

L'ostéopathie, au cœur de la résilience.

Juliette GUILLEMARD

Année Universitaire 2022-2023

Directeur de mémoire : **HOEGY Thomas**
Soutenu le 22 juin 2023

REMERCIEMENTS :

A **Thomas Hoegy**, mon directeur de mémoire qui a su m'accompagner au cours de cette année.

A mon formateur **Andrei Kroutovskikh** qui m'a apporté son expérience au sein de son cabinet et qui a pris le temps pour répondre à chacune de mes questions tout au long de mon cursus.

A **Bernard Fonlupt** qui représente la joie de vivre, la motivation et la soif d'apprentissage à l'école.

A ma coordinatrice **Virginie Mey** qui m'a apporté son soutien lors de ma 4^e année.

A ma famille, **Odile, François, Pierre, Timothée et Margot Guillemard**, qui ont su faire bloc autour de moi, qui ont toujours été là. Vous êtes le souffle bienveillant qui me guide, me soutient, et allège mes pas sur ce chemin.

A ma binôme **Morgane Raoulx** avec qui j'ai partagé autant de larmes de joies que de désespoirs tout au long de notre formation.

A **Léonie Paccard**, qui depuis la petite enfance m'apporte une joie de vivre considérable et qui malgré la distance était présente lors des moments difficiles.

A **Léa Pacini**, ma plus grande acolyte qui est présente au quotidien, merci de m'avoir apporté une vision plus douce de la vie, et d'avoir été la première à me soutenir dans ce beau projet de devenir Ostéopathe.

A **Bob Le Roux**, merci pour cette joie de vivre et ces fous rires, merci d'être cette personne qui depuis tant d'années partage ma vie, en étant mon plus grand modèle de résilience.

A **Sandrine Giraud** qui a pris le temps pour la relecture et la correction de cet ouvrage.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION :	6
1. LA RESILIENCE	8
1.1. HISTOIRE DU TERME DE RESILIENCE	8
1.2. LA CREATION DU SOUVENIR TRAUMATIQUE	9
1.3. LA CAPACITE A CHACUN DE SE REMETTRE D'UN TRAUMATISME	12
1.4. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIQUE EN OSTEOPATHIE	19
2. LE CHEMIN DES EMOTIONS DANS LE CORPS	25
2.1. LA SOMATISATION : ANATOMIE ET APPROCHE OSTEOPATHIQUE	25
2.2. LA LIBERATION SOMATO-EMOTIONNELLE.....	34
2.3. L'OUVERTURE DE CELLULES D'URGENCES OSTEOPATHIQUES	36
DISCUSSION :	38
CONCLUSION :	40
LEXIQUE :	41

Résumé :

La résilience permet à tout un chacun de surmonter un traumatisme, ce processus particulier permettra à l'individu de reprendre goût à la vie en devenant acteur de celle-ci. Cette reconstruction néanmoins difficile après un évènement particulièrement traumatisant nécessite plusieurs étapes : l'acceptation de l'épisode tragique, l'expression libre de la souffrance, la métamorphose de celle-ci, ainsi que l'acquisition des mécanismes de défenses. Ce mémoire a pour but d'explorer la prise en charge psycho-émotionnelle en ostéopathie des individus traumatisés. Celle-ci repose sur une écoute globale, ainsi que sur les phénomènes anatomo-physiologiques expliquant la somatisation et donc l'encrage des émotions au sein des fascias. En s'appuyant sur différentes approches comme la libération Somato-émotionnelle ou la médecine chinoise, l'ostéopathe deviendra un point d'appui pour le patient afin qu'il puisse retrouver toutes ses capacités d'adaptation. Ce mémoire porte de manière plus globale sur l'intérêt de la prise en charge précoce de ses patients, ainsi que sur l'utilité de l'ouverture de cellules d'urgence ostéopathique, à l'image des cellules d'urgences psychologique, sur des évènements particulièrement dramatiques.

Abstract :

Resilience allows everyone to overcome trauma. This particular process will enable individuals to regain a taste for life by becoming an actor in it. However, this difficult reconstruction after a particularly traumatic event requires several stages : acceptance of the tragic episode, free expression of suffering, transformation of it, as well as the acquisition of defense mechanisms. The purpose of this dissertation is to explore the psycho-emotional care provided by osteopathy for traumatized individuals. This care is based on a comprehensive approach and the anatomo-physiological phenomena explaining somatization and thus the anchoring of emotions within the fascia. By relying on different approaches such as Somato-emotional release or Chinese medicine, the osteopath will become a support for the patient to help them regain all their adaptation capabilities. This dissertation focuses more broadly on the importance of early patient care, as well as the usefulness of opening osteopathic emergency cells, similar to psychological emergency cells, for particularly dramatic events.

INTRODUCTION :

Certains passages de vie sont parfois fracassants. Ils sont alors comparables à une vague dont l'emprise risquerait de nous noyer.

Cette vague, plus imposante que les autres. Celle qui nous emporte avec elle dans le plus violent des tourbillons. Celle qui nous écrase contre le sable, au fond. Celle qui nous heurte contre les roches des profondeurs. Celle qui nous fait tourner si fort que plus aucun repère ne persiste. Incapable de se mouvoir ni de respirer, le corps n'est rien contre la puissance de l'eau. L'esprit se trouble, puis la vague finit son déferlement en nous recrachant sur le sable, écorchant à vif la peau. La peur au ventre, on s'étouffe, on tente de rejeter l'eau salé de nos poumons, la noyade était proche. Un moment de répit est nécessaire avant de repartir. Alors nous restons là, sur cette plage, face au danger, à essayer de réunir les morceaux de nous que la mer à éparpillés. A reprendre notre souffle et panser nos plaies. Cette lutte laisse des cicatrices émotionnelles et physiques : les plaies, les ecchymoses, la peur, les hématomes, la crainte de plonger à nouveau dans le tourbillon de la vie. C'est la naissance d'un traumatisme.

Lors de ces phases de vie, un accompagnement est parfois nécessaire afin de se relever de façon plus solide et plus saine, et ainsi avoir la capacité de repartir dans la vie en toute confiance.

Ce processus de reconstruction est ce que l'on nomme la résilience. C'est la capacité d'un individu d'intégrer, de prendre acte de l'évènement traumatique et de s'en relever, afin de pouvoir se reconstruire pour vivre à nouveau sainement et sereinement.

Le parcours de résilience est propre à chacun, chaque traumatisme est vécu de façon unique et est relatif aux évènements vécus, aux expériences constructives de l'enfance, à l'éducation, à l'espace de parole présent ou non dans la vie de l'individu. A la façon du Kintsugi (l'art traditionnel japonais), de réparer un objet cassé en soulignant ses cicatrices à l'aide de l'or au lieu de les dissimuler, le rendant ainsi d'autant plus beau, plus précieux, et plus résistant. L'acte de résilience permettra de trouver de la force dans les failles laissées par un traumatisme. Ainsi l'individu résilié, à l'image de ces bols enjolivés, en ressortira paradoxalement d'autant plus

solide face aux épreuves de la vie, sublimé, avec un esprit critique plus aiguisé et une endurance aux chocs.

Selon la nature du traumatisme ainsi que les séquelles laissées par celui-ci, les patients peuvent se tourner vers les Psychologues, les Psychiatres, les Kinésilogues, les Acupuncteurs, les Sophrologues, et bien évidemment les Ostéopathes. Lors de la prise en charge en ostéopathie, il est du devoir du thérapeute de se rendre disponible, à l'écoute du corps mais aussi de l'esprit du patient. De lui donner les outils pour se relever ou faire face à la situation : rééquilibrer le corps, redonner la capacité de se mouvoir aux tissus afin que ceux-ci aient la possibilité de s'adapter de nouveau. L'écoute auditive du patient est primordiale en ostéopathie, mais il en est de notre responsabilité de réorienter vers un suivi psychologique lorsque celui-ci est nécessaire. La libération de la parole est extrêmement importante afin de pouvoir mettre fin aux évènements traumatisants (violences domestiques, harcèlements, burn out), ainsi que pour accompagner les patients dans des passages de vies traumatisants (accompagnement d'un proche en fin de vie ou en traitement longue durée, pathologies importantes, évènements : attentas, accidents, guerres, etc.). Lorsque le patient vient nous consulter à la suite d'un évènement traumatisant, notre abord ostéopathique permettra d'accompagner, de l'aider à se relever, de soulager les maux afin de permettre une meilleure récupération. Nous pouvons ainsi travailler sur l'encrage de ce traumatisme afin d'éviter le SSPT (Syndrome du Stress Post Traumatique) par des techniques essentiellement basées sur le fascia et les centres nerveux.

