praticiens ostéopathes permettait de donner une information supplémentaire sur la reproductibilité des résultats. Ceci était plus particulièrement intéressant pour le cas de l'ostéopathie dans notre recherche car il aurait été possible de suspecter que le mieux des patients ayant eu recours à l'ostéopathie était dû à notre double formation et non à l'ostéopathie uniquement. Par ailleurs, l'OMS recommande fortement deux tradipraticiens pour l'évaluation des soins par des soins de médecine non conventionnelle où on peut supposer que le rapport interpersonnel est important. Les deux praticiens avaient une école d'origine commune et une longue durée de pratique déjà à leur actif.

La randomisation entre les deux thérapeutes a été effectuée par une table de randomisation sur la première série de patients. Le thérapeute déclaré A ou B a été tiré au sort par un commissaire de la république qui a bien voulu vérifier que le traitement avait bien été effectué par les praticiens désignés par la randomisation. Une seconde randomisation étant nécessaire ultérieurement, elle a été communiquée directement par un collègue ostéopathe diplômé en statistiques au même commissaire de la république.

---

<sup>34</sup> Yao, S.N., Cottraux, J., Note, I., De Mey-Guillard, C., Mollard, E., Ventureyra, V. (2003). Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*, 29, 232-238.

<sup>35</sup> Voir les documents dans le CD ROM.

Le second thérapeute a souhaité arrêter la recherche après 10 voyages. Nous ne pouvions pas le payer à ce moment de la recherche. Les voyages Paris-Charleroi étaient fréquents, les horaires et la durée des transports éprouvants, les absences désespérantes. Trois de ses patients n'avaient pas terminé leur traitement. Il a été remplacé par l'ostéopathe de l'hôpital qui nous a vraiment rendu un grand service. Nous avons vérifié la comparabilité de nos pratiques dans les deux cas. Son investissement auprès des patients a été très précieux.

### **Les cohortes**

Une de ces trois patientes a accepté de continuer mais ne souhaitait pas un second thérapeute inconnu. Nous avons repris son traitement personnellement. Il est clair que nous ne pouvions prévoir ni l'arrêt de certains patients, ni l'arrêt de notre collègue, ni le refus d'adopter un autre thérapeute pour la patiente concernée. Pourtant, sans l'avoir décidé avec une telle rigueur puisque la table de randomisation ne coupait pas les patients en deux, les 11 patients ont été très également répartis entre deux groupes : thérapeute A : 5, 5 patients ; thérapeute B + C : 5,5 patients.

N'arrivant pas à constituer un groupe témoin non traité en ostéopathie, nous sommes allée expliquer notre recherche à toutes les classes d'un collège d'ostéopathie qui enseigne à des kinésithérapeutes, collège situé également à Charleroi. Cela a donné deux patientes, dont une avec un faux-numéro. Une deuxième patiente témoin est une patiente recrutée pour la recherche à l'hôpital qui a décliné tous ses rendez-vous sauf un. Une troisième patiente témoin a été traitée en EMDR et nous avons financé son traitement ; elle n'a pas été traitée en ostéopathie. Nous souhaitons trouver ce groupe témoin dans la même région que l'hôpital où la recherche est accueillie pour des raisons de cohérence du milieu socio-économique.

Après avoir abandonné tout espoir de constituer une population témoin à Charleroi, nous avons tenté de créer un second site de recherche à Paris. Une information dans notre collège d'enseignement n'a pas donné aucune victime potentielle en plus d'une année et demie.

Enfin nous avons un deuxième groupe témoin de personnes qui n'ont pas eu d'AVP et qui n'ont pas reçu de traitement en ostéopathie. Il s'agit de quatre personnes jeunes et sans traumatisme majeur connu pour avoir un groupe de contrôle pour la variabilité naturelle du cortisol sans traumatisme grave et sans traitement. Finalement, nous avons appris qu'une de ces jeunes personnes a des crises d'angoisse et qu'une seconde a un membre de sa famille qui a déclaré un cancer entre la première et la deuxième série des salivettes. Ces mesures ne sont donc devenues intéressantes mais non significatives d'un état de bonne santé physique et psychique.

Cette recherche comprend donc : onze personnes victimes d'AVP et traitées en ostéopathie.

Trois personnes AVP et non traitées en ostéopathie. L'une d'entre elle a été traitée en EMDR. Enfin quatre personnes non victimes n'ont pas été traitées. L'analyse des

#### 4. La recherche pragmatique

salivettes a été faite en double par le laboratoire de Bordeaux et par celui d'IBL pour l'une des personnes.

On dispose aussi des résultats des questionnaires pour cinq autres personnes de la recherche qualitative qui ont été victimes d'AVP et traitées par ostéopathie. Parfois néanmoins le traumatisme était beaucoup plus vieux et parfois plus récent.

#### 5.3.3. Durée

Pour des raisons de recherche d'efficacité sur un paramètre central, l'homéostasie, un nombre de 10 séances d'ostéopathie a été décidé, avec possibilité d'exception si elle était motivée. Cela nous apparaissait en effet un peu court au vu des difficultés auxquelles sont confrontées les victimes. Mais n'en savions pas encore tout, loin de là. Il fallait néanmoins rendre cette recherche faisable, ce qui était une gageure. Le rythme des séances était d'une tous les 15 jours pour offrir un travail assez consistant pour un patient anxieux. Cela permettait d'alterner l'un ou l'autre praticien dans le même cabinet et d'emmener chaque semaine les salivettes pour congélation. Le traitement complet comprenait en plus une séance inaugurale pour l'anamnèse et les explications nécessaires, puis une seconde pour les tests et enfin une séance destinée au bilan et aux tests en fin de recherche. Nous avons donc treize séances par patient, ce qui, au rythme de séance tous les quinze jours, était censé représenter une prise en charge de huit mois dont deux mois pour les salivettes.

Certaines prévisions ont été tenues, d'autres non. La majorité des patients a bien effectué dix séances de thérapie et trois entretiens. Les patients venant ou non à leur rendez-vous, cette recherche déjà longue, s'est encore allongée. De 8 mois on est souvent arrivés à 10 ou 12 mois en ajoutant les absences pour causes de vacances ou d'emploi du temps. Une seule patiente n'a pas réussi à terminer son traitement après l'avoir arrêté plusieurs mois pour soucis de santé familiaux.

Les patients qui ont été traités ont été conviés une dernière fois pour un « verre de l'amitié » au cours duquel nous leur avons remis individuellement leurs résultats aux courbes biologiques que nous avons enregistrés.

#### 5.3.4. Les outils d'observation

##### Quatre mesures renseignées à chaque séance et recueil des rêves

Quatre mesures utilisées pour évaluer du point de vue psychosomatique l'état initial de la victime et l'évolution à chaque séance du traitement :

1. la douleur (échelle visuelle analogique (EVA) et/ou algométrie de pression),
2. la qualité de vie du patient (Mos SF-36)<sup>36</sup>,
3. une échelle d'impact traumatique (PCLS).

Elles incluent des données relatives au corps, au psychisme et au retentissement dans la vie quotidienne. Elles sont très rapides à effectuer. Les patients n'ont pas

---

<sup>36</sup> Leplège, A., Ecosse, E., Pouchot, J., Coste, J., Perneger, Th. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36 manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Estem.

mentionné de rêves. Nous ne les avons pas demandés, notre professeur nous ayant amené à comprendre que c'était une contrainte trop forte pour les patients.

#### Deux questionnaires d'ESPT

Deux questionnaires spécifiques d'ESPT ont été renseignés en début et en fin de traitement pour évaluer l'étendue et la profondeur d'action du traitement :

4. la dissociation (DES)<sup>37</sup> et
5. l'alexithymie (BVAQ)<sup>38</sup>

Lors de la première rencontre, un temps d'anamnèse long, inhabituel pour le cadre ostéopathique était légitime face à la gravité du traumatisme pour bien connaître les difficultés du patient, lui donner le temps d'établir un début de confiance, prendre en compte l'aspect relationnel, global du point de vue psychique. En fin de traitement, ces questionnaires se justifiaient afin d'évaluer la profondeur d'action du travail sur des conséquences habituelles et rebelles du traumatisme

#### Trois questionnaires généraux

Trois questionnaires généraux destinés à mettre en évidence des difficultés antérieures ou/et indépendantes du traumatisme ont été renseignés au début, avec la consigne de répondre « comme si vous étiez avant le traumatisme ». Bien que nous sachions que cette consigne ne pouvait pas être remplie *stricto sensu*, cela donnait une indication de la part imputable au traumatisme dans le tableau clinique de départ. Ces trois questionnaires sont :

6. l'échelle de stress (Holmes et Rahé)<sup>39</sup>,
7. l'inventaire de dépression (Beck)<sup>40</sup>,
8. l'échelle de phobies, anxiété généralisée, attaque de panique (PPAG de Cottraux)<sup>41</sup>.

Ces trois mêmes questionnaires ont été renseignés en fin de traitement afin d'évaluer les états dépressifs, anxieux ou mixtes apparus au décours du traitement. Il est évident qu'une étude visant à montrer l'action de l'ostéopathie aurait pour critère d'exclusion des personnes présentant des résultats élevés aux trois derniers questionnaires mentionnés. Néanmoins, comme nous cherchons à discriminer aussi la limite d'action de l'ostéopathie pour passer à un travail psychothérapeutique, il était

---

<sup>37</sup> Bernstein Carlson, E.M., Putnam, F.W. (1993) An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, VI, N°1, 16-27. La dissociation est un des troubles majeurs de l'ESPT

<sup>38</sup> Questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst. Le questionnaire, présenté dans l'ouvrage de Martine Bouvard (Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris, Masson, 2002) a été utilisé avec l'aimable autorisation de B. Bermond (Amsterdam). Traduction : B. Rimé, B. Bermond et H. Vorst (1997). L'alexithymie est également un autre trouble spécifique de l'ESPT.

<sup>39</sup> Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *J Psychosom Re.*, 11, 213-218. Bien que cette échelle soit ancienne, elle est encore utilisée de nos jours et bénéficie d'une grande simplicité d'utilisation et d'un très long parcours de validation concernant les maladies psychosomatiques.

<sup>40</sup> Inventaire de dépression de Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961. Le BDI a été révisé en 1971 et a reçu un copyright en 1978 (Groth-Marnat, 1990). La fréquence de son utilisation en fait un outil de comparaison valide et bien adapté pour observer la dépression.

<sup>41</sup> Bouvard, M., Cottraux, J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson. Questionnaire plus récent, le PPAG est un outil très spécifique mis au point dans le service spécialisé de traitement de l'anxiété de J. Cottraux.

#### 4. La recherche pragmatique

intéressant d'observer si des résultats élevés (et lesquels) à ces outils psychométriques peuvent donner un indice du besoin de psychothérapie prenant en compte l'ensemble de la dynamique psychique de l'individu depuis sa petite enfance.

Tous les questionnaires ont été validés du point de vue de leurs qualités psychométriques. Leur étude est consignée dans les annexes. Un relevé de l'éventuelle apparition de désordres ou d'addictions médicamenteuse, toxique, alcoolique ou alimentaire complétait enfin ce bilan par l'entretien clinique explorant l'avis des participants à la recherche.

#### **Le cortisol salivaire**

Nous cherchions principalement à repérer des cortisols excessivement bas, pathognomoniques de l'irritation de l'axe HHS, mais les cortisols trop élevés étaient aussi pathologiques et donc intéressants à mettre en évidence. Toutes les données issues de la pré-recherche ont fournis les éléments nécessaires aux prises de décision du protocole final. La variabilité du cortisol salivaire d'une façon circadienne nous a conduite à choisir deux mesures :

- le taux du réveil qui témoigne de l'état du patient au réveil et donne une indication de la qualité du sommeil et des effectives mise au repos du locus ceruleus pendant le sommeil. Par ailleurs, c'est un des taux les plus bas du cycle circadien, intéressant pour obtenir une mesure basse du cortisol. Le taux zéro recueilli plusieurs fois auprès d'une patiente victime d'ESPT nous a dissuadé de recueillir le taux au coucher. Les repas, alcools et autres différences rendaient difficiles les comparaisons. Il est, en outre, généralement trop peu différent des mesures des patients non ESPT. Un prélèvement en fin d'après-midi aurait aussi été pertinent mais il était trop compliqué à mettre en place sur le lieu de travail.
- Le taux une demi-heure après le réveil qui donne une bonne indication du pic. Nos recherches personnelles, avec le processus utilisé pour la recherche, montrent qu'après ces 30 minutes, une augmentation est minime quand elle existe, elle est rare et on enregistre déjà des descentes aux échantillons de 45 minutes post-réveil. Ce taux est intéressant du point de vue de la mesure haute et aussi parce que le pic reste proportionnellement déprimé pour un patient victime d'ESPT.

La variabilité inter- et intra-individuelle naturelle du cortisol a nécessité un nombre de mesures drastiquement plus important que l'unique mesure par séance que nous avons adoptée comme protocole de départ pour la pré-recherche. Il nous est apparu nécessaire d'envisager un nombre maximum de mesures biquotidiennes pendant les 30 jours précédant le traitement et pendant les 30 jours post-traitement. Afin de faciliter le repérage des patients, nous avons fonctionné sur un chiffre de 28 mesures, soit 4 semaines entières. Une série de 28 mesures (sur 28 jours consécutifs) permet de reconstituer la plage complète de variation du cortisol salivaire de l'individu (moyennant l'hypothèse qu'aucune modification profonde de l'état de l'individu ne s'est produite pendant le mois). Ainsi, en comparant les distributions des taux de cortisol avant et après traitement, pour un même individu, on peut observer si le

traitement a entraîné des changements ou non du taux de cortisol, que ce soit dans ses valeurs moyennes mais aussi et surtout dans sa plage de variabilité. L'exemple ci-dessous montre deux distributions clairement différentes entre un patient souffrant de troubles anxieux (en rouge) et sans trouble anxieux (en bleu).

Nous n'avons pas étudié la variation des moyennes du cortisol de chaque patient mais la fréquence de distribution des taux autour de la norme qui sera beaucoup plus intéressante dans la mesure où la norme de chacun peut être légèrement décalée en plus ou en moins. De plus la variabilité des taux est bon signe, bien meilleur que le taux bas stable. Mais il indique un état instable qui pourrait être encore amélioré.

Concrètement, dans le groupe 1 et 2, les praticiens ont fourni le matériel et le mode d'emploi des salivettes pour les patients à partir du 6<sup>ème</sup> mois post-traumatique. Ces patients-ci devaient effectuer, pendant un mois pendant le début du traitement, deux prélèvements quotidiens, au réveil et 30 minutes après, à jeun, les conserver au réfrigérateur et les ramener à la séance suivante. Nous avons collecté ces salivettes, ramenées et conservées à Paris à - 20°. Puis les échantillons salivaires ont été analysés au laboratoire de Bordeaux.