Ainsi, par cette prise en charge pluridisciplinaire le patient intégrera de manière plus saine et plus rapide le processus de résilience. C'est en partant de ce principe que nous pouvons nous poser la question suivante : Quel est l'efficacité de notre thérapie manuelle sur l'avancée dans le parcours de soin d'une personne ayant subi un traumatisme ?

Nous développerons donc dans un premier temps le concept de résilience ainsi que l'intérêt d'une prise en charge psychique en ostéopathie. Puis dans un second temps les champs d'action de l'ostéopathe basés sur les différentes structures impliquées dans la gestion des émotions ainsi que dans l'encrage d'un traumatisme.

1. La Résilience

1.1. Histoire du terme de Résilience

Ce terme a pendant longtemps, et même encore aujourd'hui, été sujet de polémique dans le domaine de la psychologie. Apparue pour la première fois en anglais en 1626, il constitue un dérivé du latin *resilientia*. C'est le philosophe Francis Bacon qui le mentionne dans son dernier ouvrage *Sylva Sylvarum ou histoire naturelle*. Il l'utilisa afin de qualifier la façon dont l'écho « rebondit ». Le sens de ce terme en anglais peut donc s'appliquer à de nombreux domaines : « rebondir », « se redresser », ou « se ressaisir ». (1) De ce fait, de nombreux psychanalystes critiquent l'utilisation de ce terme en psychologie. En effet, nombre d'entre eux pensent que celui-ci est à l'origine abordé afin de désigner un objet ou une structure résistant aux chocs, aux déformations : « rebondir », « résister ». Ce terme est effectivement utilisé en physique pour la première fois en 1824 dans l'ouvrage *Traité pratique de la solidité de la fonte et d'autres métaux* de Thomas Tredgold, afin de caractériser l'élasticité et la résistance des matériaux, l'énergie absorbée par un corps lors d'une déformation. Pourtant, ce terme apparaît bien plus tôt en tant que qualité humaine dans les écrits du philosophe Henry More *Dialogues Divins* en 1668, où celui-ci évoque la résilience face à la misère et au péché. Ainsi que dans le numéro 110 de la publication *The Rambler* de 1751 par Samuel Johnson, où il évoque la résilience commune de l'esprit. (1)

Ce terme deviendra par la suite un sujet d'étude pour de nombreux chercheurs et écrivains : en 1954, dans une étude longitudinale sur les troubles psychologiques chez les enfants, de Werner et Smith (2,3) (deux psychologues scolaires américains). Il apparaît ensuite dans les écrits sur l'attachement de John Bowlby. (4) Puis Boris Cyrulnik médiatise le concept de résilience à la fin des années 1990, ses écrits s'appuient sur l'observation des survivants des camps de concentration, ainsi que sur d'autres populations ayant des parcours de vie compliqués (les enfants des orphelinats roumains, les enfants boliviens de la rue). Ce concept est ensuite repris par de nombreux auteurs : Rosette Poletti et Barbara Dobbs, Stefan Vanistendael, développant ainsi le sujet.

Le concept de résilience désigne donc la capacité d'un individu à surmonter une situation difficile ou traumatisante, à s'adapter à un changement, à rebondir après une épreuve et à retrouver un état de fonctionnement normal ou supérieur à celui d'avant. Il décrit un ensemble de qualités qui favorise un processus d'adaptation créative et de transformation en dépit des risques et de l'adversité. (5) Celui-ci implique la mobilisation de ressources internes et externes telles que la flexibilité, la capacité à réguler ses émotions, la confiance en soi, le soutien social, les compétences cognitives et la créativité pour faire face aux défis. Elle ne signifie pas l'absence de souffrance ou de difficulté, ce serait bien trop simple, mais plutôt la capacité de faire face à ces difficultés et de les surmonter.

La résilience est particulièrement pertinente dans les contextes de stress, de traumatisme et de crise, où la capacité à rebondir peut faire la différence entre le bien-être et la détresse psychologique.

Tout comme le décrit Boris Cyrulnik dans son livre *Un merveilleux malheur*, la résilience n'est pas une qualité innée, celle-ci demande des efforts afin de pouvoir la développer :

« La résilience est un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale. C'est pourquoi il vaut mieux décrire un itinéraire de personnalité résiliente, et chercher à comprendre comment elle se faufile à travers les coups du sort pour se tricoter quand même avec des appuis solides. La résilience n'est pas une substance, c'est un maillage. Nous sommes tous contraints de nous tricoter avec nos rencontres dans nos milieux affectifs et sociaux. » (Boris Cyrulnik, 1999, p39). (6)

1.2. La création du souvenir traumatique

Le processus de résilience s'appuie sur la capacité à accepter l'évènement traumatique, en fonction de l'encodage plus ou moins puissant de celui-ci dans la mémoire à long terme, l'acte de rebondir après l'évènement sera plus ou moins compliqué à réaliser. Ce mécanisme d'encrage des souvenirs traumatiques est complexe et varie en fonction de l'intensité de l'émotion, de l'âge, de l'environnement psycho-social, du vécu de l'individu, et bien sûr de l'état psycho-

émotionnel de l'individu sur le moment. En conséquence, ce processus d'encrage est propre à chacun. En fonction du bagage cognitif et environnemental de l'individu, les réactions seront différentes face à un même évènement traumatisant. Si nous prenons l'exemple de l'attentat du Bataclan, les victimes ont réagi de multiples façons : certaines étaient paralysées, d'autres erraient de manière perdue, abasourdie, pendant que quelques-unes se mobilisaient afin de secourir les plus touchées. Dans son témoignage poignant *Du beau avec du moche* Kevin Nave alias Kek (7) illustre justement cet instant où choqué par la violence de l'évènement, chacun réagit à sa manière avec les outils qu'il possède. Il montre alors l'étonnante variation de réponses des individus à une même agression.

A la suite d'un évènement, des informations non conscientes viendront s'imprimer dans le cerveau en y laissant ainsi des traces qui rendront l'individu plus sensible à un type d'évènement plutôt qu'à un autre. La mémoire à long terme, mise en lumière par l'entourage, est entretenue et sans cesse révisée par les récits que l'individu se fait à lui-même dans son for intérieur, et qu'il adresse à autrui lorsqu'il socialise son discours.

L'émotion ressentie sur le moment constitue un élément essentiel afin de permettre l'encodage. Plus celle-ci sera intense, plus l'encodage sera important. C'est ce qui explique que certains évènements se retrouvent imprimés en souvenirs, alors que d'autres faits parfois plus graves ne laisseront aucune trace. Lorsqu'une personne vit un évènement traumatique, les émotions intenses qu'elle ressent comme la peur, l'anxiété, la colère ou la tristesse sont enregistrées dans son cerveau en même temps que les détails de l'évènement. Ces émotions peuvent provoquer une activation excessive de l'amygdale (structure cérébrale qui traite les émotions ainsi que leur mémorisation) et favoriser ainsi l'encrage de ces souvenirs dans la mémoire à long terme. Le rôle de l'amygdale a été démontré dans de nombreuses études, par exemple Kensinger E. A. et Schacter D. L. (8) ont examiné le lien entre l'activité de l'amygdale et l'encodage des souvenirs associés à des émotions agréables et désagréables. Ils ont démontré que l'activité de l'amygdale est associée à l'encodage d'informations sur les éléments émotionnels d'un évènement, mais pas nécessairement à l'encodage des détails objectifs de l'évènement. Dans une autre étude, Phelps E. A. a examiné le rôle de l'interaction entre l'amygdale et

l'hippocampe, une autre région du cerveau impliquée dans la mémoire, dans l'encrage des souvenirs émotionnels. Ces deux régions du cerveau travaillent ensemble pour faciliter l'encrage de souvenirs associés à des émotions fortes. (9) Nous verrons plus en détails par la suite le fonctionnement de ces structures cérébrales.

Non seulement les émotions permettent l'encodage des souvenirs dans la mémoire à long terme par le biais de l'amygdale et de l'hippocampe, mais elles renforcent aussi les connexions synaptiques entre les neurones, ce qui facilite la récupération de ces souvenirs en réponse à des stimuli ou des situations similaires. C'est ce qui explique le fait que les individus qui ont vécu des traumatismes peuvent avoir des souvenirs extrêmement précis et intenses, qui peuvent être déclenchés par des événements apparemment anodins. Les souvenirs associés à des émotions désagréables, comme la peur ou la tristesse, peuvent être particulièrement difficiles à oublier, même après de nombreuses années. Cette persistance peut causer des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique.

Les hormones et les neurotransmetteurs ont eux aussi un rôle dans l'encrage des souvenirs associés à des émotions. L'adrénaline et le cortisol, deux hormones liées au stress, peuvent affecter la consolidation des souvenirs en renforçant les connexions entre les neurones. De même, les neurotransmetteurs tels que la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine peuvent affecter l'encrage des souvenirs en modulant l'activité neuronale dans les zones du cerveau impliquées dans la mémoire et les émotions.

Chez les enfants l'émotion est d'autant plus impactante lors de la mémorisation. Un événement dépourvu d'affect et de signification pour l'enfant ne laissera aucunes traces. Celui-ci se raccrochera à des images qui laisseront en lui une impression durable grâce à une forte exaltation. Ces souvenirs seront souvent portés alors sur des détails comme un geste, un accessoire porté, la couleur d'un objet, sa taille. Pour un enfant, un événement grave n'a pas de sens. En revanche, les réactions émotionnelles de ses figures d'attachement constitueront un repère aux événements qu'il vit. Ce sont ses émotions et celles de ses proches qui constitueront un sens à l'évènement et l'imprimera donc dans la mémoire à long terme. Il est alors essentiel pour l'enfant d'avoir à ce moment-là un espace de parole. (6)

Nous pouvons prendre comme exemple les situations dramatiques où les adultes ont réussi à protéger les enfants d'un encreage traumatique, lors de la prise d'otages de Mr. Human Bomb, l'institutrice Mme Laurence Dreyfus à présenter cet homme comme l'acteur d'un jeu auprès des enfants, ceux-ci n'ont donc pas eu peur sur le moment, c'est à l'instant où la police est entrée pour les évacuer que les enfants que ceux-ci ont encodé des souvenirs traumatiques. (10) A l'image du mécanisme de défense qu'illustre Roberto Benigni dans *La vie est belle*. Le fait de créer une émotion agréable lors d'un événement dramatique auprès des enfants permet d'éviter l'encreage de souvenirs traumatiques et faciliter ainsi la résilience. Cela n'empêche pas de dire la vérité aux enfants en post événements évidemment, car leur mentir serait dévastateur pour leur développement, cela permet simplement de réduire le stress post-traumatique de l'enfant.

La mémoire des adultes ne porte pas sur les mêmes domaines que celle des enfants. Elle s'enrichit avec l'âge, grâce aux reconstructions sociales dans lesquelles l'évènement prend sens. L'émotion sera tout de même importante lors de l'encodage du souvenir mais elle sera régulée par le sens de la réalité de l'adulte, du fait de son côté pragmatique. Alors que la mémoire de l'enfant, marquée par des détails parfois insensés mais qui signifient quelque chose pour eux, est plus précise que celle des adultes, piégés par leurs théories. (6)

Chez les adultes, c'est le contexte social qui donne à la mémoire autobiographique des repères plus fiables que le simple enchaînement des événements. Ce sont les repères extérieurs (familiaux ou sociaux) qui donnent cohérence à l'enchaînement de nos images intérieures, ce qui permet d'éviter que les souvenirs s'accumulent sous forme d'images enchevêtrées et permet ainsi de donner du sens à nos souvenirs. (6)

1.3. La capacité à chacun de se remettre d'un traumatisme

1.3.1. L'historisation nécessaire et abusive (SSPT)

L'historisation est le fait d'enregistrer l'évènement dans sa propre histoire, celle-ci est nécessaire dans le processus de résilience afin d'accepter l'évènement pour ensuite avoir les capacités de le traiter et de s'en remettre. Lorsque celle-ci

devient abusive, les étapes suivantes (la libération par l'expression, la reconstruction) ne peuvent être réalisées et c'est ainsi que le Stress post traumatique naît. L'hyperencodage de l'évènement vécu rendra l'individu sensible à tous stimuli se rapprochant de la scène traumatisante, par les odeurs, les sons, les images, le toucher, chaque stimulus sensoriel similaire sera perçu comme une agression, faisant ainsi revivre le traumatisme quotidiennement.

Le syndrome du stress post-traumatique est un trouble psychologique qui présente des manifestations responsables d'une souffrance et d'une altération du fonctionnement social et de la qualité de vie de façon significative :

L'individu sera victime d'une **reviviscence répétitive des évènements** qui peut se manifester sous différentes formes : des flash-backs soudains faisant revivre la scène ou faisant penser qu'on se trouve en présence de son agresseur, l'intrusion involontaire et envahissante d'images ou de pensées relatives à l'évènement, des cauchemars de répétition ou la peur réflexe face à des bruits ou mouvements brusques, une hypervigilance, de l'anxiété, de la dépression et des troubles du sommeil. Cette reviviscence survient spontanément, à la suite d'un stimulus (son, lieu, odeur...) ou encore lorsque la vigilance est moindre (phase d'endormissement). Elle entraîne des manifestations physiques relatives à la détresse psychique : sueur, pâleur, tachycardie, raidissement....

Afin de se protéger la personne développera un **évitement des pensées**, des discussions ou même des personnes en rapport avec le traumatisme. Ce mécanisme de défense vise à ne pas faire face à la douleur liée au traumatisme. Une peur des idées intrusives guide cet évitement dont vont découler des tentatives pour les supprimer de la mémoire. Ces tentatives, généralement inefficaces, vont renforcer la peur initiale.

Le traumatisé subira des **troubles de l'humeur** et un émoussement de la réactivité, des troubles des affects, et d'une perte d'intérêt pour les activités habituelles, sont souvent présents.

Enfin, l'individu développera des signes d'une **suractivité neurovégétative** : hypervigilance, irritabilité, difficultés de concentration, troubles du sommeil... sont également observés. Dans le décours immédiat de l'évènement, ces signes sont considérés comme un état de stress aigu. On parle de SSPT aigus lorsqu'ils persistent

plus de 4 semaines, et chronique lorsque l'individu reste dans cet état plus de 3 mois.
(11)

La plupart des personnes vont guérir de ces troubles dans les 3 mois qui suivent l'évènement, mais environ 20% vont développer une forme chronique du syndrome. Il faut aussi noter que, s'ils apparaissent généralement immédiatement, au bout de quelques jours, le SSPT s'installe parfois plus progressivement, se constituant tardivement, après plusieurs semaines, mois ou années.

Comme vu plus haut, celui-ci est associé à une activation excessive du système nerveux sympathique, qui régule la réponse de l'organisme au stress. Lorsque ce système est activé de manière répétée et prolongée, cela peut entraîner une altération des circuits neuronaux impliqués dans la régulation des émotions, de la mémoire et de l'attention. Cela peut rendre les personnes atteintes de stress post-traumatique hypersensibles aux stimuli associés à l'évènement traumatique, ce qui peut déclencher des réactions émotionnelles intenses et inadaptées.

Le traitement du stress post-traumatique repose sur des thérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale, l'exposition progressive et la désensibilisation systématique, la thérapie EMDR et la thérapie de groupe. Le but étant de favoriser l'expression afin de procéder à une libération du traumatisme en les exposant progressivement aux stimuli associés à l'évènement traumatique, ou en les aidant à réduire leur anxiété et leur hyperactivation émotionnelle.

Ce trouble psychologique affecte gravement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. En 2012, Shalev A. Y. and Col ont mené une étude sur les effets d'une intervention précoce sur le développement du trouble de stress post-traumatique chez des victimes d'évènements traumatiques. Les résultats ont montré que l'intervention précoce a réduit de manière significative l'incidence du trouble de stress post-traumatique chez les participants. Ainsi, ce trouble de stress post-traumatique peut être prévenu ou traité efficacement avec des interventions précoces et appropriées. (12) En tant qu'ostéopathe nous pouvons nous aussi les aider à surmonter leurs symptômes et à retrouver leur bien-être psychologique. En premier abord nous jouons un rôle de prévention, le fait de détecter au plus tôt ce trouble permettra au patient d'aborder une prise en charge de manière plus précoce. En ostéopathie nous avons également un effet sur le stress et sa gestion, ce que nous développerons par la suite.

1.3.2. La libération par l'expression

Sur le chemin de la résilience, une fois le ressenti face à l'évènement traumatique accepté, l'individu pourra débiter le processus d'extériorisation du traumatisme. C'est alors qu'entre en jeu l'expression, celle-ci est primordiale pour la libération du traumatisme. Ce processus peut alors prendre n'importe quelle forme tant que l'individu dispose d'un espace de libération absolu, il est essentiel que la personne puisse se livrer entièrement sans crainte de recevoir un jugement de la part de quiconque. Cette libération de l'expression peut alors se faire sous de multiples formes : l'écriture, la parole mais aussi par l'art : le dessin, la peinture, la musique, la poésie, la sculpture, la danse, le théâtre. L'important étant que l'individu se sente à l'aise dans le processus, sous la forme qui lui convient et lui ressemble le plus.