Si les prélèvements salivaires n'étaient pas correctement effectués, le traitement d'ostéopathie était alors arrêté pour ce patient. De nouveau à la fin du traitement, le patient devait faire deux prélèvements de salive quotidiens pendant 30 jours. Le traitement a été interrompu pour un patient qui n'a pas fait les prélèvements malgré ce qu'il prétendait : il n'était pas au courant qu'il les avait terminés depuis trois jours et les taux étaient à zéro.

Le protocole reposait sur l'hypothèse qu'aucun changement majeur ne viendrait affecter l'état moyen de la victime pendant les 30 jours consécutifs de mesure du cortisol salivaire, ni pendant les huit mois de la recherche. C'était compter sans la vie mouvementée des habitants de Charleroi : nous avons compris beaucoup mieux ce qui rendait le recrutement difficile. La misère économique est si importante que le travail est vraiment incertain. D'une année à l'autre les postes ne sont pas reconduits. Les personnels des établissements d'hôtellerie et restauration sont employés sans contrat et au noir. Les bénévoles reçoivent des promesses d'embauche qui reculent d'une année sur l'autre. Dans la patientèle même, nous avons eu deux personnes qui ont perdu leur emploi pendant le temps de la recherche.

Les vendeurs et même les aide-gérants ne savent pas leurs horaires de travail d'une semaine sur l'autre. Les personnes qui assistent à des accidents, à des bagarres, voire un hold-up de banque ou même de supermarché sont très nombreuses. Nous nous rappelions le nombre d'admissions aux urgences pour coups et blessures, mais là ça dépassait l'entendement. Dans ces conditions la garde des enfants est précaire, utiliser un ticket de bus ou de tram déjà cher, le temps pour venir interminable. Nous avons eu d'autant mieux l'occasion de nous en rendre compte en allant plus d'une fois porter ou reprendre les salivettes des personnes qui ne pouvaient pas se

#### *4. La recherche pragmatique*

déplacer. Dans ces moments cruciaux, la voiture était indispensable pour sillonner les banlieues autour de Charleroi. Nous nous sommes abondamment perdue, retrouvée par guidage téléphonique ou même par des patients qui nous retrouvaient sur la route.

Ainsi, en mesurant durant 30 jours d'affilée le taux de cortisol à 2 moments précis (réveil et pic après ½ heure), on a reconstitué la variabilité naturelle – ou, dit autrement, la distribution naturelle – du taux de cortisol associée à l'état moyen de l'individu. Mais l'état moyen d'une personne de Charleroi ne veut pas souvent dire grand chose du point de vue de son stress. Il est extrêmement variable.

La mesure du taux de cortisol d'un même individu avant et après traitement (avec un espace de plusieurs mois entre les deux périodes de 30 jours) devrait néanmoins permettre de comparer si les distributions de cortisol de l'individu ont évolué. Mais cela reviendrait à dire que, finalement, les personnes sont adaptées à leur stress. Or ce n'est pas exact. Il s'agit plutôt d'un état de stress dépassé qui, s'il est réactivé, ne se guérit pas. Nous pensons aujourd'hui qu'une même recherche menée dans un contexte socioprofessionnel moins sinistré donnerait des résultats très différents.

La période de 30 jours représentait le compromis entre l'hypothèse de stabilité de l'état de l'individu pendant la période de mesure (donc l'exigence d'une période la plus courte possible) et la nécessité de disposer d'un nombre de points suffisant pour décrire de manière satisfaisante la loi de distribution du taux de cortisol salivaire de l'individu. Cette loi a été en effet reconstituée par interpolation avec les 30 points de mesure disponibles.

Le fait de prendre la mesure en deux moments distincts permet de disposer de 2 lois de distribution distinctes et 1) de donner des résultats plus fiables, et 2) d'observer éventuellement des phénomènes différents. On peut en effet imaginer qu'une distribution (par exemple celle du pic de cortisol) soit affectée par le traitement alors que le taux du réveil ne le soit pas, et vice-versa.

Ensuite, l'agrégation éventuelle des taux de cortisol de plusieurs individus est possible par des méthodes de normalisation des distributions.

En somme cette technique consiste à faire comme si les périodes de 30 jours étaient des « points » uniques et isolés pour lesquels nous disposerons d'une information statistiquement fiable et complète.

La comparaison deux à deux de ces points pour chaque individu, puis pour chacun des deux groupes de 15 individus, sera possible et traitée statistiquement.



## 1. Résumé des résultats

Les bilans cliniques produits par nos patients dans cette étude confirment les hypothèses avancées selon lesquelles l'ostéopathie soulage les séquelles traumatiques physiques et psychiques :

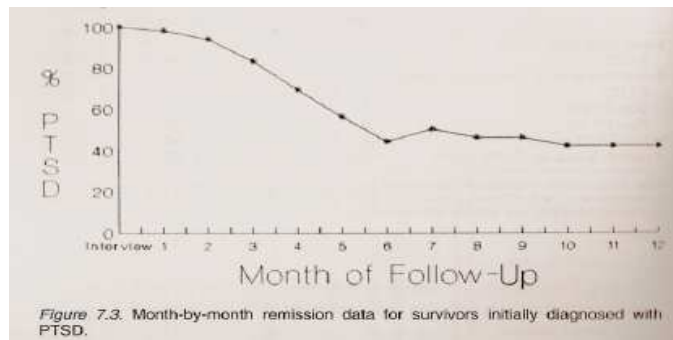
### 1.1. Dans la pré recherche :

#### Douleur

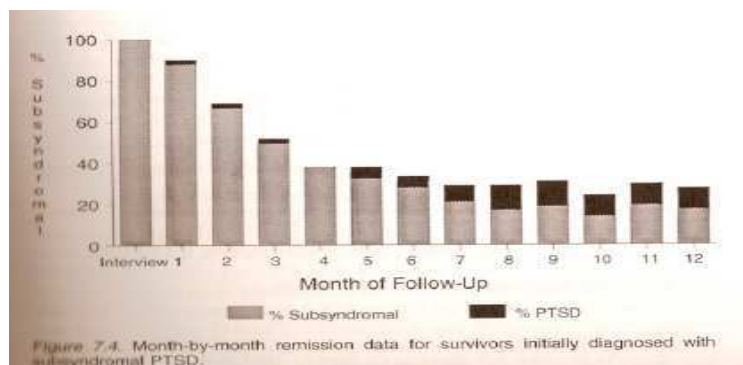
Le travail du corps par ostéopathie aide l'autoréparation du corps. C'est incontestable d'après les mesures mais nous n'en avons qu'un signe indirect, la douleur diminue ou cesse pendant que la fonction musculo-squelettique est améliorée, au long terme.

#### 1.1.1.2. troubles anxieux

Ce faisant, ce travail somatique contribue à réparer la part psychique du traumatisme spontanément. Les chiffres sont aussi parlants.



Tirée de l'ouvrage de Blanchard<sup>1</sup> la figure 7.3 montre l'évolution sur 12 mois de 48 survivants d'AVP ayant reçu le diagnostic d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). On observe qu'après six mois, les taux de rémission sont en plateau, avec une fraction de l'échantillon qui remplit encore les critères d'ESPT allant de 41,7% (pour les mois 10, 11 et 12) à 50% pour le 7<sup>ème</sup> mois.



<sup>1</sup> Blanchard, E.B. et Hickling, E.J. (2003) After the Crash. American Psychological Association, Washington, DC. p. 146 et 147.

## 5. Conclusion

La figure 7.4 montre l'évolution sur 12 mois de 42 survivants d'AVP ayant reçu le diagnostic de sub-syndrome de PTSD. On observe après six mois le même enkystement du sub-syndrome d' ESPT, avec en outre une augmentation progressive et significative des pleins critères d' ESPT.

Le fort taux de rémission jusqu'aux six premiers mois combiné à des données montrant l'effet bénéfique discutable d'un traitement précoce a conduit ces auteurs à concentrer leurs efforts sur des personnes qui restaient stressées six mois ou plus après un AVP.

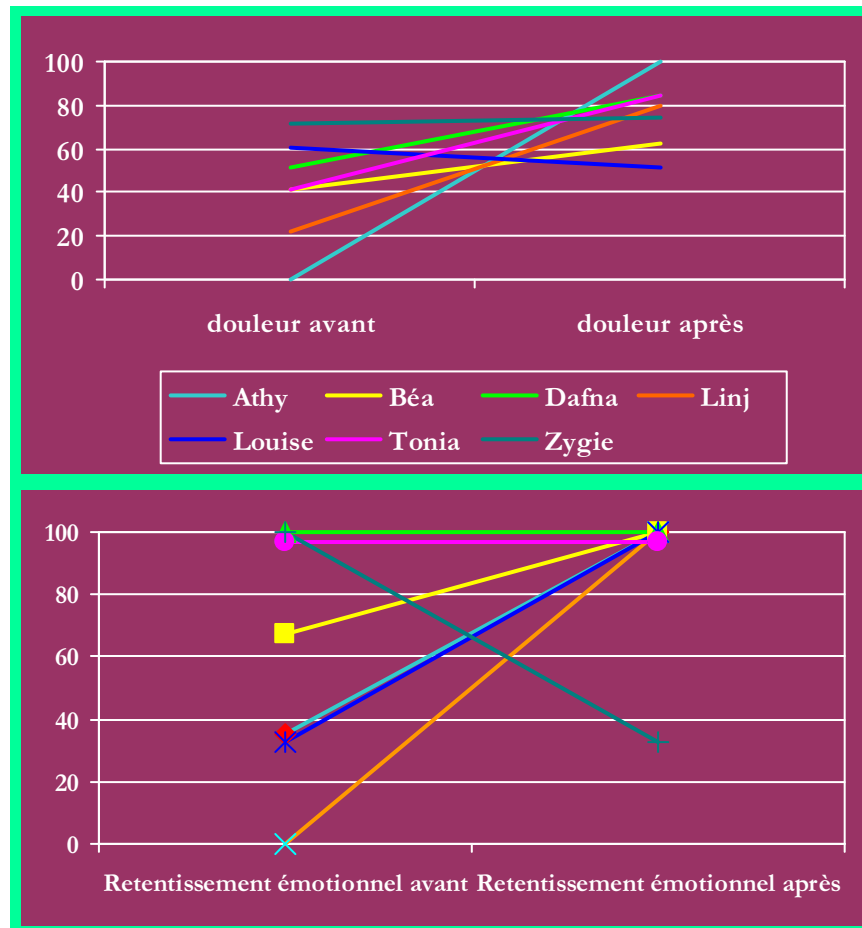


Figure 7.5 Evolution du critère Douleur corporelle (BP) du Mos SF-36 de la première et de la dernière séance du traitement d'ostéopathie pour les 7 patients victimes d'AVP inclus dans la pré-recherche. Le score 0 correspond à la douleur maximale et 100 à l'absence totale de douleur.

|               | Nombre de séances<br>(1/3 semaines) + autres traitements       | Ancienneté du<br>traumatisme |
|---------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Athy</b>   | 8<br>AINS puis cortisone + morphine pendant environ 3 semaines | 10 jours                     |
| <b>Béa</b>    | 2                                                              | 6 mois                       |
| <b>Dafna</b>  | 5                                                              | 20 ans                       |
| <b>Linj</b>   | 34<br>aspirine                                                 | 20 ans                       |
| <b>Louise</b> | 9                                                              | 5 ans                        |
| <b>Tonia</b>  | 5                                                              | 15 jours                     |
| <b>Zygie</b>  | 7                                                              | 14 ans                       |

Figure 7.6 Table récapitulative du traitement des 7 patients victimes d'AVP de la pré-recherche.

***Les courbes et chiffres sont dans les soixante-quinze tableaux et courbes du Tome 3. Nous n'en donnons ici qu'un bref commentaire reprenant le plus étonnant et singulier...***

Relativement à la littérature, nos chiffres sont meilleurs concernant les troubles anxieux. De surcroît, nous observons une amélioration nette de la douleur. Sur les 23 patients de la pré-recherche, 7 ont été victimes d'AVP. Leur ancienneté était très variable, et leur gravité très hétérogène. Néanmoins la douleur cotée par le SF 36 est améliorée chez tous sauf Louise qui est douloureuse à cause d'une grossesse en cours. De même le retentissement émotionnel est très amélioré, sauf pour Zigie qui alors débute une grippe. Cette variabilité des mesures du SF - 36 nous a servi pour adopter des mesures plus prudentes pour la recherche. Nous avons comparé la moyenne des trois premières séances avec celle des trois dernières séances. Cela donne une idée juste de ce qui s'est passé dans le mois et demi du début de la recherche avec le mois et demi de fin de recherche. Même si cela n'est pas observable sur la courbe, nous savons que Linj a conservé l'évitement dans la conduite, elle ne peut toujours pas prendre une voie rapide. En revanche elle n'a plus de troubles anxieux spontanés. A contrario, l'observation a montré que la restauration de la sécurité intérieure et la renarcissisation n'ont pas été suffisants quand l'histoire est très douloureuse ou très

## 5. Conclusion

angoissante. Ayant continué le traitement de Pablo et Vania par intervalle, nous constatons qu'ils prennent encore des anxiolytiques cinq années après malgré une psychothérapie conjointe (l'un en psychothérapie face à face, l'autre en psychanalyse). Nous avons discuté avec Pablo et Vania de l'intérêt du travail ostéopathique du point de vue psychique. Tous deux ont été affirmatifs quant à l'aide procurée. Bien qu'elle n'ait pas été suffisante, ramener le corps à un état beaucoup moins pénible momentanément, leur permettait de vivre mieux au quotidien et de se rappeler, parce qu'ils le vivaient pour un temps, que leurs troubles étaient curables.

### Les autres mesures psychométriques par questionnaires

Etant donné qu'il n'a pas été fait de questionnaires à la fin du traitement de la pré-recherche (il s'agissait d'un essai des questionnaires et d'une pondération des résultats), nous ne pouvons pas considérer l'évolution des patients du point de vue de la dépression, de l'impact traumatique, de l'anxiété généralisée, de l'alexithymie et de la dissociation. Ces mesures n'auraient pas été très pertinentes car le traitement a parfois été trop long pour éviter l'interférence des autres événements du quotidien.

## 1.2. Dans la recherche AIVIO

### Douleur : EVA et SF 36

Tous disent avoir été aidés du point de vue de la douleur sauf Madame TWI qui ne souffrait pas. Du point de vue du SF-36, neuf patients sur onze voient leur douleur diminuer pendant le traitement ostéopathique. Les deux patients non améliorés d'après le test sont

- Madame FRA, soulagée des cervicalgies mais non des lombalgies, a arrêté son traitement pendant quatre mois à cause du cancer du conjoint et n'a pas pu le terminer pendant le temps de la recherche.
- Madame SAH a souffert de l'effet iatrogène d'une chimiothérapie pendant les derniers questionnaires mais n'a plus mal à ce jour. Elle pense au contraire que son traitement ostéopathique l'a améliorée du point de vue de l'énergie qu'elle a retrouvée.

### Troubles anxieux : PCLS

Du point de vue du trouble anxieux, neuf patients sur onze pensent que le traitement ostéopathique les a aidés à surmonter leur stress post-traumatique. Les deux patients non améliorés d'après eux et selon les tests sont

- Madame TWI pense que c'est un traitement psychothérapeutique conjoint qui l'a aidée.
- Madame COS pense sa vie a été trop mouvementée avec de nombreux nouveaux traumatismes pendant la recherche : « je suis légèrement soulagée, mais c'était une mauvaise période ».

Un troisième patient, Monsieur DET, ne se prononce pas : il ne sait pas si c'est ce traitement qui l'a aidé bien qu'il ait cessé ses stratégies d'évitement en fin de traitement, soit plus d'une année après son accident et bien qu'il n'ait bénéficié d'aucune autre prise en charge conjointe.

Les données produites par les autres questionnaires psychométriques donnent d'autres résultats intéressants qu'il aurait été difficile d'argumenter autrement. Même si la taille trop restreinte des cohortes quantitatives est à déplorer, elle offre l'avantage de constituer une deuxième étude clinique où les patients sont encore vus avec une singularité entière qui permet de pondérer les mesures avec l'histoire de chacun.

Pour les patients de la recherche AIVIO, voir les tableaux et figures en Tome 3.

**Dépression : Beck 21.**

La dépression s'amende beaucoup pendant la recherche. Considérant que nous ne saurons jamais en si peu de temps la part à imputer à l'ostéopathie relativement à la vie personnelle, nous la considérons avec intérêt mais n'en tenons pas compte.

**Stress non traumatique : PPAG.**

Le stress non traumatique s'est aussi considérablement amélioré. Néanmoins, il nous semble que c'est un effet rebond de l'amélioration du stress traumatique, notamment du point de vue des crises d'angoisse. C'est très intéressant parce que cela relativise les divisions arbitrairement imposées par les questionnaires.

**Alexithymie : BVAQ.**

Nous n'avons guère remarqué d'alexithymie chez nos patients. Sans doute nos cohortes sont trop peu nombreuses. Quand elle existait de façon modérée, nos patients n'ont pas amélioré leurs scores. Cela nous semble tout à fait logique puisqu'ils n'ont eu à prendre la parole pour expliquer leur vécu avec des mots que peu souvent et de façon brève. Ils n'ont ainsi pas eu l'occasion de diminuer leur expression ; ce qui paraît plus étrange est qu'ils ne décrivent pas davantage d'amélioration du point de vue identification des émotions, analyse des émotions, vie fantasmatique, et surtout excitabilité neurovégétative. C'est inverse aux résultats du PCLS.

**Dissociation : DES**

Enfin, la grande surprise de la recherche est l'action de l'ostéopathie sur la dissociation. Nous l'ignorions totalement. C'est d'autant plus intéressant que le retour sur le point tridimensionnel sur le traumatisme est grandement facilité par cette dissociation. Mais comme elle appartenait déjà au traumatisme, induire la régression est déjà retourner dans le traumatisme. Cela nous conforte dans l'idée qu'il est bien nécessaire d'être très chaleureux pour donner confiance, et de prévenir les patients qu'ils auront peut-être envie de dormir, ce qui serait très favorable à leur thérapie. Ainsi, d'éventuels engourdissements sont analysés en toute confiance comme un effet normal du traitement. Nous y reviendrons plus loin.

**Résultats biologiques**

Ils sont plus difficiles à interpréter d'emblée car là justement la singularité de chacun suggère quelques raisons de divergences enregistrées par rapport à la littérature. Cette étude étant particulièrement consistante en nombre de mesures biologiques (1750 environ) relativement à d'autres protocoles de recherche, et les patients étant observés dans le détail, les renseignements offerts sont multiples. D'autres travaux

## 5. Conclusion

devront infirmer ou confirmer ces premiers résultats avec des cohortes plus nombreuses. Emettre des hypothèses à partir de cohortes si peu nombreuses n'a pas de sens à notre avis ; c'est un travail considérable qui a un risque très important d'être complètement faux. En revanche, nous croyons pouvoir dire avec confiance que le protocole serait à recommencer de la même façon. C'est d'un coût important, mais on aurait des données extrêmement fiables.

### **Les taux de cortisol**

Le premier effet du traitement ostéopathique a été assez souvent de baisser les taux de cortisol. Ce dernier étant produit en réponse à un stress biologique, et si c'est mécanique à une épine irritative, il est d'une certaine logique de penser qu'une baisse répondrait à l'élimination de l'irritation. C'est donc avec intérêt que nous avons noté ce même effet lorsque notre témoin Mache a eu les mêmes effets après extraction d'une dent de sagesse qui produisait une irritation douloureuse et anxiogène.

La sensibilisation de l'axe HHS ne semble pas devoir s'amender immédiatement, (ce qui paraît normal puisque c'est un phénomène central et par dépassement d'une adaptation) et par conséquent l'axe continue d'induire un feed-back négatif trop important qui serait responsable des taux encore plus bas.

Si cette action hypothétique est réelle, ne pas traiter une cause mécanique de dysfonction quand c'est sans danger, durable et plutôt facile ne paraît pas fondé. Il est en effet très logique qu'elle induise un état sub-inflammatoire qui participe au dépassement des phénomènes adaptatifs produits par le cortisol. Nous continuons à penser que le cortisol est utilisé de façon compétitive par l'inflammation et par le stress. Réduire les besoins d'en produire, psychiquement et physiquement, ne peut qu'aider à conserver l'homéostasie.

Nous devons attendre qu'une recherche reprenne ces données avec des cohortes plus grandes, obtenues auprès d'institutions spécialisées qui adresseraient leurs victimes d'AVP de plus de 6 mois, que deux praticiens ostéopathes et deux praticiens (par exemple EMDR ou une technique corporelle) traitent ces cohortes en cross-over pour avoir véritablement une indication de l'efficacité comparée de ces deux méthodes de traitement et de l'action potentielle sur les taux de cortisol. Ce que nous avons appris concernant les cellules du lieu, qui garderaient une cartographie intacte tout au long de notre vie des lieux rencontrés, nous incite à davantage de circonspection quant à la récupération totale de taux normaux de cortisol. La neurogénèse produit un argument favorable à l'hypothèse d'une permanence de ces taux bas afin de récupérer des capacités mnésiques.

### **2. La notion de preuve**

Les résultats cliniques confirment, de façon rigoureuse, que :

- certains au moins des processus propres au stress traumatique étudiés ici sont actifs dans la genèse des séquelles physiques et psychiques,
- certains au moins des processus repérés ici comme actifs dans l'ostéopathie détiennent une certaine efficacité.

### **2.1. Hypothèse non infirmée**

Du point de vue scientifique pur, on peut seulement affirmer que l'hypothèse selon laquelle l'ostéopathie pourrait soigner des traumatismes mécaniques et contribuer au retraitement des données traumatiques psychiques n'est pas fausse. Rien ne prouve que cela soit vrai. Et toute recherche statistique, certes utile, devrait se cantonner à cette affirmation d'une hypothèse qui n'est pas fausse comparée à d'autres hypothèses connues ou inconnues non testées et donc restant potentielles.

Ainsi, cela ne nous dispense pas de mener le débat incontournable sur l'inférence causale. S'il est avéré qu'il y a une efficacité, qu'est-ce qui la produit, vraiment ? Un seul facteur, une série de facteurs, des facteurs variés selon les lieux ou les sujets ?

### **2.2. Inférence causale**

Seule la réflexion confère l'inférence causale de certains procédés, et ceci mieux qu'une « preuve » établie sur trois cas qui se révèle défailante ou douteuse par ailleurs. C'est pourquoi nous avons voulu cheminer et observer les méthodes utilisées dans le vaste monde, l'évolution des concepts et les découvertes des neurosciences.

Ce cheminement dans le temps et dans l'espace au sujet des concepts et fonctions cérébrales qui animent les méthodes de soin du traumatisme nous a offert, par petites touches successives, un paysage panoramique pour une compréhension large du sujet. Il nous a conduit en même temps dans un approfondissement de la réflexion par les répétitions et nuances ajoutées qui interrogent sans cesse la notion de l'efficacité. Puisque tous ces outils fonctionnent, qu'est-ce qui, au fond, produit un effet ?

#### **2.2.1. Autoréparation par le corps**

En premier, l'autoréparation du corps qui est une donnée que chacun expérimente en son corps au moins inconsciemment, n'est pour autant pas évidente pour tous. Qui n'a pas écouté son corps vivre peut ne le percevoir que par la douleur et en concevoir un rapport où domine la méfiance, voire l'hostilité. Pour nous le corps en bonne santé n'est pas un corps muet. Il transmet mille signaux chaque jour et offre dans un rapport de bonne entente un confort métabolique qui est proche d'un plaisir alors nommé bien-être. Nous avons souhaité regarder l'autoréparation du corps au microscope pour nous rappeler qu'une vision holistique du corps n'est pas un avatar d'une pensée mystique. Nous croyons qu'un tel voyage au cœur du vivant nous saisit de l'évidence que l'autoréparation constante du corps en tant qu'unité intégrée dans un Umwelt est la loi même du corps. Non seulement notre corps se répare, mais il nous adapte à notre environnement.

S'il est avéré que l'ostéopathie est capable de débloquent ces capacités naturelles quand elles sont entravées, qu'elle aide à reconquérir l'homéostasie à partir de l'allostasie développée par le traumatisme, elle doit alors être considérée comme « un processus de soin écologique ». Le corps, en premier, se répare.

### 2.2.2. Autoréparation par le psychisme

Le psychisme, également, est capable de réparer le corps. Le placebo est un mécanisme d'autoréparation par effet de persuasion et de conditionnement. On ajoute une croyance à un trouble et le trouble est guéri, comme s'il suffisait de modifier notre rapport à une douleur, à sa mémoire, à la croyance en laquelle elle est grave. De nombreux ostéopathes, organicistes sans le savoir, s'écriront : que nenni, point dans le trouble mécanique avéré !

Waddell, qui nous exhorte à nous pencher sur le tissu mou au lieu des tissus nerveux et osseux pour trouver et traiter la cause des douleurs, trouble bien quelques certitudes mais n'apporte pas de preuves autres que son quotidien de chirurgien orthopédique. Or une clinique ne constitue pas une preuve scientifique.

Pourtant passer de l'os et du nerf au tissu mou est primordial car ce dernier est très dépendant du métabolisme général au sein duquel le psychisme joue un rôle considérable. Cette idée selon laquelle le psychisme serait fondamental se trouve aussi chez les chamanes, sorciers et autres tradipraticiens qui refusent de traiter les mécréants<sup>2</sup>, non qu'aucune foi spécifique ne soit nécessaire, mais parce qu'une croyance inverse empêche la guérison. A quoi résiste-t-on ? A quoi faudrait-il croire ? Voilà les deux questions essentielles qui occupent également les chercheurs s'intéressant à l'effet placebo.

#### Effet placebo

Les croyances concernant la guérison du corps divergent de façon vertigineuse selon le lieu et l'époque. Ici et aujourd'hui le placebo maximal est celui de la perfusion et de la chirurgie.<sup>3</sup> L'étude de Bruce Moseley et al. en 2002 montre que pour une population de 165 personnes souffrant d'ostéoarthrose du genou et opérées de façon randomisée et à leur insu soit d'un débridage, soit d'un lavage de l'articulation du genou, soit d'une simple incision de la peau sans introduction de l'arthroscope, les scores de douleur et de fonctionnalité des échelles spécifiques au genou ne montrent aucune différence significative entre les trois groupes dans un suivi sur deux ans comportant trois tests douleur, deux tests fonctionnels et un test objectif de marche et d'ascension d'escalier. L'article entier est produit dans les annexes.

Est-ce que cela veut dire que la chirurgie n'a d'autre action que le placebo. Certes non ! Mais se mettre dans l'état psychique d'être en train de se guérir a une influence indiscutable sur la douleur et sur la fonctionnalité quand elle dépend de la douleur. Ainsi en va-t-il pour l'ostéopathie. L'effet placebo y est incontournable bien qu'amoindri car la technique fonctionnelle déconcerte, n'est pas souvent relayée par

---

<sup>2</sup> Un mécréant est, étymologiquement, un personnage que l'on oppose à un croyant par ses idées ou attitudes.

<sup>3</sup> Bruce Moseley, M.D., Kimberly O'Malley, Ph.D., Nancy J. Petersen, Ph.D., Terri J. Menke, Ph.D., Baruch A. Brody, Ph.D., David H. Kuykendall, Ph.D., John C. Hollingsworth, Dr.P.H., Carol M. Ashton, M.D., M.P.H., and Nelda P. Wray, M.D., M.P.H. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine* 2002 Vol 347; 2 :p.81-88.



la confiance médicale et n'apporte ni explication facile ni preuve scientifique. Quand le patient est très favorablement convaincu et confiant, la douleur est rapidement soulagée mais les améliorations précoces sont rarement pérennes.

Tant qu'on ne pourra mesurer l'action immédiate du travail tissulaire de façon objective et puisque les premières améliorations peuvent être dues à l'effet placebo, le meilleur indicateur de l'efficacité de l'ostéopathie serait la consistance des guérisons dans le temps. Si un anti-inflammatoire fait disparaître une sciatalgie et que l'épisode de sciatalgie suivant intervient une année après, l'ostéopathie, pour convaincre qu'elle a des effets supérieurs, doit pouvoir supprimer des séquelles traumatiques inscrites dans le corps pour une durée plus longue ou produire d'autres effets bénéfiques.

#### **Durée et globalité de l'efficacité**

Comment les ostéopathes sont-ils convaincus de traiter les séquelles traumatiques ? Parce que leurs résultats dans ces cas sont les plus stables et parce qu'en outre cela améliore l'état de santé global des patients. C'est pourquoi le questionnaire MOS SF 36 est un outil très adapté à l'évaluation de l'ostéopathie. Quand l'ostéopathie soigne une douleur apparue lors d'un traumatisme mécanique, les récurrences sont significativement moins fréquentes, moins sévères, plus faciles à soigner ou inexistantes.