« Quand le réel est terrifiant, la rêverie donne un espoir fou. A Auschwitz ou lors de la guerre du pacifique, le surhomme était un poète ». (Boris Cyrulnik, 1999, p34). (6)

Lorsque le réel devient trop insupportable, l'art prend la valeur d'une arme de survie. Dans un contexte traumatisant où la violence est omniprésente, les images sont choquantes, les sons et les odeurs deviennent persécutantes, où le moindre toucher se transforme en agression, celui qui parvient à se réfugier dans son monde intérieur est celui qui résiste le mieux. Le créateur devient alors un survivant. En post-traumatique, celui qui prends le temps de vivre ses émotions et de s'écouter, et donc de faire son deuil, sera en phase avec ses douleurs et pourra les évacuer plus facilement sous la forme qui lui convient, et très généralement sous une forme artistique.

« Quand une forte énergie n'est pas utilisée, elle se transforme en violence qui explose à la moindre occasion ». (Boris Cyrulnik, 1999, p57).

Une personne dont la structure interne, familiale ou sociale, a été brisée par un traumatisme, peut devenir créatrice et résiliente si on lui donne un espace de parole, autant qu'elle peut devenir délinquante lorsqu'on ne lui donne aucun lieu d'expression. La survie organique à un évènement traumatisant est un phénomène environnemental alors que la manière d'y survivre est traitée par un acte social. D'où l'importance de l'entourage lors du processus de résilience, c'est la qualité du lien

que la personne a tissé avec ses proches qui lui permet de pouvoir s'exprimer sainement. Les personnes stabilisées par un lien permanent avec leur entourage pourront plus facilement trouver des mécanismes de défense nécessaires à la survie du traumatisme, tel que la haine ou le déni, ainsi que des mécanismes de résilience pour s'en remettre tels que la créativité, la conversion psychologique en passant de victime à militante. Le témoignage « *Du beau avec du moche* » de Kevin Nave alias Kek illustre à la perfection cette libération du traumatisme par la créativité et l'art, celui-ci retrace son parcours post-traumatique et celui de son amie Amélie Payan après l'attentat du Bataclan. En s'exprimant par cette bande dessinée, Kek a réussi à se libérer de ce traumatisme. C'est en laissant une trace de cet événement que Kek a enfin pu avancer en laissant derrière lui cette expérience de vie traumatisante. (7)

Si certains facteurs comme l'acceptation du traumatisme, l'écoute, la bienveillance, et l'accompagnement des proches favorisent le processus de libération émotionnelle, d'autres facteurs entravent ce même cheminement : l'isolement, l'invalidation des émotions, l'amnésie rétrograde, ainsi que la non-conscience du traumatisme :

Le soutien de l'entourage de l'individu est essentiel à son épanouissement et donc sa reconstruction psychique. Ungar M. en 2011 publie une étude dans laquelle, il examine l'importance du contexte social et culturel pour la résilience. Ils en arrivent à la conclusion que la résilience est influencée par des facteurs environnementaux et culturels, tels que la famille, les amis, la communauté et les normes culturelles. (13) Le traumatisme pouvant induire une perte de confiance en soi ainsi qu'une certaine méfiance envers autrui, si la personne se retrouve isolée, elle peut avoir du mal à exprimer ses émotions et ses sentiments, ce qui peut entraîner une détérioration de son état mental et émotionnel. L'isolement favorise aussi la rumination : la répétition incessante de pensées négatives, ce qui peut aggraver les symptômes du traumatisme. Le manque de contact social freine ainsi le processus de guérison. Il est donc important de soutenir les personnes traumatisées en favorisant leur intégration sociale et en les encourageant à s'ouvrir aux autres. Les effets de l'invalidation des émotions de l'individu sont similaires à l'isolement : perte de confiance, mutisme, repli sur soi, et donc détérioration de la santé mentale.

Lorsque le traumatisme est inconscient, l'étape de la libération émotionnelle ne peut être effectuée, car le traumatisé ne pourra prendre acte de l'évènement.

Parfois cette non-conscience peut être dû à une amnésie rétrograde. C'est l'absence de souvenirs sur une période avant le moment de l'accident généralement dû à un traumatisme crânien, celle-ci peut s'étendre sur quelques jours, quelques mois ou même quelques années. Lorsque celle-ci englobe les souvenirs du traumatisme, les personnes qui en sont victimes ne pourront alors débiter leur chemin de résilience. Sans avoir le souvenir du traumatisme, l'individu ne pourra l'accepter et s'exprimer ensuite sur celui-ci. Sa pensée restera désorganisée, les éléments qui l'entoureront auront du mal à prendre sens, constamment déséquilibrée par cette trace inconsciente de cet évènement traumatique l'individu sera handicapé par se passé fantôme. En fonction de la nature du traumatisme, certains stimuli seront insupportables pour le patient, car ils réactiveront les traces laissées dans l'inconscient.

Il arrive que les victimes d'un évènement traumatique ne prennent pas conscience de celui-ci, bien qu'elles n'aient pas nécessairement d'amnésie. Dans ce type de cas, le traumatisme est si intense que le cerveau stocke les souvenirs dans l'inconscient afin de les protéger. Dans le cas où les patients n'ont pas conscience du traumatisme la libération de la parole et l'écoute auditive atteint ses limites. L'écoute du corps deviendra alors la première nécessité, l'ostéopathe doit être l'interface, le médiateur, par lequel le patient pourra conscientiser les traces traumatiques enfouies dans son inconscient. Car sans cette étape d'acceptation du traumatisme, le patient n'aura pas la capacité d'emprunter le chemin de la résilience.

1.3.3. Métamorphose de la douleur

Lors de la reconstruction psychique après un évènement traumatisant, la personne appliquera différentes stratégies afin de surmonter ses blessures. L'une d'entre elle s'intitule la métamorphose. Le fait de métamorphoser sa douleur afin de la surmonter permettra à l'individu de donner du sens à son expérience et lui permettra de ne pas devenir invulnérable mais résilient. La distinction entre ces deux concepts peut paraître fine, et pourtant ceux-ci achemineront l'individu sur deux types de personnalités bien distinctes : en devenant invulnérable, la personne aura plus de facilités à reproduire le même schéma et donc pourra potentiellement devenir agresseur à son tour. A l'inverse, le résilient réorganisera sa vie autour de l'entraide et de l'attention à l'autre. Les résilients sont blessés, mais ils ont les compétences

nécessaires pour guérir la blessure, pour la cicatriser. Tout au long de leur vie, cette cicatrice témoignera de leur lutte et de leur victoire. (5)

Métamorphoser sa douleur permet donc de donner sens à ce que l'on a vécu, un sens qui nous permet d'avancer sans être handicapé au quotidien par le poids du traumatisme. Le fait de changer de prisme sur l'évènement permettra de tirer une « leçon de vie » qui permettra d'aller de l'avant, de transformer sa souffrance en force, sa douleur en bienveillance. Le monde nous offre alors des merveilles : Simone Veil devenue ministre des Affaires sociales et de la Santé, se battant corps et âme pour les droits des femmes, ayant elle-même été victime de l'atrocité humaine, survivante de la Shoah. Les femmes victimes de violences conjugales qui deviennent militantes et fondent des associations pour cette cause. Les personnes victimes de maltraitances parentales qui réussissent par la suite à ne pas reproduire le même schéma, ni tomber dans l'extrême inverse, en élevant leur enfant dans la tendresse, la bienveillance et l'acceptation de l'autre, celles et ceux qui, victimes d'accidents graves, de catastrophes naturelles qui deviennent secouriste à leur tour.