C'est le cas des traitements d'Athy, Béa, Dafna, Ingrid, Linj, Louise, Tonia et Zygje dans la pré-recherche, de Messieurs CAR, DET, de Mesdames DEK, FOND, NOD, SAH et de Mesdemoiselles DEB et SIM dans la recherche.

Leurs traitements ont eu des résultats plus durables que ceux :

- d'Ada, Jackie, Jade et Maelle qui souffraient de séquelles chirurgicales,
- d'Eve et Sissi qui avaient des problèmes d'emploi et qui ont arrêté trop vite,
- de Flore, Lucas, Pablo, Vania et Mesdames COS et FRA où la composante psychique était importante,
- de Marthe, Nora, Rosa et Maud où la composante traumatique mécanique manquait.

#### **2.2.3. Discrimination de l'origine traumatique et de l'effet thérapeutique**

Plus un trouble est ancien, plus le traitement est long, plus il est difficile d'isoler l'effet spécifique du traumatisme comme du traitement. Le patient est alors bien placé pour connaître le poids des événements dans sa vie. Cela est malheureusement inconstant car il faut encore que le patient veuille bien dire, et plus encore, se dire la gravité des choses. Mademoiselle GRANE et Mademoiselle LACE, qui font partie de la cohorte contrôle de témoins en bonne santé n'ont pas montré l'influence d'événements graves dans leurs questionnaires. Nous l'avons su par confiance chez l'une, par interview chez l'autre. C'était clairement visible dans leurs courbes biologiques. Nous ne mettons pas en doute leur honnêteté ; plutôt, elles ne pouvaient pas conscientiser la gravité des événements qu'elles traversaient.

#### **2.2.4. Gravité de l'atteinte et cumul des méthodes**

Il se peut donc qu'on ne voit pas l'efficacité d'une méthode car l'atteinte dont souffre le patient est plus grave ou son état général plus dégradé. Ainsi le succès d'un nouveau traitement après qu'une première méthode a échoué est convainquant. Lorsque les médicaments, la kinésithérapie et le repos ont échoué, si le traitement ostéopathique améliore durablement les symptômes, il devient probable qu'il débloque la situation mieux que le traitement précédent.

Mais il se peut encore que ce soit le cumul des méthodes qui soit déterminant : les anti-inflammatoires et la kinésithérapie peuvent avoir préparé, ou gêné l'action de l'ostéopathie. C'est pourquoi la meilleure façon de tester l'efficacité de l'ostéopathie nous semble la technique de cross-over : les deux techniques comparées sont utilisées un groupe dans l'ordre A puis B, l'autre groupe selon l'ordre B puis A. L'inconvénient majeur d'un tel protocole de recherche est d'être extrêmement coûteux en praticiens, temps/soignant, donc énergie, compétence et coût financier. Mais c'est la meilleure façon de respecter la complexité de l'être humain.

#### **2.2.5. Effet praticien et transfert**

Il reste enfin l'effet praticien qui influence notablement le résultat de la méthode. C'est pourquoi l'OMS recommande le recours au double praticien pour les recherches qui ne peuvent utiliser l'effet du double aveugle. Si le patient est en confiance l'effet placebo peut agir. D'autres mécanismes psychiques existent : certains thérapeutes se montrent odieux avec leurs patients en les « engueulant » sévèrement. Ils provoquent ainsi un effet régressif très efficace pour abaisser des mécanismes de défense intellectuels car ils ramènent immédiatement leur patient à l'éventuel climat de la maltraitance infantile. C'est cependant inacceptable du point de vue éthique, sauf s'il est question de gagner du temps pour sauver une personne en danger de mort. Sinon, la régression provoque un attachement transférentiel craintif, certes susceptible de remettre le traumatisme infantile sur le devant de la scène psychique, mais il faudrait alors assurer l'évolution du transfert avec suffisamment de présence et de consistance pour ne pas plonger la personne régressée dans un désarroi encore plus grand. L'efficacité de l'ostéopathie est donc en partie due à l'effet placebo, en partie due à l'effet praticien et au transfert, que nous avons longuement décrit comme amour désérotisé.

#### **2.2.6. Ouverture d'esprit et perception sensorielle**

Les ostéopathes sont assurés de l'efficacité de l'ostéopathie par un travail biomécanique parce que c'est leur quotidien sensoriel : ils sentent que les tensions traumatiques relâchées ne reviennent pas, à la différence des tensions pour lesquelles la composante psychique est active. Comment fait-il la différence ? Parce que les tissus alors ne lâchent pas ou parce qu'ils retrouvent leurs tensions.

Comment faire partager notre conviction persistante d'élimination d'énergie traumatique qui déformait les tissus corporels ? Il suffirait que quiconque qui doute

sente dans ses mains le retour de la respiration tissulaire après la perte de la déformation traumatique. Mais il ne peut le sentir s'il ne laisse pas au moins l'hypothèse ouverte dans son entendement.

Cela nous rappelle une fable indienne. Une grenouille, reine de sa mare, en était très fière. Elle était la plus grande et la plus profonde de la région. Tous ses habitants y vivaient dans l'opulence et la paix. Se gonflant d'orgueil, elle en fit part à son ami cheval qui venait s'y désaltérer. Le cheval, qui avait déjà vu la mer, eut un malin plaisir à lui révéler qu'il y avait des mares bien plus grandes que la sienne et aussi plus profondes. La grenouille ne voulait pas le croire. Il lui proposa alors de l'amener sur son dos, car c'était très loin, afin qu'elle puisse voir une mare si grande et si profonde que lui-même ne pouvait la traverser. La grenouille lui répondit : « et pourquoi ferais-je tout ce voyage, puisque je ne te crois pas ? ».

#### 2.2.7. Les témoignages

Puisque faire passer dans d'autres mains nos sensations quotidiennes est impossible, on peut écouter le discours des patients pour, sinon prouver, emporter notre intime conviction. Nous l'avons fait, à chaque séance. Quand c'était une expérience sensorielle forte, et que le patient comparait cela à un travail psychothérapeutique, nous avons demandé au patient de l'écrire. Voici un de ces témoignages récents :

« Je me souviens d'une séance où le travail ostéopathique avait été fait au niveau du crâne. La sensation physique était intense comme si le cerveau avait soudain beaucoup plus d'espace dans la boîte crânienne. La sensation au niveau du mental était comme « nettoyée de tous les problèmes », un vrai bol d'air pur... Comme si le mental reprenait la place que ce corps compressé empêchait de laisser prendre. C'est comme une énergie qui circule à nouveau entre le corps et le mental... Ce qui est plaisant en ostéopathie, c'est qu'il n'est pas nécessaire de parler (pas besoin de se justifier, d'expliquer...) pour que des choses se remettent en place. »

Ce type de témoignage ne nous semblant pas très convainquant, nous avons tenté l'interview pour refaire dire au patient ce qu'il avait déclaré spontanément. C'est l'interview de Monsieur H. qui est sans conteste très illustratif, mais qui dure longtemps pour atteindre les points cruciaux.

L'entretien compréhensif de Kaufmann a été alors choisi. Afin de laisser les patients plus libres de s'exprimer, nous avons demandé à un patient ami spécialisé dans l'écoute de bien vouloir recueillir les interviews. Il a pris le soin de laisser les patients dans leur cadre et a tenté de construire avec eux l'objet de la recherche en se laissant déporter par les aléas des associations des patients qui disaient finalement parfois le contraire de ce qu'ils avaient l'intention de dire. Par exemple, en souhaitant dire sa confiance, Madame L. évoque surtout sa position défensive du début, et en souhaitant dire l'effet psychique apaisant parle en fait du déséquilibre psychique introduit par l'ostéopathie. C'était encourageant.

## 5. Conclusion

Un premier recueil en groupe ayant produit des éléments plus riches par un effet d'association diversifié et diminution des défenses, nous avons tenté de reproduire l'entretien compréhensif en petit groupe, toujours en notre absence. Ces patients avaient acceptés d'être filmés. Le montage a produit le DVD joint à la thèse.

### Conclusion

On pourrait logiquement penser que l'efficacité d'une technique psychothérapeutique serait plus adaptée à un traumatisme psychique et l'ostéopathie à un traumatisme physique. C'est tout à fait pertinent et exact. Néanmoins, notre expérience et celle des auteurs montrent clairement que le psychologue a souvent besoin du corps pour traiter le psychisme traumatisé, et que l'ostéopathe a souvent besoin du psychisme pour traiter le corps traumatisé. Le traumatisme est la pathologie paradigmatique d'une intrication corps et psychisme, même s'il n'est pas indifférent de commencer à traiter l'un ou l'autre.

### 3. Les hypothèses : rappel et évolution

En quoi nos hypothèses ont-elles évolué depuis le début de la recherche ? Les hypothèses initiales étaient celles-ci :

Hypothèse 1 : La technique ostéopathique fonctionnelle exerce une action spécifique sur les traumatismes

Hypothèse 2 : Un procédé d'induction des processus psychiques spontanés raccourcit le temps de résistance à la technique ostéopathique fonctionnelle

Hypothèse 3 : La psychothérapie complète favorablement la technique ostéopathique fonctionnelle quand l'induction ne permet pas de lever la résistance

#### 3.1. Hypothèse 1 : thixotropie

Vérifier la première hypothèse nous a pris beaucoup de temps car il était d'abord nécessaire de prendre notre lecteur par la main pour l'inciter à bien vouloir emprunter avec nous le chemin de l'autoréparation avant d'avancer plus loin. Car comment imaginer que de si petites actions mécaniques, répétées à intervalle allant de quinze jours à un mois, puissent avoir un effet sans se souvenir de l'énorme travail d'autoréparation constante du corps ? L'ostéopathie fonctionnelle, si douce et délicate, ne pourrait avoir une efficacité quelconque si elle avait davantage à faire qu'ôter des verrous qui contraignent les métabolismes naturels habituels. Ainsi notre but personnel dans cette première hypothèse n'était pas de savoir si l'ostéopathie soignait le traumatisme corporel et la part psychique de celui-ci mais plutôt de le démontrer. Nous croyons que cela restera impossible tant que le laser de troisième harmonique manque et que seule l'expérience sensorielle (en tant que patient ou en tant que thérapeute) emporte la conviction à défaut de prouver. Pour nous, bien sûr, c'est notre quotidien de voir les pathologies d'origine mécanique se guérir bien plus facilement que d'autres troubles neurovégétatifs, séquelles postopératoires ou autres maladies psychosomatiques pour lesquelles l'implication du psychisme ou du système immunitaire est admise.

Nous avons d'abord cherché toutes les voies menant à une preuve, revues ci-dessus, et vaincue avons consenti à sensibiliser le lecteur en abordant le sujet par les voies les plus diverses possibles : les origines historiques du concept d'autoréparation en Amérique et les combats de Still à ce sujet (chapitre A), l'observation de l'autoréparation naturelle de toutes les structures du corps (chapitre B), puis l'observation de l'autoréparation naturelle des systèmes centraux neuro-endocrino-hormonal et de la douleur centrale (chapitre C).

Nous pouvions enfin arriver à ce qui rend possible cette autoréparation centrale par une action sur le système périphérique grâce à l'observation de l'interrelation système central/système périphérique beaucoup plus forte et continue qu'il n'y paraît (chapitre C encore). Enfin les découvertes scientifiques actuelles sur la ténacité viscoélastique explicitent comment l'action mécanique précise de l'ostéopathie fonctionnelle sollicite la thixotropie des tissus biologiques et rend plausible un effet puissant par des actions très finement ciblées (chapitre C toujours).

Ces rappels un peu détaillés rendent plausible que du point de vue biochimique et homéostatique du moins, en éliminant les distensions du corps, on le soulage d'une inflammation ou d'un état sub-inflammatoire. Ceci allège les efforts de compensation de l'organisme, tant du point de vue physique que psychique car toute douleur augmente les catécholamines et provoque un mal-être psychique insistant.

Nous disposons également des expériences évidentes, tant dans notre clinique que dans la littérature, de troubles somatiques qui cessent après une réminiscence du trauma. Ici, notre avantage était d'avoir le patient « sous la main », c'est-à-dire d'avoir la grande chance d'observer de plus près ce qui se passait concrètement du point de vue psychique à cet instant.

### **3.1.1. Les mécanismes psychiques spontanés de l'ostéopathie**

Nous croyons que les mécanismes spontanés participant à cet effet sont :

- Restauration de la confiance (mais on garde des secteurs privés) par une régression dans une position *a priori* passive et sans défense
- Restauration de la sécurité intérieure (jusqu'à une certaine mesure) par le toucher
- Mobilisation des positions défensives d'isolation par le toucher
- Renarcissisation (partiellement) et gain en pulsion de vie grâce au transfert de base ou érogénèse contenante
- Diminution de l'excitation neurovégétative
- Restauration du pare-excitation (partiellement)
- Mobilisation de l'histoire traumatique par le toucher des zones traumatisées (synapse de Hebb)
- Abaissement du niveau de conscience par la régression, la durée de la séance, l'attention calme du thérapeute et les sensations agréables qui produisent une attraction contenante

## 5. Conclusion

- Dissociation (légère) par lâcher prise au sein de ce dispositif pouvant aller jusqu'au sommeil
- Retour tridimensionnel sur le traumatisme grâce à la diminution de l'alarme et du mal-être
- Libération d'éléments refoulés par associations à partir des sensations proprioceptives traumatiques, désinhibition par la production d'endorphines, prise de distance par sensation d'Etre et unification du Moi (partielle)
- Transfert des données hippocampales à la mémoire sémantique par saturation sensorielle produisant les ondes Ponto-géniculo-Occipitales
- En retour production sémantique ou images ou rêve (sommeil ou éveillé)
- Réminiscence paisible de l'Etre pour la mort par présence de l'autre à soi et de soi au corps.

### 3.1.2. L'évolution de l'hypothèse 1.

C'est la réflexion soutenue autour de ce thème central de la thèse, autour de cette observation sans relâche qui a produit, à la façon d'un Do<sup>4</sup>, ce modèle de retour tridimensionnel sur le traumatisme et, en fin de thèse le point essentiel qu'au sein de ce « **retour tridimensionnel** », l'état de conscience induit par la thérapie permettrait d'avoir accès à l'affect véritable vécu pendant le traumatisme. Cet affect serait généralement caché derrière un autre affect, présenté comme étant « le » symptôme du patient, résistant à l'usure du temps comme aux traitements, et qui serait en fait un souvenir partiel, repris et enflé par l'imaginaire, tel un « **affect écran** » destiné à masquer la véritable souffrance tout en en disant quelque chose.