« On peut avoir été maltraité, violenté, humilié en tant qu'enfant par des parents ou des gardiens inadéquats et devenir un père ou une mère aimante, on peut traverser des situations infernales et vivre une vie épanouie. » (Rosette Poletti) (5)

L'exposition Véréor de Amélie Payan Nave illustre à la perfection cette libération du traumatisme par la métamorphose : à la suite de l'attentat du Bataclan, Amélie Payan victime de Stress Post-Traumatique entame une longue période sous traitement Anti-dépresseurs. N'arrivant pas à se résoudre à jeter les boîtes de médicaments, celle-ci décide de « faire du beau avec du moche » en les envoyant à une quarantaine d'artistes différents, afin de laisser une trace de cet évènement tragique. C'est par ce projet qu'Amélie Payan a réussi à vaincre sa dépression, à surmonter son silence, à retrouver ses sens qu'elle sentait depuis comme anesthésiés. C'est en métamorphosant sa souffrance qu'Amélie Payan a réussi à s'ouvrir de nouveau à la vie. (7)

1.3.4. Les mécanismes de défenses

Lorsqu'un individu a mis en place des mécanismes de défense efficaces dans sa vie quotidienne, sa résilience est considérée comme réussie. On peut alors identifier quatre mécanismes principaux chez les personnes résilientes : la sublimation, le contrôle des affects, l'altruisme et l'humour.

La sublimation : elle permet d'orienter la force de vivre vers des activités socialement valorisées (artistiques, intellectuelles, morales). Cette vitalité permet aux blessés de l'âme d'éviter le refoulement et l'enfermement et de s'exprimer entièrement.

Le contrôle des affects : c'est le fait de réussir à gérer les émotions afin d'éviter que celles-ci deviennent trop extrêmes et entravent donc les relations sociales : éviter les crises de colères, la rumination, les passages à l'acte brutaux. C'est apprendre à contrôler la frustration. Ce mécanisme est lié à l'expression, sans cette dernière, les émotions deviennent plus compliquées à gérer.

L'altruisme : La contribution à autrui permet d'éviter le conflit intérieur. Ce dévouement permet aussi de remonter l'égo par le retour positif social. Il faut cependant faire attention à ne pas se noyer en se voilant la face, ou refouler son mal-être et ne pas s'en occuper.

L'humour : cette dernière défense est précieuse, elle permet l'auto-dérision et donc de prendre du recul sur la situation en dédramatisant l'évènement. Ce mécanisme permet de faire le récit de l'évènement traumatique tout en prenant de la distance, de ne pas se faire entamer par l'épreuve et de faciliter la communication à l'autre. (6)

1.4. La prise en charge psychique en ostéopathie

1.4.1. L'écoute du patient

Lors de la prise en charge ostéopathique, l'écoute du patient est primordiale, qu'elle soit auditive, visuelle ou tactile, cette écoute doit se faire de façon globale afin de ne passer à côté d'aucun élément et de laisser la possibilité au patient de

s'exprimer de la manière dont il le souhaite, consciente ou inconsciente, celle où il sera le plus à l'aise.

Cette écoute globale porte sur les différents aspects suivants : les mots choisis par le patient : ceux-ci marqueront parfois les idées inconscientes qui se cachent derrière ses maux. Ainsi que sur la communication non verbale : sa voix est-elle puissante, fluette, claire, rauque, tremblante, assurée, douce, chaude, ou voilée ? Son rythme de parole est-il rapide, lent, ou monotone ? Le ton qu'il utilise est-il agressif, timide, haché, ferme, ou calme ? Son mutisme par moment : le blanc dans la conversation est-il une réflexion ou une reprise d'un état d'âme ? L'intention de ne pas s'épancher sur un sujet ? Un excès de timidité ? Un instant d'instabilité émotionnelle ? Sa façon de s'habiller, de se maquiller ou non, et donc de se présenter au monde, de prendre soin de sa personne. Sa façon de se positionner, sa posture, le patient est-il avachi, se tient-il droit comme un piquet ? Les jambes sont-elles croisées ? Ecartées, détendues ? Que fait-il de ses mains, quelles sont ses mimiques ? Le patient nous livrera ce qu'il veut bien nous révéler sur lui-même, il en est du rôle de l'ostéopathe de rester observateur attentif du début à la fin de la prise en charge.

Lors de l'écoute auditive de notre patient, nous devons cependant faire attention de ne pas tomber dans le piège du traumatisme chronique. Celui-ci ne sera pas responsable de toutes les douleurs. Un traumatisme important cachera, comme une lumière qui éblouit, d'autres traumatismes plus aigus qui seront la cause de certaines souffrances. L'important est de laisser le patient dérouler son histoire et trouver lui-même le traumatisme en lien avec ses difficultés.

En symbiose avec notre écoute visuelle et auditive, l'ostéopathe utilise un sens spécifique à sa profession : le toucher. En occupant une place centrale dans la consultation, le toucher est la clé, notre atout maître en ostéopathie. Il dirige notre pratique, il est notre force. Cette qualité d'écoute qui éveille tous nos sens nous permet d'écouter avec délicatesse, traquant les failles, les détails, les cicatrices, et la colère... Jusqu'à découvrir, peu à peu, l'origine cachée des souffrances du patient.

Cette écoute globale est aussi à réaliser en réintégrant le patient dans son environnement. Afin de comprendre au mieux les raisons de ces douleurs psychiques et physiques, il est essentiel de raisonner sur les maux du patient en le replaçant dans son contexte Bio-psycho-social, car son état de bien-être global sera défini par sa santé physique, mais aussi mental et social. Dans son ouvrage *La mémoire du corps*,

(14) Pierre Hammond donne son point de vue selon son expérience d'ostéopathie crânio-facial sur l'importance de prendre en charge le patient dans sa globalité. Selon lui, l'homme est un tout « indissociable entre le corps et l'âme ». Il défend ainsi, qu'en libérant l'ensemble des tensions des tissus liées plus spécialement à l'hérédité, à la vie intra-utérine, à la naissance, l'ostéopathe parvient à donner au corps toute l'expression de sa conscience, de son intelligence et de son extraordinaire capacité de conversion.

1.4.2. La libération émotionnelle par le déroulé fascial

Le fascia, constitué de tissus conjonctifs, est présent dans l'ensemble de notre corps sous différents aspects comme la peau, les tendons, les os, les aponévroses, les tissus de remplissage, les tissus de soutien comme les mésos, les épiploons, les ligaments, etc. C'est en celui-ci que vient s'imprimer les tensions émotionnelles. Le fascia est doté d'une "mémoire cellulaire", qui lui vient de la croissance embryologique. Cette mémoire lui permet d'enregistrer toutes les distorsions subies par celui-ci, ainsi que de les corriger lui-même jusqu'à un certain seuil, au-delà duquel il n'aura plus la capacité d'y parvenir seul. Il entre alors dans un processus pathologique, voire dégénératif. En effet, quand le tissu conjonctif est submergé et qu'il ne peut plus faire complètement face à la situation, il garde alors en mémoire la tension créée par le stress de façon autonome et indépendante des voies neurales supérieures. (15)

Pour Serge Paoletti, un ostéopathe travaillant sur la mémoire de la substance fondamentale, cette mémoire cellulaire a été mise en évidence par l'expérimentation de Frankstein (16). Ce chercheur a injecté de l'essence de térébenthine dans la patte d'un chat, sous l'intensité du choc, celui-ci a immédiatement retiré sa patte en triple flexion. Quelque temps plus tard, le chat retrouva un usage normal de sa patte. Lorsque Frankstein procède quelques mois plus tard à une atteinte du tronc cérébral du chat, immédiatement, sa patte traumatisée prend une position de triple flexion. L'interruption des processus régulateurs supérieurs des voies neurales a fait ressortir le traumatisme initial. On parle alors de mémoire cellulaire, ou de mémoire périphérique. Serge Paoletti, préfère parler de mémoire du tissu conjonctif, et plus précisément de mémoire de la substance fondamentale. Cette mise en mémoire se

répercute à un niveau local, puis remonte de façon discrète et gagne tout le métamère, puis par l'intermédiaire des chaînes fasciales, tout le reste du corps. La création d'une chaîne lésionnelle dépend de la capacité d'adaptation du sujet. Avec l'âge et l'accumulation des traumatismes, le corps aura de plus en plus de mal à se défendre, les possibilités d'adaptation se réduiront. Sachant que le fascia est présent dans tout le corps humain, et que ces tissus sont tous en interrelation les uns avec les autres, un traumatisme se répercutera dans le corps entier peu importe l'intensité et la localisation de la lésion. Il n'existe donc aucune pathologie sans résonance sur le fascia. Toute pathologie ne peut s'étendre qu'après avoir submergé les possibilités d'adaptation du tissu conjonctif. (16)

Selon Pierre Hammond, la mémoire émotionnelle corporelle est aussi liée à la mémoire de l'eau. En effet, les fascias mémorisant les tensions dues au stress sont constitués d'eau. Le corps dans sa globalité est constitué d'environ 75% d'eau et le fœtus se développe dans le ventre maternel en baignant dans le liquide amniotique. Celui-ci s'appuie sur une expérience du japonais Masaru Emoto qui démontrent que l'eau véhicule par sa mémoire : les sons, les formes, mais aussi l'énergie induite par les mots ainsi que les informations positives et négatives, et les émotions. Ce qui expliquera alors la mémoire cellulaire, car elle-même composée d'eau. (14)

Notre rôle, en tant qu'ostéopathe, sera d'appréhender par la main, la motilité des tissus ainsi que l'empreinte des lésions imprimées en eux, puis d'aider le fascia à évacuer ces traces afin de retrouver une physiologie normale. Et donc permettre au patient de se libérer émotionnellement par la fonte des tensions fasciales. (16)

1.4.3. Les effets de l'ostéopathie sur la gestion du stress et des émotions

L'ostéopathe, du fait de sa pratique, aura la faculté d'interagir avec la régulation du système nerveux et du système hormonal. En ciblant ainsi son traitement sur les structures en lien avec les systèmes, le thérapeute aura la capacité de réduire le stress physiologique de l'individu, ainsi que de l'aider dans la gestion de ses émotions lors de situations difficiles.