Nous avons cherché pourquoi le retour du refoulé semblait ici toujours résolutoire et nous croyons qu'il en est ainsi parce qu'il n'est pas produit volontairement en ostéopathie. Nous engageons les ostéopathes à ne pas provoquer la libération somato-émotionnelle de façon artificielle 'par des hyperventilations ou des appuis sévères sur des plexus nerveux parce qu'alors on provoque des abréactions sans catharsis ni perlaboration. En outre, de telles crises sont susceptibles de provoquer une phase de décompensation psychotique, dépressive ou anxieuse que l'ostéopathe ne saurait pas prendre en charge.

En revanche, si l'ostéopathe n'a pas été dans la volonté de guérir son patient à tout prix, il peut laisser les réactions neurovégétatives se dérouler sans crainte, elles témoignent d'une fin d'un travail psychique qui a été décidé et admis par le reste du Moi, cette fameuse tête de Janus. Notre expérience de ces phénomènes n'a jamais

---

<sup>4</sup> Un Do est une Voie suivie longtemps (une dizaine d'années au moins) qui est censée produire des effets de réalisation, dépassant amplement les efforts cumulés, à la façon d'un Tout qui serait davantage que les parties ajoutées. C'est ainsi qu'on trouve en Orient la tradition de l'Aïki-Do, du Judo, du Taï Kouen Do, le chemin du Jade (connaissance de la matière), du Haiku (poème court) ou de l'Ikebana (art de la composition florale). Le Do demande à qui veut l'emprunter un effort répété, une ascèse consentie sans connaissance du but à atteindre. Il est demandé de poser les actes (nécessaires) et s'en remettre à Isvara quant aux résultats qui toujours échappent à la volonté humaine.

démenti cela bien que nous ayons pris en charge des personnes très fortement traumatisées. Le principal travail intérieur de l'ostéopathe est de pouvoir contenir la peur de l'autre sans avoir peur lui-même ; il est nécessaire pour cela qu'il ait visité ses propres angoisses de mort, folie, souffrance, etc. Qu'il ait traversé l'angoisse de l'inconscient l'aidera sans aucun doute à savoir mieux accueillir son patient angoissé.

Nous avons aussi cherché pourquoi le destin de ce qui est soustrait à la conscience lors d'un traumatisme est tellement variable. Le refoulement rend son contenu opaque à la conscience, le clivage soustrait l'affect du quotidien et le déni rend l'affect inenvisageable. Ce sont les données des neurosciences qui nous ont sensibilisée au fait qu'au plus on est proche du refoulement et d'un effet d'irritation de l'amygdale, au plus l'angoisse est présente.

Puisque néanmoins le refoulement est difficile à saisir pour les neurosciences, nous le montrons par trois exemples simples et vécus. Quand un affect est refoulé, on n'en a pas conscience, ou pas à la mesure de son importance. Cependant on l'exprime dans sa vie quotidienne, davantage en période de crise, quand le Moi est fragilisé. L'angoisse est généralement présente.

1. Le refoulement

- Ex 1 : Je ne pouvais pas arrêter d'avoir peur quand mon enfant avait du retard car on ne m'avait jamais dit que mon frère allait mourir, que sa maladie était incurable ; je n'ai pas pu en prendre conscience seule. La mort de l'autre étant imprévisible, j'ai peur qu'il meure dès que je ne le vois plus. Angoisse.
- Ex 2 : je ne pouvais pas arrêter d'avoir peur en voiture car je n'avais jamais réalisé que je m'étais sentie abandonnée pendant la prise en charge immédiate après l'accident. Angoisse.
- Ex 3 : je ne me suis pas rappelée de mon cri avant que la voiture ne percute mon chien tant que je ne l'ai pas su hors danger. Me rappeler de mon cri a fait resurgir le bruit du choc, insupportable par culpabilité de carence de protection. Angoisse et scotome sensoriel.

- 2 Quand un affect est clivé, on sait qu'il existe, mais on n'y pense pas, on n'en tient pas compte. Parfois le corps produit un symptôme qui est tenu pour responsable de l'affect clivé (une douleur qui fait peur, rend triste, provoque de la colère). Mademoiselle SIM a une douleur qui la rend triste : elle ne le sait pas au début de sa prise en charge et le dit involontairement lors du bilan. Elle ne prend pas conscience de sa tristesse du décès de sa mère car elle est obnubilée par différentes culpabilités à propos de l'accident, culpabilités vraies ou imaginaires. En revanche un conflit intérieur l'immobilise : le décès de son père ; éprouver du chagrin à n'avoir jamais un père qui serait à la hauteur de son rôle a permis à une douleur qui rendait triste de partir.

## 5. Conclusion

- 3 Quand un affect est dénié, on ne peut pas s'avouer qu'on le ressent, mais le corps empêche ou gêne une fonction corporelle, la locomotion par exemple. Monsieur M. ne peut conscientiser sa peur concernant son opération de la prostate car il n'a visiblement pas « le droit » d'avoir peur dans son système de valeur personnel. Ne pouvant ressentir cette émotion lorsqu'il la vit, il raidit ses muscles lombaires ; il ne peut se départir de cette tension avant d'avoir retrouvé l'affect dénié. Encore qu'il ne prononcera jamais le mot « peur », il dira seulement que « là, ce n'était pas agréable ».

Dans tous les cas ces affects sont parfois producteurs de symptômes, du point de vue somatique ou parfois sub-cliniques, des tensions myofasciales, induisant des dysfonctions organiques ou non, telles celles que Reich avait nommées cuirasse caractérielle. Cela est aussi conforme à la vision Ferenczienne du traumatisme : ce dont on ne se souvient pas est pire encore que ce qui nous fait souffrir.

C'est pourquoi les processus d'évitement, malgré leur place centrale dans le maintien des symptômes, doivent être respectés jusqu'à restauration minimale du pare-excitation. C'est la protection de soi-même que le thérapeute doit encourager, au moins tant que des effets dissociatifs et des phénomènes intrusifs morcellent le Moi.

Les ostéopathes doivent savoir qu'une douleur peut ainsi représenter des affects de peur, chagrin ou colère refoulés, clivés ou déniés. Plus on est du côté du refoulement, plus les affects sont primaires et simples, à base d'amour, d'intérêt ou de rejet. Plus on s'approche du déni, plus la richesse sémantique et les complications surmoïques se mêlent à l'affaire. Alors les nuances sont essentielles à saisir car l'effet résolutoire tarde tant qu'il n'est pas conscientisé précisément l'interdit, la honte, le remord, l'humiliation, le sentiment d'horreur, la culpabilité, l'effroi, le dégoût, l'impuissance, etc.

Que les affects non conscients soient révélés par déduction logique (du côté du déni) ou par saisissement de la vérité (le voile qui se retire du côté du refoulé), ils sont toujours surprenants et évidents. C'est un des signes du retour de l'inconscient : on sait qu'on l'avait toujours su mais qu'on ne le savait pas.

Voilà pour les grands points et les fruits inattendus de la recherche concernant la première hypothèse.

### **3.2. Hypothèse 2**

La première question qui nous préoccupait réellement était de savoir si l'induction des mécanismes psychiques spontanés habituels pouvait aider à retraiter le traumatisme plus rapidement dans les cas où ils ne se produisaient pas spontanément. En bref, nous voulions savoir si un retour tridimensionnel sur le traumatisme, quand il est induit, aide les patients qui ne guérissent pas à guérir. La revue des différents modèles nous a montré que c'est bien l'action proposée par les



différentes approches thérapeutiques du traumatisme : arrêter l'évitement (chapitre D).

### 3.2.1. Confirmation du bénéfice de l'induction du retour tridimensionnel

Du point de vue clinique, nous avons eu l'occasion d'induire le traumatisme par l'un des trois axes : lieu, temps, profondeur du niveau de conscience. Cela est d'autant plus vrai que la cause est neurovégétative et que le patient ne la connaît pas. Nous avons cherché beaucoup avec certains patients et n'avons pas toujours trouvé de cause. Nous avons eu une confirmation intéressante du fait que les patients qui n'avaient pas connaissance du rôle de verrou de l'évitement le conservaient volontiers. Effet culturel de la superstition ou apprentissage génétiquement utile à la conservation de l'espèce humaine ? Nul ne sait pourquoi certains humains gardent l'évitement comme stratégie de survie, quitte à conserver des symptômes anxieux, lesquels scellent également des symptômes physiques de douleur et tension.

Nous nous demandions si le détour par une action sur la psyché était utile pour soigner le corps. En effet, le bilan de la pré-recherche montre bien que s'affranchir de l'évitement psychique ou des conduites d'évitement finit de soigner le stress traumatique lorsque le corps est déjà délivré de ses tensions mécaniques d'énergie cinétique acquise pendant le traumatisme (Linj, Monsieur DET, Madame SAH en sont des exemples très hautement significatifs).

Notre clinique de recherche nous permet aussi de confirmer aujourd'hui que la libération de la psyché du stress traumatique aide le corps à entreprendre une nouvelle série de réparations somatiques qui étaient jusque-là verrouillées par le psychisme : de nombreux patients ont commencé à perdre leur douleur lorsqu'ils ont pu se laisser aller au sommeil ou évoquer leur traumatisme avec l'affect réel éprouvé alors (Tonia, Béa, Madame FOND, Linj, Monsieur N, Madame S. en sont de solides exemples).

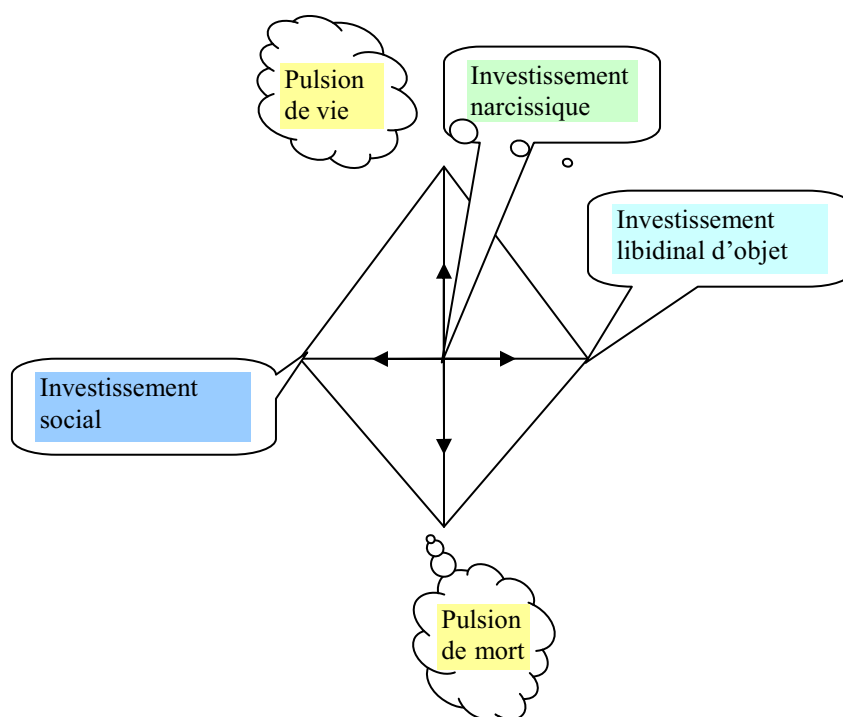
### 3.2.2. Les limites vitales et affectives au retour tridimensionnel

La clinique, encore, nous a aidée à comprendre le rôle primordial de l'Umwelt, du milieu auquel on est soumis pour des raisons affectives, économiques ou sociales. Nous avons dû nous rendre compte qu'il était impossible d'induire le traumatisme lorsque le patient est affolé par **des problèmes de survie**. Cela paraît logique, mais nous ne l'avions pas encore perçu, sans doute parce que la plupart des patients qui consultent ont les moyens financiers de le faire. Cela nous a fait modifier le schéma de Colette Chiland sur l'intrication des pulsions de vie et de mort avec l'investissement narcissique et objectal. Nous croyons désormais indispensable d'ajouter un troisième pôle d'investissement qui est le pôle social. La seconde façon dont nous avons vu l'environnement faire échouer l'ostéopathie, c'est lorsqu'il produit **une insécurité affective**. Pour illustrer les difficultés de traitement par les peurs affectives, nous avons les cas de Madame COS (mari incertain et mère ambivalente), Madame FRA (mari malade, père malade et conflit avec la fratrie au sujet du père malade) et Madame NOD (divorce difficile, séparation d'un conjoint et du fils et père difficile).

### 5. Conclusion

Nous avons aussi eu le sentiment que Madame DEK n'aurait pas pu se guérir de son stress traumatique sans la prise en charge de son fils en début de traitement. Monsieur CAR a pu s'en libérer malgré la situation dégradée du couple, au prix d'un transfert, faisant passer le conflit affectif familial au second plan.

Quand les manques de l'Umwelt, que ce soit en terme de besoin primaire ou de sécurité affective, étaient suffisamment forts pour gêner le traitement ostéopathique, les patients n'étaient pas assez disponibles, non qu'ils fussent indifférents à leurs douleurs et troubles anxieux mais ils étaient préoccupés. Six patients au moins nous ont confié, au décours de la recherche, qu'en comparaison avec leurs autres problèmes, l'accident était un faible générateur de stress (Madame COS, Madame DEB, Madame DEK, Madame FOND, Madame FRA et Madame NOD). Est-ce à dire que ces personnes auraient mieux bénéficié d'un accompagnement psychologique que d'un traitement ostéopathique ?



Ces patients avaient besoin d'aide économique, sociale, ou psychologique. Face au manque de structure sociale adéquate et à l'absence d'emploi ou de moyens pécuniaires, ils avaient besoin d'un accompagnement par un être humain à qui ils

pouvaient confier leurs problèmes quotidiens financiers, familiaux, conjugaux ou d'emploi pour se soulager et mieux réfléchir en s'écoulant parler ou par le biais des réflexions développées ensembles. Cela, ils l'ont trouvé chez les thérapeutes de la recherche, comme ils l'auraient trouvé chez tout autre ostéopathe qui investit ses patients et qui serait muni d'une bonne capacité d'écoute.

A certains moments au moins lorsque le traumatisme ne peut pas passer sur le devant de la scène, son retraitement est impossible et son induction mal venue. Ainsi la première limite de l'action psychique de l'ostéopathie sur les séquelles traumatiques est constituée par le manque de sécurité matérielle et affective. Cette limite est d'ailleurs relative car cela n'empêchait pas de continuer le traitement ostéopathique qui était plus utile pendant les périodes d'accalmie. De même, lorsqu'il n'aidait pas le stress post-traumatique, le corps se dénouait en partie, le calme généré par le retour sur le corps a fait dire à certains qu'ils y avaient trouvé une aide pour réfléchir, prendre de la distance, etc. L'ostéopathie les apaisait. Voilà de façon brève pour la seconde hypothèse.

### **3.3. Hypothèse 3**

C'est la plus intéressante et la plus complexe des trois hypothèses. C'est elle qui a le mieux progressé car nous avons dû ajouter de nombreuses limites qui éclairaient mieux les circonstances où l'ostéopathie ne suffit pas.

Finalement, nous n'avons priorisé le traitement psychologique par rapport au traitement d'ostéopathie que pour deux séances sur toute la recherche. La première séance a été celle où Madame COS venait d'être victime de violence conjugale, la seconde séance a été celle où nous avons repris le traitement de Madame DEB après Laurent qui n'avait fait que 3 séances en tout. La raison avancée était qu'ils n'avaient pas trouvé le moyen de communiquer pour prendre rendez-vous : chacun d'eux laissait son téléphone portable fermé.

Pourquoi n'avons-nous pas fait la séance d'ostéopathie ?

- Madame COS avait une intense envie de parler et de réfléchir sur la conduite à tenir. Elle a commencé à parler et nous l'avons laissé faire, pensant que ce qui se passait là était important. Elle était *en colère*, voulait trouver des stratégies de survie.
- Nous l'avons décidé en tant que psychologue pour Madame DEB car nous avions trouvé étrange son arrêt de traitement alors qu'elle jugeait ces séances agréables, disait « bien rigoler » avec Laurent et que les troubles anxieux graves post-traumatiques avaient correctement diminué. Elle nous avait rapidement confié au téléphone avoir des *crises d'angoisse* se manifestant principalement par des difficultés respiratoires et de déglutition. Elle n'avait pas motivé son arrêt ainsi mais nous étions suffisamment préoccupée par elle pour lui proposer une aide et vérifier si ce n'était pas une conséquence du traitement. Nous avons aussi pensé que ces manifestations pouvaient la dissuader

## 5. Conclusion

de poursuivre son traitement que nous souhaitons qu'elle continue pour la recherche.

Dans les deux cas, nous avons proposé la séance d'ostéopathie après la séance de psychothérapie grâce au temps disponible dont nous disposions. Madame DEB a accepté, Madame COS a refusé. On en comprend la logique, Madame COS n'avait pas envie de perdre sa colère. Nous avons donc deux pistes sérieuses d'affects où de l'ostéopathie était mal venue : **la colère et l'angoisse**. Avons-nous d'autres cas similaires ?

### 3.3.1. Echec par colère

Madame FOND a conservé son stress traumatique de l'accident de voiture en Espagne. Elle dit que le traitement est intervenu trop tard pour cet accident-là. Mais nous notons aussi sa colère contre le conducteur qui est venu se suicider contre leur voiture. En revanche, elle a pu retraiter l'accident pour lequel elle n'éprouve pas une colère infinie.

Dans la pré-recherche : Eve, Sissi et Maud ont arrêté leur traitement très rapidement. Chacune avait un problème grave avec leur employeur. Rosa avait un conflit aigu au sein de sa famille. Arrêt par colère qu'aucune de ces personnes n'avait envie d'apaiser.

Cette précision concernant l'envie d'apaisement est fondamentale car un ami psychiatre grec qui nous a adressé de très nombreux patients qu'il a continué à suivre au long cours pense, au contraire, que c'est une contribution très importante de l'ostéopathie. Selon lui, les patients tant névrosés que psychotiques traités par ostéopathie perdent pour un temps leur colère ainsi que leurs symptômes somatiques, ce qui leur permet de réfléchir mieux sur les causes affectives des symptômes. Cela est confirmé aussi par Madame DEK qui nous a confié être beaucoup moins colérique après quelques séances, ce qu'elle mettait en lien avec notre travail.

Un contre-exemple : Zigie a vu ses douleurs datant d'une chute de cheval disparaître malgré un licenciement. Un traumatisme corporel avait été l'origine du problème somatique, il était vieux, n'avait pas donné de stress psychologique et n'avait rien à voir avec l'employeur. Il nous semble surtout qu'elle avait d'autres priorités dans sa vie (FIVE) qui lui donnaient une certaine distance.

### 3.3.2. Echec par angoisse liée à une névrose infantile

Madame DAD a été la seule personne à avoir arrêté le traitement de la recherche quantitative. Elle n'est jamais venue aux rendez-vous sans jamais donner la vraie raison que le jour du bilan, chez elle, lorsqu'elle nous dit finalement que ce toucher léger qui semblait chercher sans rien trouver l'avait angoissée. Arrêt par angoisse.

Vania et Pablo avaient des angoisses dont l'origine était indéniablement dans leur névrose infantile (entièrement pour Vania et en partie pour Pablo). Ils n'ont été

soulagés que pour de courtes périodes par leur traitement d'ostéopathie tant de leurs symptômes somatiques que de leurs troubles anxieux et ils étaient convaincus qu'une prise en charge psychothérapeutique leur était nécessaire. Inefficacité pour traiter l'angoisse.

Nous notons que ces cas se produisent peu en cabinet :

- Les personnes préoccupées pour leur survie pécuniaire ne viennent pas facilement en cabinet privé.
- Les personnes en colère qui n'ont pas envie de s'apaiser n'ont pas envie d'être touchées. Il est bien probable que des séances « oubliées » le soient par cette cause.
- Les personnes souffrant de troubles anxieux non post-traumatiques ne consultent pas volontiers des praticiens inconnus et ne s'abandonnent pas volontiers à des régressions où l'inconscient risque d'affleurer.

Ces cas où l'ostéopathie est insuffisante ne sont cette fois pas imputables à l'Umwelt mais aux émotions concernées et aux possibilités psychiques propres aux patients. Cela a une certaine logique. Si l'angoisse et la colère sont des émotions difficilement soignées par l'ostéopathie, c'est aussi parce que l'angoisse et la colère sont des processus où l'inconscient est maître. On ne choisit pas d'être angoissé ou en colère, on le subit d'abord. Aller y voir de près, c'est s'exposer à des vécus dérangeants et irrationnels qui effraient très logiquement un grand nombre de personnes.

Affronter la fin de l'évitement, c'est entrer en contact avec les fantasmes, avec l'inconscient. Beaucoup parmi les artistes, les toxicomanes, les experts en techniques du corps ont déjà perdu cette peur et ils abordent plus facilement des expériences corporelles nouvelles. En revanche, pour qui est surpris par ces résurgences inconscientes étonnantes et si pénibles que sont les crises d'angoisse par exemple, il faut une démarche intérieure, peut-être même une énergie psychique pour affronter une thérapie nouvelle. Il faut s'y sentir prêt ; on connaît la véritable « démarche » à faire pour entreprendre une psychanalyse. Plusieurs patients s'étonnent du retard, voire de l'absence de consultation par des amis souffrants. En ostéopathie comme en psychothérapie, il y a un saut à faire, un pas à franchir, une ouverture à l'inconnu à accepter. Cela a constitué un fameux handicap dans la recherche quantitative car nous avons été « chercher » les patients, tous n'étaient pas prêts à se laisser aller dans des mains inconnues. C'est sans doute le cas de Madame TWI. On voit ici encore un échec possible de l'ostéopathie par résistance à la régression, par peur des forces pulsionnelles inconscientes. Les interprétations sauvages faites par certains ostéopathes, soi disant par lecture directe des tissus concernant des événements inconnus de l'enfance qui seraient à l'origine des troubles, ne font que renforcer cette peur de l'inconscient.

Nous regroupons les échecs par colère et par angoisse psychonévrotique sous la rubrique plus large de conflit intrapsychique que nous croyons devoir différencier du traumatisme.

### 3.3.3. L'aide aux personnalités narcissiques

Une difficulté rencontrée par les thérapeutes en général est le retentissement émotionnel. Dans le questionnaire de qualité de vie, cet item varie généralement du tout au tout : cela montre que pendant un temps, l'état psychologique pèse sur le quotidien lourdement, puis le fardeau soudain s'allège. Ainsi ce ne sont pas tant les incapacités physiques et psychiques qui posent problème que la place que cela prend dans la vie quotidienne.

Ce qui a été le plus étonnant, c'est l'amélioration du retentissement émotionnel **avant** l'amélioration de la douleur. Ceci confirme que l'interprétation que nous faisons de la situation participe amplement à la persévération de la douleur. Sans bonne assise narcissique, le retentissement émotionnel est majeur. C'est A.F. Allaz qui nous a fait comprendre cela. Nos observations l'ont confirmé : nous pensons à Mesdames COS, NOD, SAH, Linj et Athy par exemple. Voilà pourquoi l'ostéopathie fonctionne si bien dans certaines prises en charge de douleurs chroniques. Outre l'effet mécanique de l'énergie cinétique, un début de restauration narcissique allègerait certaines douleurs ayant un rôle de nouveau « repère identitaire ».

D'abord intriguée par cette position, nous avons fini par adopter la nomenclature du TAT qui propose d'observer les personnalités narcissiques au même titre que les personnalités hystériques et obsessionnelles. Les caractéristiques rassemblées dans la grille de décodage de la série C sont cohérentes avec l'histoire et les troubles psychiques de ces patients. En voici quelques éléments :

- Le toucher ostéopathique réveille chez ces patients des éléments historiques de la vie corporelle ou relationnelle inconscients parce que préverbaux ( par ex. rêve où l'on est un bébé dont la maman fait la toilette, borborygmes)
- L'ostéopathie, rappelant ces soins primaires infantiles par l'attitude régressive et passive, mobilise les liens de confiance à autrui et confère une tonalité affective aux séances.
- Le toucher rassure et redonne effectivement une certaine confiance en eux à des personnes que des blessures narcissiques entraînent vers des repères identitaires morbides.
- Le toucher produit un transfert de base ; cet amour désérotisé propre aux relations précoces duelles parent/enfant est très apprécié par une personnalité narcissique.
- Ce toucher désérotisé n'incite visiblement pas patients ou thérapeutes à un passage à l'acte plus que la psychothérapie. C'est vraiment la tendresse qui est cherchée.
- Une composante narcissique dans la personnalité adoucit de façon très profitable les excès des personnalités hystériques et obsessionnelles.
- Ces personnes profiteraient mieux des soins d'ostéopathie que celles qui ont des traits dominants obsessionnels ou hystériques.

Nous concluons à l'aide efficace de l'ostéopathie pour la prise en charge de la douleur chez ces personnalités, même lorsqu'elle a une forte composante psychique. Néanmoins lorsque les blessures précoces ont été majeures, une psychothérapie conjointe est nécessaire. Ces patients ont témoigné de l'importance d'une prise en charge corporelle qui place le thérapeute dans un rapport de connivence.

#### **3.3.4. L'aide aux états dissociatifs**

Les personnalités narcissiques se dissocient plus facilement et avec plus d'angoisse que les autres. C'est pourquoi ils sont fragiles aux toxiques. Or, dans la recherche AIVIO l'indice d'amélioration de la dissociation a été incroyablement élevé. Que le toucher permette de se ressaisir de la réalité, redevenir présent à soi et au monde, diminuer les évasions dans l'imaginaire et même les états de déréalisation ou dépersonnalisation est intuitivement perçu. Comment cela fonctionne-t-il ? La proprioception est la base, le socle de notre conscience du Moi. Les aliénistes n'avaient pas d'autre idée au fond en soumettant les insensés à l'eau froide.

Nous avons évoqué l'évitement et l'intérêt de le garder tant que le pare-excitation n'est pas restauré. Nous dirons la même chose pour la dissociation. Laissons-là comme symptôme, nous pouvons nous contenter de rassurer le patient sur son innocuité. Aussi angoissante que les crises de panique, la dissociation fait penser à la folie quand on la méconnaît. Or nous l'avons sans cesse croisée tantôt du côté des processus morbides tantôt du côté des processus salvateurs, allant même à confesser son occurrence et son utilité pendant le travail de retour tridimensionnel. Elle est une composante essentielle pour trouver l'affect refoulé car elle ajoute de la distance. L'autre élément indispensable est que le trauma soit sur le devant de la scène psychique. Trop de dissociation empêche la personne anxieuse de consulter en ostéopathie. Pourtant, par une action assez directe sur le cervelet, sur les tensions occipitales et sous-occipitales, par le drainage des sinus veineux, par l'action sur le plexus de Baxton, nous avons en ostéopathie une vraie possibilité de diminuer les états de flou, irréalité et barrage anxieux de la dissociation. A nouveau, l'expérience du praticien est déterminante pour accueillir ses patients dissociés et pouvoir les rassurer tout en travaillant sur la circulation sanguine cérébrale.

#### **3.3.5. Le refoulement de l'imaginaire**

Notre évolution concernant la dissociation nous a aidée à affiner notre réaction épidermique concernant le « refoulement de l'imaginaire ». Sur les bancs de la faculté, nous entendions dire que le malade psychosomatique, celui qui somatise sa souffrance psychique, parce qu'il ne peut l'enclorre d'un coup, celui-là « refoule » son imaginaire. Nous pensions, déjà et cela n'a pas changé, que tout le monde refoule et somatise quand la souffrance morale est trop violente. Pourquoi somatiser ? Pour garder trace de ce que le psychisme occulte en attendant d'y voir plus clair à propos des conséquences.

Pour avoir soigné tant de somatisations, nous réitérons que la somatisation n'entache nullement les capacités imaginaires ou symboliques, cela les focalise

## 5. Conclusion

momentanément parce que la douleur réduit le champ de conscience. Chaque structure, chaque personnalité réagit différemment avec sa douleur, sa peur, son angoisse et sa fascination mais toujours nous croyons voir une sorte de paralysie du préconscient. La victime ne peut envisager d'autres pistes de réflexion, synthétiser et prendre du recul en utilisant l'éventail du système sémantique. Les victimes sont prisonnières d'une boucle, prises dans une sorte d'engouement émotionnel, amplifié par l'imagination ou par le ressassement, qui recouvre la vraie souffrance profonde et inconsciente.

Nous avons vu plus haut combien la dissociation aidait à prendre de la distance et que c'était nécessaire afin de rentrer en contact avec l'affect refoulé, clivé, dénié.

Or, ce qui empêche de se ressaisir de l'élément occulté nous paraît être du côté du « **débordement de l'imaginaire** ». Les événements traumatiques sont saisis, amplifiés, reconstruits en histoire fantastique, incluant peut-être des éléments de vie fantasmatique. On omet, ce faisant de retrouver le vrai émoi.