Le système nerveux autonome est divisé en deux branches principales : le système nerveux orthosympathique et le système nerveux parasympathique. Le système nerveux orthosympathique est activé en réponse au stress, provoquant une réponse "lutte ou fuite" en provoquant une mydriase (dilatation des pupilles), une dilatation des bronches, une augmentation de la fréquence respiratoire et de la fréquence cardiaque, ainsi qu'une vasodilatation. Tandis que le système nerveux parasympathique est responsable de la préparation du corps au repos, de la digestion et de la récupération, en procédant à l'inverse à la diminution de la fréquence cardiaque et pulmonaire, une augmentation des sécrétions gastriques et du péristaltisme afin de favoriser la digestion. Lorsque ces deux systèmes interagissent de manière équilibrée, l'organisme présentera une meilleure capacité à s'adapter aux situations stressantes et à récupérer après celles-ci.

L'ostéopathe peut alors venir explorer le système nerveux : des noyaux de la base (amygdales/système limbique) jusqu'aux plexus en passant par le trajet du nerf vague, lui-même en lien avec le tronc sympathique thoracique au niveau des premières dorsales/côtes et du dôme pleural. L'abord de ce plexus peut se faire aussi au niveau du manubrium. Le thérapeute pourra aborder le plexus solaire, le diaphragme, les étages vertébraux en lien avec le parasympathique et l'orthosympathique. En utilisant des techniques crâniennes ou de reflexes neurovégétatifs, le thérapeute pourra ainsi inhiber l'orthosympathique lorsque celui-ci est en hyperactivité chez le patient, ou activer le parasympathique si celui-ci est en hypoactivité.

Le système hormonal est géré par le complexe hypothalamo-hypophysaire, l'ostéopathe pourra travailler sur cet axe directement via des techniques crâniennes, mais aussi en ciblant la circulation sanguine afin d'aider au bon transport des hormones.

Les techniques de déroulé fascial sur la ou les zones de tensions somatiques sont très efficaces afin de permettre au patient de se libérer de son stress ou de ses émotions désagréables. « Certains jours les difficultés de la vie irriteront le tissu de cette cicatrice psychique » (5) (Rosette Poletti, 2001). Il en est du devoir de l'ostéopathe de venir assouplir cette tension afin de permettre un quotidien plus confortable et moins entravé, moins restreint dans les mouvements physiques et psychiques du patient.

L'encrage physique du traumatisme est propre à chacun car les notions de temporalité et des faits très variables dans l'intensité d'un traumatisme, d'un individu à l'autre. Les zones à travailler seront donc en fonction de l'encrage du traumatisme et de son trajet chez l'individu en question. L'approche sera donc différente et adaptée à chaque patient, mais le principe restera globalement le même : lever l'état de choc, travailler sur le trajet, et libérer la zone touchée. Un modèle théorique est donc compliqué à mettre en place du fait de la grande variabilité de processus de somatisation dans la population. Il reste toutefois pertinent de se guider de différents modèles de lecture que l'on pourra ensuite adapter au patient.

1.4.4. Favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des patients

Une personne traumatisée, déprimée ou en état de choc n'aura pas d'autre choix que de se prendre en main afin d'emprunter le chemin de la résilience. Il est important de rappeler qu'il est lui seul acteur de ce processus de reconstruction. Evidemment l'entourage et les professionnels de santé sont présents pour le soutenir et lui suggérer différents chemins vers la guérison. En revanche, seul lui sera maître de son état de santé. Il est essentiel que le patient comprenne cela et présente l'envie de guérir. La résilience n'est possible qu'à condition que l'individu décide de lui-même d'entamer le processus et de s'en donner les moyens, personne ne pourra le réaliser à sa place. C'est pour cela que l'ostéopathe a pour rôle de favoriser l'autonomie et la responsabilité du patient. C'est alors qu'entre en jeu l'alliance thérapeutique. Sans elle, le patient ne pourra avoir confiance en la béquille que le professionnel lui apporte afin de l'aider à retrouver son autonomie. Cette alliance thérapeutique nécessite une approche collaborative entre le patient et le praticien afin d'atteindre les objectifs de santé définis lors de la consultation.

« Le concept de résilience permet de regarder autrement ceux qui vivent des tragédies et ceux qui partent dans la vie avec une enfance meurtrie, de les soutenir avec intelligence, humilité et compassion ». (5) (Rosette poletti, 2001)

L'ostéopathe peut alors aider les patients à comprendre les causes sous-jacentes de leurs problèmes de santé et leur prodiguer des conseils sur les changements de mode de vie pouvant améliorer leur santé à long terme. Dans son livre *La mémoire du corps* (14), Pierre Hammond donne comme exemple les effets

de l'ostéopathie crânio-faciale sur la conscientisation du corps par le patient. Il prend comme exemple les séances réalisées sur une jeune femme atteinte de sclérose en plaques. Cette pathologie qui atteint le système nerveux crée une démyélinisation des axones des neurones, ce qui perturbe voire annule la connexion des neurones entre eux. Or par les séances d'ostéopathie, plus la patiente prenait conscience de son propre corps, plus la myélinisation de ses axones se reformait, ce qui permettait de stabiliser la pathologie. Il est tout de même important de souligner que l'ostéopathie ne permet pas de soigner la maladie mais simplement de la stabiliser et d'apporter un confort quotidien au patient.

Les séances ostéopathiques permettent la conscientisation du corps mais aussi de l'esprit, elles peuvent permettre le déclic dont le patient avait besoin afin de se prendre en charge physiquement et mentalement, en changeant ses habitudes de vie, en s'ouvrant à la communication avec ses proches, ou en commençant une thérapie psychologique.

2. Le chemin des émotions dans le corps

2.1. La somatisation : Anatomie et approche ostéopathique

2.1.1. La somatisation

Lorsqu'une personne ne peut exprimer sa souffrance psychologique pour cause de différents barrages psychologiques, le corps va alors produire une tentative désespérée afin d'exprimer ce que l'esprit ne peut pas libérer. C'est le processus de somatisation, il est le résultat de la transformation de stress émotionnels ou psychologiques en symptômes physiques sans cause physique évidente. La somatisation est associée à l'anxiété, à la dépression, au stress post-traumatique, ainsi qu'aux troubles de la personnalité. Celle-ci est souvent liée à un conflit inconscient ou à un traumatisme émotionnel non résolu. Le fait de somatiser un sentiment provoque une réponse physique, organique à un stress psychologique. Les personnes qui ont recours à la somatisation peuvent présenter une multitude de symptômes physiques tels que des maux de tête, des douleurs abdominales, des nausées, des tensions musculaires, une fatigue chronique, le développement de

pathologies plus ou moins bénignes. Il convient de souligner que ces symptômes ne sont pas le résultat d'une maladie organique réelle au commencement, mais plutôt d'une manifestation de troubles psychologiques. Cependant la somatisation fréquente peut conduire à certaines pathologies. En prenant l'exemple d'infections urinaires fréquentes par le refoulement de certains tourments, l'irritation constante de la vessie peut amener à la cystite qui elle-même peut conduire à une pyélonéphrite. Les mécanismes précis qui sous-tendent la somatisation ne sont pas encore bien compris. Cependant, ce processus a été mis en lien avec une tension psychologique accumulée qui exerce une pression sur le système nerveux, ainsi qu'une hyperactivité du système nerveux autonome (orthosympathique et parasymphathique).

2.1.2. Anatomie et physiologie du parcours de la somatisation

Au commencement de cette grande chaîne d'encrage des émotions dans le corps, ce trouve le système limbique. Celui-ci est l'ensemble des structures ayant pour fonction les processus de mémorisation et des émotions. Il est aussi parfois appelé « cerveau émotionnel » mais ce terme est controversé avec l'avancer des neurosciences sur le sujet qui commence à émettre un modèle plus complexe sur le « découpage » des zones des fonctions cognitives.

Le système limbique est connecté avec le cortex cérébral et le thalamus, qui jouent un rôle fondamental dans la motricité volontaire mais aussi dans l'apprentissage, la mémoire et les émotions.

Le système limbique est associé aux ganglions de la base (ou noyaux gris centraux), une région du cerveau comprenant un ensemble de noyaux sous-corticaux situés environ au centre du cerveau humain. Ces noyaux sont le striatum (regroupant le noyau caudé et le putamen), le globus pallidus interne et externe, le noyau sous-thalamique et la substance noire.

Le rôle des ganglions de la base dans les émotions s'explique par le fait que la partie ventrale du striatum reçoit des projections neuronales des régions du système limbique (amygdale, formation hippocampique et cortex associatif limbique).

Les cortex pré frontal et fronto orbitaire, l'amygdale et l'insula jouent un rôle central dans la régulation des émotions mais également dans la pathogénèse des

troubles psychiatriques. Il semblerait également, qu'en raison de ses connections, le système limbique joue un rôle dans la régulation auto-immune, endocrinienne et du système nerveux autonome. Le cortex orbito-frontal est la structure la plus importante, car elle est la seule structure du cerveau à avoir des connections avec presque toutes les régions du cerveau. (17)

Le système limbique n'est pas seulement impliqué dans les émotions mais également dans : l'apprentissage de la mémoire, l'olfaction, le contrôle du système endocrinien qui participe à la libération d'hormones, les comportements alimentaires et l'appétit, ainsi que dans le système nerveux autonome qui contrôle les fonctions respiratoire, digestive et cardiovasculaire.

Les corps amygdaloïdes jouent un rôle dans l'agressivité, la colère, la peur, l'anxiété et la mémoire émotionnelle. Ils effectuent aussi un rétrocontrôle sur les deux nerfs vagues (pneumogastriques) par les liens neurologiques, les amygdales viennent alors activer le parasymphatique. Le thérapeute en posant les mains au crâne, pourra ressentir un fluide énergétique sur le trajet des nerfs vagues avec une sensation d'activité plus ou moins forte des amygdales.

L'hippocampe joue un rôle dans l'apprentissage et le stockage d'une information en mémoire à long terme.

Le septum intervient dans le circuit de récompense (ou de renforcement). Mais aussi dans le comportement social et l'expression de la peur. Les anomalies de son fonctionnement ont été liées à une variété de maladies allant de la dépression à la schizophrénie.

L'hypothalamus est une structure vitale du système limbique qui est responsable de la production de multiples messagers chimiques : les hormones. Situé sous le thalamus, l'hypothalamus envoie des neurones qui contrôlent : la sécrétion de certaines hormones sécrétées par l'hypophyse (ou glande pituitaire), le système nerveux autonome (régulation de la température, du cycle circadien, rythme cardiaque, sudation), et certains comportements (sexuels, alimentaires, de défense, de stress). La sécrétion de CRH (corticotropin-releasing hormone) par l'hypothalamus stimule la production d'ACTH (hormone corticotrope) par l'hypophyse. La corticosurrénale détecte les concentrations sanguines d'ACTH et, en réponse à cette activation de l'hypophyse, sécrète du cortisol. Celui-ci rejoint ses récepteurs, situés en périphérie et au niveau cérébral : dans le cortex préfrontal ainsi que dans l'hippocampe. Ces deux structures corticales sont responsables du contrôle négatif de

l'axe Hypothalamo-Hypophysaire par l'envoi d'un message inhibiteur à l'hypothalamus entraînant ainsi l'arrêt de la libération de CRH. Le cortisol circulant adresse également un message inhibiteur à l'hypothalamus, afin de faire cesser la sécrétion de CRH, et à l'hypophyse, permettant l'arrêt de la sécrétion d'ACTH. Enfin, l'ACTH circulant envoie un message inhibiteur à l'hypothalamus, chargée de limiter la sécrétion de CRH. Par ces boucles de rétrocontrôle négatif, l'organisme peut réduire, et ramener à une valeur basale, les concentrations sanguines de cortisol après un évènement traumatisant. (15,18,19)

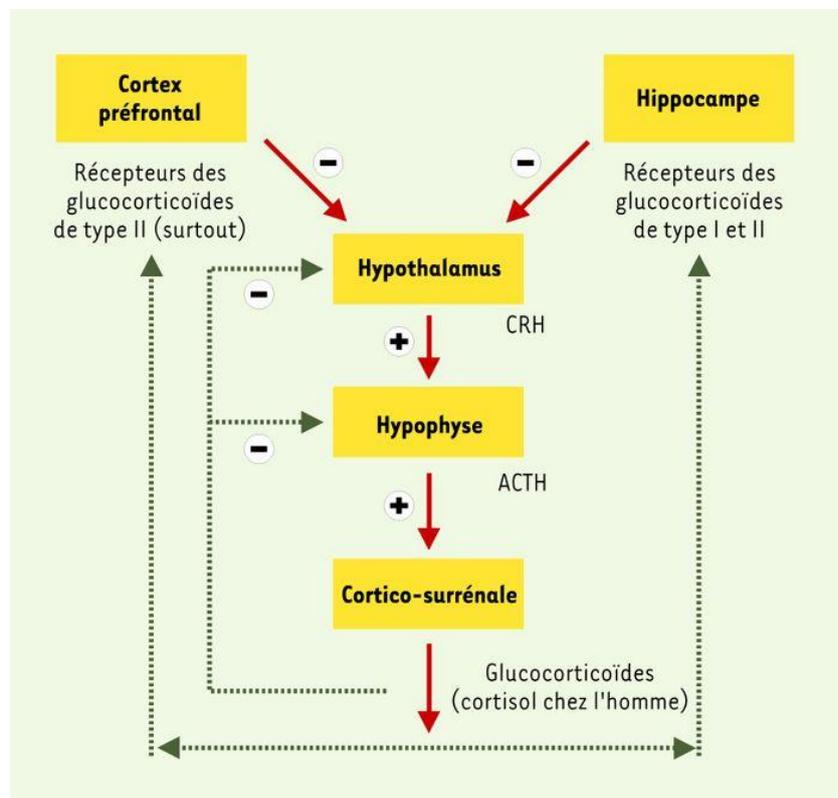


Figure 1 : Activation et rétrocontrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) lors d'un évènement traumatisant.

Southwick, S. and col en 2005 examine dans une étude la relation entre la biologie de la dépression et la résilience au stress et prouve que la résilience est associée à des processus biologiques spécifiques, tels que la régulation du cortisol, une hormone du stress. (20)

Les noyaux de la base comprennent aussi le Bulbe olfactif, le Fornix, les Tubercules mamillaires qui participent à la mémoire récente et à long-terme. Le Gyrus cingulaire qui sert de voie de transmission des messages entre les parties intérieure et extérieure du système limbique. Le noyau antérieur du thalamus ainsi que l'épiphyse.

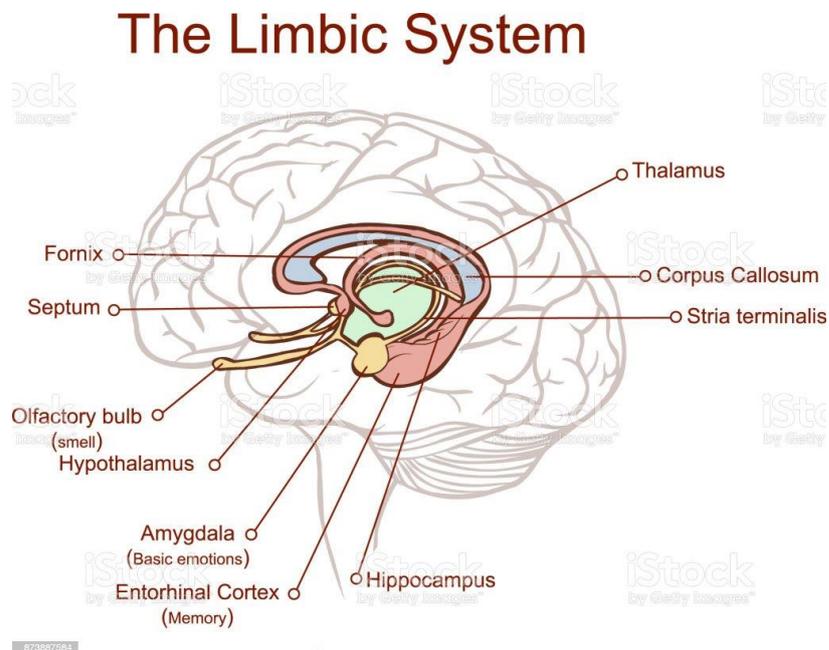


Figure 2 : Le système limbique.