Selon Monsieur Steichen, la différence entre le « refoulement » classique de la théorie psychosomatique et notre « débordement » n'est peut-être qu'affaire de langage. Ce qui nous ennuie dans la notion de « refoulement », est de mettre le trouble du côté de l'inconscient, ce qui octroie la possibilité au thérapeute de dire à un patient qu'il ne s'en rend pas compte mais que tout le monde le sait bien, sauf lui, ôtant du même coup toute possibilité de contestation.

Ce qui a été appelé refoulement de l'imaginaire serait en fait une défense contre l'excès d'imagination liée au traumatisme. Le sujet reste très lié au contexte, ou contraire s'enfuit dans une fabulation ailleurs, l'essentiel étant d'éviter la rencontre avec le traumatisme. Les scores d'« implication dans l'imagination et absorption » ont diminué au fur et à mesure que les patients allaient mieux (c'est particulièrement vrai pour Mademoiselle SIM).

### 3.3.6. Accident de la voie publique et Psychonévrose

Dans la psychonévrose, au contraire de la névrose actuelle, le sujet métaphorise bruyamment l'histoire traumatique. Il/elle imite involontairement la douleur rénale de la tante décédée d'un cancer du rein, il/elle tousse pour signifier qu'il/elle a détesté l'oncle et son cigare. S'ouvre le grand registre de la somatisation, tant du point de vue de la conversion hystérique que d'autres symptômes chez d'autres types de personnalité. Ecouter la métaphore fait alors sens tandis que c'est « idiot » (aussi selon Marty) quand une partie du corps est atteinte accidentellement.

Ainsi le corps serait capable de produire autant de la métaphore que de la métonymie. Mais il est très désagréable pour le patient que l'on prenne l'un pour l'autre.



Somatiser par métonymie, c'est profiter du contexte corporel traumatique pour figer une souffrance psychique. Chercher à décoder le symptôme corporel est comme chercher là où est la lumière et non là où on a perdu ses clés, car c'est un trouble par contigüité. Le genou est douloureux car on est tombé. Si on en profite pour exprimer une souffrance, c'est bien une somatisation, mais le lieu est là par accident fortuit.

Cela nous donne aujourd'hui un sentiment d'évidence, mais nous avons mis bien du temps à réaliser cela. Par ailleurs, on entend souvent interpréter des maux comme si leur origine était psychique et qu'ils étaient des codes à comprendre tandis qu'ils sont fixés là par contexte.

En revanche, il est aussi clair pour nous que lorsqu'on somatise par mise en scène d'un autre drame, ailleurs, que le corps métaphorise, comme le fait abondamment la psychonévrose, il est intéressant d'écouter à qui cela ressemble. C'est ce qu'on passe son temps à faire en psychothérapie.

Est-ce à dire qu'il n'y a pas de métonymie dans les productions de l'inconscient ? Oh oui, beaucoup. Mais on passe encore un cap, celui de la mise par l'utilisation du jeu de mot. Et c'est le travail d'interprétation qu'on fait légitimement cette fois en psychanalyse, grâce notamment à l'attention flottante : passer du signifié au signifiant. « L'intervention analytique gagne moins à s'acharner à dégager une traduction exacte des significations qu'à éperonner la circulation des signifiants selon les logiques de la signifiante inconsciente. »<sup>5</sup>

La psychanalyse produit une sorte d'hystérisation de la souffrance par utilisation multiple de métaphores. Elle offre un terrain d'expression si riche et vaste qu'elle finit par libérer la victime de ce qu'elle ne savait pas et dont elle prend conscience en l'entendant par sa propre bouche. L'ostéopathie, en revanche produit un effet de mise à distance et c'est le recul pris qui permet au voile recouvrant la vérité de la souffrance inconsciente de se soulever.

Si ces deux procédés aussi opposés fonctionnent, quelle conclusion en tirer ?

1/ Nous venons de voir qu'il serait utile de se distancier dans la névrose actuelle, de métaphoriser dans la névrose infantile. C'est déjà suivre ce que fait le corps.

2/ Revenons au début de la thèse, nous y trouvons un second argument. Nous avons introduit le débat avec la notion de fragilité apparente des adeptes de la relaxation, comme si leurs problèmes n'étaient pas résolus. Il y a effectivement un danger très fort à prendre de la distance, celui de cliver, clivage qui laisse les conflits intérieurs intacts. A l'inverse, selon Pontalis, certaines analyses peuvent ressembler à une histoire de fous tant on s'est éloigné de la réalité vécue. Ces deux techniques seraient **complémentaires**. Cela rappelle le texte sur l'efficacité symbolique où le chant chamanique introduit autant de procédés métonymiques que de procédés métaphoriques. Il alterne facilement parce que la rationalité de ses adeptes le

---

<sup>5</sup> Steichen, R. (1987) op. cit. p.191

### 5. Conclusion

supporte. C'est plus dur pour l'occidental de faire ce chemin, de retrouver les sentiers ténus de l'imaginaire.

3/L'ostéopathie, tout en produisant de la distance, **minimise le clivage** car elle sollicite le corps traumatisé, pétri de mémoire du trauma par la synapse de Hebb. Les sensations proposées par l'ostéopathie éveillent le trauma. La dissociation et la régression induites par les endorphines encouragent une rencontre paisible avec le trauma.

De quoi est fait le refoulement dans la névrose actuelle ?

Dans l'ESPT, il est question de destruction totale et imparable, de rencontre avec le Réel. Les souffrances sont très primaires : l'effroi face au danger, la terreur face à dieu, au mauvais œil, au destin, aux éléments naturels (ouragan, séisme) ou encore à l'abandon affectif, la mort, la néantisation, la folie, l'impuissance ou le dénuement total.

Ce qui a permis à nos patients ESPT de sortir de leur angoisse, ce sont des événements psychiques toujours surprenants : réaliser la réalité d'un amour incertain, réaliser que l'accident a eu une cause, réaliser que ce n'est pas son enfant qui est mort, réaliser la liberté qu'on possède, réaliser qu'on a le droit d'être prudent, de respecter et protéger soi-même, demander la même chose à autrui, réaliser qu'on n'est pas démuni ou impuissant en tant qu'adulte. Les liens inter-individuels semblent être le rempart nécessaire contre les éléments aveugles de la nature ou du destin.

4/ Ces terreurs recouvrent sans doute des peurs précoces **d'abandon par la communauté humaine** qui peuvent s'exprimer de façon simple et primaire : « on m'aime, on m'accepte, on s'intéresse à moi », ou son inverse « je gêne, je suscite du déplaisir, je dérange, je suis nul ». Le bébé exprime le besoin de se savoir approuvé d'exister par les autres.

Les angoisses vitales et les émotions précoces du bébé confronté à l'amour ou au rejet sont connues pour être conservées par l'amygdale de même que les apprentissages sensori-moteurs reflétant les premières adaptations réussies et les premiers signes d'approbation du milieu de vie.

Dès qu'un soignant est dans le véritable accueil, qu'il sait calmer les excès neurovégétatifs, et expliquer les symptômes inconnus, il permet à la victime affolée de retrouver « le prodige de son corps », c'est-à-dire son appartenance à la matière. C'est une réalité propre à calmer les peurs engendrées par les excès de l'imaginaire. Avoir recours au corps c'est, selon Schopenhauer, reprendre conscience de la nature naturante car notre corps y appartient. C'est ressentir combien le corps se répare sans cesse.

#### **4. Notre mythe personnel : Natura naturans et codification sémantique**

##### **L'amygdale d'un côté**

Globalement, l'amygdale, par le renforcement qu'elle imprime aux souvenirs, est comme un projecteur qui éclaire certains éléments pour qu'ils restent indélébiles. Elle renforce les synapses par effet de potentiation. Mais le projecteur n'est pas la conscience. C'est sans doute l'inconscient dans la première topique freudienne, ou une part inconsciente du Moi dans la seconde topique, ou enfin une conscience inconsciente du corps et de la psyché dans le vocabulaire non analytique.

En cas de danger imminent, l'amygdale active immédiatement le locus ceruleus du bulbe par ses nombreux liens aux noyaux thalamiques et bulbaires. La panique devient corporelle. Mais l'amygdale consolide aussi le souvenir des premières réussites (la mimique qui suscite la joie parentale) et la mémoire du corps : les procédures qui servent à la survie (se tenir debout, savoir nager, avaler sans respirer, etc.), et aussi celles qui sont ludiques, plaisantes et positives. C'est peut-être avoir accès à la partie de l'amygdale qui traite non pas les défaites mais les réussites dans la survie. On rejoint la thérapie par le jeu de Bessel van der Kolk, celle qu'on réserve généralement aux enfants. Pour les adultes, l'action devient nécessaire afin d'en finir avec l'évitement.

##### **Le cortex sémantique de l'autre**

Quand on travaille avec des patients qui souffrent d'une névrose infantile, nous croyons observer que leurs troubles métaphorisent des situations antérieures. Mimant les aphasies par perte de contiguïté, les personnes souffrant de névroses infantiles utilisent correctement les images, leurs nuances et le cortex sémantique est tout à fait opérationnel. Les codifications sémantiques, enseignées par les êtres qui nous ont appris à parler, qui ont apporté leurs règles impalpables qui constituent des cases et découpages incontournables de la réalité. Ces empreintes venues des générations antérieures autant que des groupes d'appartenance sont, elles aussi, inconscientes. Elles ont pourtant déterminé notre façon d'être au monde de façon profonde. Comme le rappelle Lacan, le désir de l'autre nous précède et nous modèle selon son attente.

Comme le rappelle Stickgold, nous savons par exemple ce qu'est un bébé, mais nous ignorons les contours précis du terme car nous avons oublié tous les exemples de bébés individuels qui ont participé à la définition personnelle que nous nous faisons d'un « bébé ». Bien que nous ne connaissions pas consciemment toutes ces caractéristiques d'un bébé, nous agissons avec tous les individus qui appartiennent à cette catégorie selon un ensemble de croyances qui agissent à notre insu.

Savoir faire avec ce côté-là de l'inconscient nous semble indispensable dans le travail sur la psychonévrose. Il s'agit pour le sujet de dévoiler à lui-même ce qu'il croit sans le savoir, ce qu'il fait sans s'en rendre compte, ses interdits jamais pensés ni acceptés, directement issus du surmoi parental. Ce sont ces aspects particuliers qui peuvent

## 5. Conclusion

générer un conflit intrapsychique car le Surmoi individuel relaye le surmoi parental et les interdits sociaux. Dans cet espace, l'être humain est typiquement pluriel.

### **L'hippocampe à mi chemin entre corps ou vert et du corps fermé**

#### Conclusion

La mémoire traumatique serait véritablement encodée dans l'amygdale. Sa conservation pourrait venir d'une effraction de certaines données dans l'hippocampe. Le conscient échappe à la fragmentation en reconstruisant des souvenirs plausibles même si inexacts. Des matériaux plus anciens sont empruntés, d'autres données sont condensées pour lisser les aspérités du film épisodique.

Le travail à effectuer peut se situer :

- au niveau de l'amygdale, en éliminant la menace de danger vital, passé et à venir, réel ou imaginaire, personnel ou concernant autrui,
- au niveau de l'hippocampe en réactivant les éléments clivés de la mémoire épisodique,
- au niveau du préconscient en balayant tout l'horizon, notamment l'après guérison,
- au niveau du lien entre amygdale et hippocampe : l'affect devra retrouver son lien à la bonne représentation par arrêt de condensation et déplacement, soit par retour du refoulé,
- au niveau du cortex préfrontal en poussant l'imagination ou la mémoire vers les représentations pénibles quant à soi qui déferaient le déni,
- au niveau de l'insulae, cortex homéostatique, en diminuant le mal-être intense par des sensations corporelles agréables et rassurantes.

Toutes ces dysfonctions sont une épine irritative qui déséquilibre une organisation savante qui s'est constituée tout au long de la vie, en commençant par la période 0-3 ans, quand l'hippocampe n'est pas mature.

C'est l'amygdale qui est la pièce maîtresse de ce jeu parce qu'elle est gardienne de cette partie de la mémoire dont on ne peut physiologiquement pas avoir conscience. C'est la mémoire de la période où s'élaborent les réflexes sensori-moteurs. Ces premiers éléments constitutifs de notre monde personnel se modifient sans cesse et sont réévalués au fur et à mesure des apprentissages ultérieurs. Néanmoins, ils déterminent aussi les premières distorsions perceptuelles des sensations et il est incontournable que la vision de notre Umwelt en dépend. La modifier est très difficile.

Nous croyons que, de façon moins caricaturale que nous le présentons, l'être humain est sans cesse tiré entre les codes de l'amygdale, ceux du sémantique et que la mémoire épisodique ressemble à une toile impressionniste qui rassemblerait ce qu'elle peut pour donner l'illusion d'un visage. L'hippocampe, support de cette mémoire épisodique, ressemble pour nous à un fascia, fait de substance qui s'étire pour rassembler des exigences opposées, celles de la matière, de la culture et de

l'appartenance à une communauté humaine. Irrité par des intrusions amygdaliennes, il survit en se rétractant, se régénérant quand le milieu est plus favorable.

Il nous est d'abord venu que l'hippocampe était la chair, au sens où l'esprit se fait chair parce que cela nous évoquait d'abord la nécessaire descente du sémantique dans la jungle émotionnelle du cerveau limbique. Cette idée a été relayée par cette autre façon de considérer le corps qui a été mise en lumière lors d'une exposition récente à Paris, au musée Branly : « qu'est-ce qu'un corps ? » .<sup>6</sup> Cette exposition a donné lieu à un ouvrage du même titre<sup>7</sup> dont le premier chapitre de Stéphane Breton reprend un dialogue (et la réflexion qu'elle suscite) entre un anthropologue missionnaire du début du XX<sup>ème</sup> siècle, Maurice Leenhardt et un Canaque, Boesoou. En effet, Leenhardt pense avoir apporté l'esprit (Dieu) en Nouvelle Calédonie, tandis que son interlocuteur, Boesoou lui fait comprendre qu'il ne lui a apporté, somme toute, que sa propre vision occidentale du corps.

L'article définit de façon progressive les caractéristiques du corps indigène canaque, et celles du corps indigène occidental, chacun étant indigène quelque part et capable de prendre la distance nécessaire à l'observation des relations au lieu de prendre les choses pour ce qu'elles paraissent. Breton remarque que Leenhardt a perdu cette distance par la foi qu'il veut transmettre tandis que Boesoou la trouve par le regard croisé qui lui est offert.

Pour résumer, le corps de l'indigène canaque est un corps ouvert, tandis que celui de Leenhardt est fermé.

Pour Boesoou, le corps est ouvert car la personne n'est pas définie par ses limites physiques et par son corps, mais par le faisceau multiple de ses relations sociales : l'enfant à venir, l'oncle maternel, les grands-parents et ancêtres, etc. Le corps, lui-même n'est pas le lieu privilégié d'un moi psychologique, c'est un corps de pure surface et sans intériorité puisque la personne est définie par la relation. Ses affects, notamment, sont posés à l'extérieur.

A l'inverse, le corps occidental et chrétien définit un individu singulier par son autonomie corporelle et la capacité de s'approprier les choses. Le moi est propriétaire de soi dans son enceinte physique, il est souverain et autonome, égal en dignité aux autres individus.

Boesoou peut-il acquérir cette vision du corps occidental sans perdre sa vision du corps ? Sans doute pas. « En fait, un corps a chassé l'autre »<sup>8</sup> Dans sa langue même, le duel ne désigne bientôt plus la relation interne entre deux individus réciproques, mais l'addition de deux singularités autonomes. Ce n'est plus un lien mais une

---

<sup>6</sup> Sous la direction de Stéphane Breton, Michèle Coquet, Michael Houseman, Jean-Marie Schaeffer, Anne-Christine Taylor, Eduardo Viveiros de Castro

<sup>7</sup> Qu'est-ce qu'un corps, des mêmes auteurs, édité chez Flammarion en 2006.

<sup>8</sup> Ibid. p. 15

## 5. Conclusion

somme. Désormais le Moi a un corps parce que le christianisme a inventé non l'esprit mais le corps. « Dieu crée les corps à son image et s'abîme dans le corps pour sauver les corps. » Le Christ est né et mort dans la chair pour sauver l'âme dans la chair.

Selon Breton toujours le corps occidental peut toujours être décrit comme l'élément de la relation entre le sujet et son principe génératif : « la transcendance a pris la forme immanente du code génétique (l'âme d'un monde sans Dieu), de la téléologie organique sécrétant l'esprit par toutes les synapses ». Et si c'est un corps subordonné à Dieu et à l'esprit, c'est un corps individuel et borné que l'on croit abstrait des relations sociales. Pour Boesooou, le corps n'est pas un terme de la relation mais l'élément de la relation du sujet avec son principe constitutif, que ce soit la transcendance divine ou l'immanence du vivant.

En comparant diverses visions du corps, l'auteur rappelle de similaires conceptions du corps « ouvert » en Afrique de l'Ouest, en Nouvelle-Guinée ou en Amazonie. Cela lui interdit de croire que le corps soit une chose stable et que tout le monde en ait un, le même et le convainc que le corps ne trouve pas en lui son principe de totalisation mais dans le monde social, non pas à l'intérieur mais à l'extérieur, dans une relation typique.

L'anthropologie comparative nous rappelle que nous ne nous appartenons pas, que nous n'existons pas seuls et que notre destin est de vivre en société.

Le corps de l'ostéopathie est-il ouvert ou fermé ? Certes, l'ostéopathe y entre d'une certaine façon, progressive et à la mesure de l'acceptation du patient. Ce dernier n'est pas persuadé pourtant de céder sa douleur à son thérapeute, pas davantage que la réciproque. Le thérapeute est là pour ranimer une relation meilleure entre le patient et son corps, à la vision occidentale. Mais c'est aussi pour rappeler qu'en se mettant dans une disposition particulière, il contribue amplement à vivre mieux, ce qui est plus proche d'une façon d'être le corps dans son lien à ce qui le constitue.

Croire que l'ostéopathie échappe à la croyance, à la vision du corps qu'en font ses usagers est absolument illusoire. Nous avons rapporté que les personnels de la petite enfance, majoritairement d'origine maghrébine, ont bien des difficultés à consulter même si les soins sont gratuits. Personne ne se soignait ainsi dans leur milieu quelques années auparavant. Les frontières sont gardées par les coutumes de leur pays d'origine et surtout une sorte de considération sociale du soin qui fait qu'on n'y va pas car le médecin et le guérisseur traditionnel remplissent encore beaucoup ce rôle.

## 5. Enseignements cliniques

La conception moniste actuellement en vogue depuis que Damasio a repris des concepts spinoziens semble confortée. C'est néanmoins avec grand intérêt que tous les praticiens tentent encore aujourd'hui de déterminer la part du corps de celle du psychisme. Pourquoi ? parce que l'on ne guérit sans doute pas aussi vite en commençant par n'importe quelle technique au hasard. C'est-à-dire que tous les

praticiens sont, en cas d'échec momentané, devant le difficile problème de savoir si leur traitement est à mettre en question, voire leur compétence, ou s'ils doivent passer la main pour une meilleure prise en charge du patient.

Il y a des confusions qui sont très difficiles pour les patients comme pour les praticiens de l'autre bord. Par exemple, qu'un ostéopathe prétende qu'il est devant une somatisation quand une patiente présente une douleur d'épaule sans cause connue parce que la patiente parle d'une mauvaise nouvelle apprise par téléphone (on incrimine le geste de décrocher le téléphone) est un barbarisme psychologique. On devrait d'abord travailler en ostéopathie, voir si le corps travaille aisément du point de vue tissulaire et laisser le psychisme tranquille. Quitte à envisager cette hypothèse à condition qu'on butte dans l'avancée du relâchement des tissus, et que ce soit plutôt le patient que le thérapeute qui fasse le lien.

De même lorsqu'une patiente nous demandait récemment s'il était possible qu'elle se sente peu assurée dans la prise de décision parce qu'elle a eu un accident de voiture qui a laissé une séquelle douloureuse au niveau d'un pied, nous lui avons avoué que nous n'y croyons pas. Mais c'est toujours une croyance. Il nous semble davantage que le pied pourrait être douloureux parce qu'il y a la séquelle mécanique de l'accident de voiture, voire une séquelle émotionnelle de l'accident de voiture, et en plus parce qu'elle a une difficulté psychique à prendre des décisions qui s'exprime aussi par une tension dans le pied. Mais non l'inverse parce que nous partageons l'opinion d'Adler selon laquelle le corps infirme est plutôt compensé, surcompensé par le psychisme.

Il est clair que si le projet est de soulager la conscience consciente, il vaut mieux ne pas savoir précisément ce qui est écarté et donc occulté. Un mécanisme d'oubli conscient semble utile ainsi qu'une mémoire peu consciente afin de nous écarter du danger durablement. Comment le psychisme peut-il à la fois garder une trace inscrite et produire l'oubli ?

En inscrivant la trace dans le corps, ou dans des zones obscures du psychisme, et en écartant la trace des souvenirs conscients, ceux de la mémoire épisodique. Comment séparer ces instances pourtant si unifiées ? Par le phénomène étrange de la dissociation qui est encore largement inconnu du point de vue physiologique.

Dans la vignette de Monsieur L. (dont la sciatalgie était imputable à sa peur pour une opération de prostate) nous avons interprété le langage du corps. Nous le faisons très rarement et encore parce qu'il n'y avait pas de cause traumatique repérée par le patient. Nous n'avons pas utilisé la métaphore, mais une connaissance fonctionnelle du corps qui comprend les tensions induites par des types particuliers de respiration, eux-mêmes liés à des émotions.

## 5. Conclusion

Cette interprétation est donc en réalité faite sur base de médecine traditionnelle chinoise et de yoga<sup>9</sup>. Encore la tentons-nous avec un profil bas. Nous contournerons les défenses de notre patient. Nous avons le sentiment profond qu'à défaut de cette attitude humble nous aurions augmenté ses défenses. N'empêche, c'est justement ce que nous réfutons aujourd'hui. Il aurait été plus simple de reprendre l'histoire récente du patient : que s'est-il passé dans les semaines, voire les mois qui ont précédé l'apparition de la sciatique ? Un trouble par contiguïté devrait pouvoir se trouver sans passer par l'interprétation.

Nora nous a bien perçue : jamais nous n'interprétons les troubles somatiques. Jamais non plus nous ne produisons des théories mystiques pour expliquer notre vision holistique du corps. Nous accueillons, travaillons, et seulement quand nousuttons commençons à proposer une réflexion dans une position de complicité avec le patient pour comprendre ce qui résiste.

C'est donc avec une certaine conviction que nous conseillons résolument aux ostéopathes de s'en tenir au discours conscient que le patient nous offre aimablement. Si on l'écoute suffisamment pour se laisser déformer mentalement, on parle plus justement et le patient, sentant sa souffrance entendue, passe habituellement à l'étape suivante : l'amygdale enfin apaisée par la communauté humaine permet au cortex de reprendre sa réflexion. La vignette clinique de Madame S. dont le fils avait encore failli mourir est exemplative de cela : il lui suffisait que cette souffrance soit entendue pour qu'elle lâche les tensions douloureuses figeant son épaule.

Nous croyons finalement que l'interprétation est la limite que ne devraient pas franchir les ostéopathes. En effet l'ostéopathe a un savoir qui n'est pas vérifiable, celui du décodage plus direct du corps. L'interprétation faite par un ostéopathe est comme un mélange de réalité et d'imaginaire. Quand il s'appuie sur une perception sensorielle pour ajouter des éléments intuitifs qui sont le fruit de son imagination, il transfère sa pathologie à son patient. Ce faisant l'ostéopathe produit une interprétation violente car le patient ne peut jamais la déconstruire, ne pouvant pas vérifier jusqu'où elle est vraie.

En revanche il serait utile pour les ostéopathes de réaliser :

- 1/ qu'ils ont un rôle très spécifique, voire unique dans la névrose traumatique actuelle, surtout lorsque le corps a été blessé,
- 2/ qu'ils ont un rôle essentiel dans les douleurs chroniques d'origine traumatique sur un terrain narcissique fragile,
- 3/ qu'à contrario il serait sage d'accepter de passer la séance à parler avec un patient débordé par une colère s'il ne souhaite pas s'apaiser. En effet le travail d'écoute sera sans aucun doute plus efficace du point de vue de la douleur que de couper la parole pour effectuer le travail corporel.

---

<sup>9</sup> Nous avons retrouvé cette connaissance, acquises par beaucoup d'années de pratique de médecine énergétique, chez Itsuo Tsuda protestant devant le nom d'une statue. « certes elle est très belle, mais elle ne devrait pas s'appeler *La Peur* car une personne apeurée a les épaules relevées et le ventre rentré. »



Et cela nous intéresse grandement car notre véritable questionnement était de savoir quand passer la main au psychologue. Nous souhaitions donner à nos collègues ostéopathes des points de repère plus fiables que leur simple incompréhension du patient (qui montre un manque d'éducation en psychologie) ou une absence de guérison (qui nécessite une recherche sur les mécanismes à l'œuvre). L'une de nos quêtes intérieures était de dessiner les contours de l'action psychique potentielle de l'ostéopathie du point de vue de la clinique du traumatisme. C'était l'objectif central qui soutenait notre recherche, le but ultime de cette thèse.

## 5.2. Notre recherche future

Quand nous finissons cette thèse, nous sommes heureuse de n'avoir pas emprunté une voie qui nous attirait il y a déjà trois ans. Nous buttions sans cesse sur la somatisation du point de vue psychonévrose. Cela n'était pas aussi clair qu'aujourd'hui et nous nous sommes perdue dans un relevé de cas très variés dont nous ne pouvions tirer aucun enseignement.

Aujourd'hui, nous pensons que d'avoir tracé les contours de l'action du point de vue de la névrose traumatique est sans aucun doute artificiel mais utile à la poursuite du point de vue de la façon dont le corps métaphorise. Notre recherche nous pousse dans cette direction car elle dure sans doute toute une vie. C'est néanmoins le cours que nous dispensons où les ostéopathes sont les plus attentifs. Il y va peut-être d'une envie de pouvoir, sans doute aussi c'est le point le plus difficile à traiter. Nous souhaitons nous engager désormais sur cette voie car toute la construction de cette thèse peut y servir. Nous avons désormais le fil rouge de la métaphore et de la métonymie, de la ressemblance et de la contigüité. C'est beaucoup plus facile. Certes la contigüité donne l'occasion à une souffrance psychonévrotique ou conflictuelle de s'exprimer. Mais elle n'a alors pas à être interprétée dans le symptôme, c'est essentiel. Dans l'autre bord de la symptomatologie, il en va tout autrement...

De quoi n'avons-nous pas parlé de notre pratique quotidienne, même si ce n'est pas de l'ostéopathie ? Le besoin de bouger le corps, le besoin d'avoir un projet essentiel dans sa vie.

Nous avons vu qu'il importe que la vie au quotidien, sociale, ne nous pose pas problème pour que nous puissions nous pencher sur notre santé, autant nous croyons essentiel d'échapper à la narcissisation outrancière des médias. A force de vouloir faire consommer on nous convainc qu'on « le vaut bien, qu'on le mérite ». Cela induit un sentiment d'injustice lorsque banalement la vie nous présente ce qu'elle réserve à tout être humain. Nous espérons que l'ostéopathie soit un toucher attentif et une attention longuement portée à autrui. Il faut ce temps pour aller au-devant des souffrances qui sont enfouies, muettes, par « non-passage » inconscient, mais ce n'est pas une fin en soi. Il convient dans un même, ou un second temps, de « réorienter » notre attention et notre regard sur un ensemble qui nous dépasse : le groupe social, un projet non égoïste. Alors les troubles s'estompent, ce qui donne raison à Stickgold, à Levine et à l'EMDR dans leur insistance sur la réorientation de l'attention, à Freud

### *5. Conclusion*

sur l'idée qu'une énergie non liée, en excès, fait symptôme. Cela donne encore raison à Barrois quand il propose de ne pas contempler le désastre. Cela donne raison à Swedenborg qui insiste sur l'importance de la libre circulation de cette énergie vitale.

### **Enfin, un mot pour rire...**

Dans la mesure où

- le travail du corps aide le trauma psychique à repasser sur le devant de la scène,
- l'angoisse dissociative est bien soignée par le recours au corps,
- le toucher rassure et apaise (parfois) la colère,
- l'angoisse traumatique de la névrose actuelle peut alourdir l'angoisse psychonévrotique,

nous pourrions changer notre hypothèse de départ : peut-être finalement est-ce le corps qui aide la psyché, davantage que l'inverse. Cela renverse finalement notre hypothèse de départ, selon laquelle il faudrait aider le corps par un détour via le psychisme. Si cela est vrai, ce le serait de façon très parcellaire et non exclusive car il faudrait circonscrire cette proposition au seul domaine de la clinique de la névrose traumatique.

En réalité cette proposition, purement spéculative, n'est qu'une boutade pour rire de notre si long cheminement qui aboutit à l'inverse du initial projet de la thèse !