Une perturbation de ce système peut être causée ou entretenue par des dysfonctions des structures alentours comme le frontal, le sphénoïde et l'occiput. Selon Magoun, le sphénoïde et l'occiput sont les chefs d'orchestre de la motilité crânienne. En effet, le sphénoïde influe les mouvements de la sphère antérieure du crâne (les os de la face, le frontal, l'ethmoïde et le vomer) tandis que l'occiput régit la sphère postéro latérale (pariétaux, temporaux, mandibule, os hyoïde et sacrum). Par conséquent, le travail sur la synchondrose sphéno basilaire (SSB) entraînera des répercussions également sur tous les os du crâne et donc sur les structures contenues dans la boîte crânienne. Par exemple, dans la mesure où le frontal est en lien avec le cortex pré frontal et le cortex fronto-orbitaire, nous pouvons supposer qu'un travail sur le frontal, directement ou par l'intermédiaire de la SSB, exercera une influence sur le cortex limbique puisqu'en permettant une meilleure mobilité des structures environnantes, il semblerait que la fonction soit améliorée. (17)

A la suite de l'encrage des souvenirs avec les émotions, la somatisation se poursuit généralement par les nerfs vagues, grâce au rétrocontrôle des amygdales sur ceux-ci comme vu précédemment. L'ostéopathe aura la possibilité après avoir travaillé sur les structures cérébrales, de venir inspecter les trajets de ces deux nerfs afin de corriger d'éventuelles dysfonctions sur ceux-ci. Permettant ainsi une amélioration du passage des informations et une libération somato-émotionnelle.

Trajets des Nerfs Vagues ou Pneumogastriques :

Dans le crâne :

Les nerfs vagues ont pour points de départs les noyaux du tronc cérébral : du noyau ambigu (moteur), du noyau du faisceau solitaire (sensitif), ainsi que du noyau dorsal du X (végétatif). Ils émergent ensuite du sillon collatéral dorsal du bulbe afin de passer bilatéralement dans les foramens jugulaires.

Dans la loge viscérale du cou :

Ils descendent dans la gaine viscérale du cou entre les carotides communes et les veines jugulaires internes, tout en longeant la thyroïde.

Dans l'orifice supérieur du thorax (OST) :

En traversant l'OST en passant en arrière de la clavicule, c'est à cet endroit que les nerfs vagues sont en lien avec le tronc sympathique thoracique au niveau des premières côtes, et du dôme pleural.

Dans le thorax :

Les deux nerfs longent de part et d'autre les lames médiastinales, en arrière des veines brachio-céphaliques droites et gauches. C'est à cet endroit que les nerfs vont prendre deux chemins différents en fonction de leur distribution : le nerf vague droit passe en avant du tronc brachio-céphalique à la séparation (subclavière et carotide commune). Alors que le nerf vague gauche passe en avant de la crosse aortique. Ils cheminent ensuite en arrière des bronches droite et gauche. Puis longent l'œsophage en formant le plexus œsophagien, le nerf vague droit en étant situé face postérieure de l'œsophage, et le nerf vague gauche en antérieur. Ils pénètrent alors dans l'abdomen par le hiatus œsophagien du diaphragme.

Dans l'abdomen :

Les deux nerfs longent la jonction Eso-Cardio-Tubérositaire avant de se rejoindre pour former le plexus Soléaire ou Cœliaque d'où partent ensuite les branches gastriques et hépatiques. Ils forment aussi dans le petit épiploon le plexus vagal hépatique.

Les nerfs vagues ont plusieurs fonctions, au niveau sensitif ils innervent la peau du conduit auditif externe de chaque oreille. Leurs fonctions motrices sont multiples, ils actionnent les muscles du pharynx, du voile du palais, ainsi que du larynx. Ils ont une action neurovégétative à plusieurs étages, au niveau du cou ils innervent la trachée, l'œsophage, ainsi que les vaisseaux sanguins. Lors de leur passage dans le thorax, ceux-ci innervent les bronches, le cœur, les poumons, ainsi que les vaisseaux sanguins. Ils finissent ensuite leur parcours dans l'abdomen en innervant l'estomac, le foie, ainsi que l'intestin. Ces deux nerfs constituent tous les plexus viscéraux, à l'exception du plexus hypogastrique.

2.1.3. L'expression du corps : liens entre maux et significations

Selon la médecine traditionnelle chinoise, le corps physique est le premier reflet de notre bien-être ou mal-être. Toutes les émotions refoulées consciemment ou inconsciemment sont projetées sur un organe, qui se retrouvera affaibli et en correspondance avec un centre énergétique perturbé. Cette somatisation provoque ainsi des malaises, de l'agressivité, de la violence et d'autres réactions inappropriées, désignant un certain mal-être chez l'individu. Sur une longue période, ce stockage émotionnel projeté sur l'organe aura une incidence directe sur le corps physique et créera ainsi des douleurs, des tensions, des maux de dos, de tête, des pertes de mobilité et de motilité. Depuis des siècles, la médecine chinoise traditionnelle établit des liens entre les organes et les émotions. Voici selon cette approche, le siège des émotions pour chaque organe :

- Les reins : les peurs, la terreur.
- Le cœur : La joie de vivre, excitabilité.
- Les poumons : le chagrin, la tristesse, la mélancolie.
- L'estomac : les inquiétudes, le désespoir, la mélancolie.
- Les intestins : l'assimilation de la vie, la nervosité, l'anxiété.
- Le foie : la colère, l'irritabilité, la haine.
- La rate : l'inquiétude, le ressassement d'idées.
- Le pancréas : l'insécurité, l'introversion, l'anxiété.

Il est important de préciser que l'approche de la médecine chinoise est bien plus développée et détaillée que ce simple résumé. L'ostéopathe Pierre Hammond s'en est inspiré pour sa pratique au fil des années. C'est dans son livre *La mémoire du corps* (14) qu'il nous présente les liens qu'il a pu faire entre les états d'âme et les différents maux du corps, au cours de ses dix années d'expériences en milieu hospitalier. Selon lui, la bronchiolite du nourrisson est liée à un choc antérieur : lorsque la procréation ne se déroule pas dans d'harmonieuses conditions, ou que l'enfant n'est pas désiré, le nourrisson souffre d'une insuffisance respiratoire. Il lui manque le souffle de la vie que ses parents sont sensés lui apporter par le désir entier de lui donner la vie : le « souffle parental ». Le nourrisson peut aussi souffrir de régurgitations, car en recrachant sa nourriture il rejette la vie, ainsi que d'ictère à cause de la colère ressentie envers ses parents qui ne le reconnaissent pas, le foie étant l'organe de cette émotion. Pierre Hammond a remarqué au cours de ses années

d'expériences que lorsqu'un conflit de la conception était présent, l'ostéopathe retrouvait une dysfonction au niveau des temporaux du nourrisson, en effet ceux-ci se referment sur eux-mêmes comme un coquillage qu'on remettrait à la mer ou un escargot à qui l'on toucherait les antennes, ce qui provoque une augmentation de la fréquence cardiaque sous l'effet du stress induit. Selon lui, la membrane méningée serait le support de l'hérédité et lors d'un conflit de conception, celle-ci se rétracterait et produirait une dysfonction crânienne. D'où l'apparition d'otites séreuses à répétition chez les petits. Cette dysfonction est repérable par la main du praticien et peut donc être corrigée afin d'éviter de plus graves affections dans le futur de l'enfant. Pierre Hammond nous livre d'autres exemples de patients venus le consulter : un petit garçon très agité, qui ne pouvait fixer son attention, avec un sommeil perturbé par de nombreux cauchemars. Lors de la séance P. Hammond s'est aperçu lors de l'écoute crânienne que les fibres des os du crâne étaient particulièrement denses, ce qui faisait échos selon lui à un conflit intérieur chez ce petit. Il retrouvait souvent ce tableau clinique chez les enfants à qui l'on a dissimulé un secret les concernant. Il demanda alors à la mère s'il s'était passé un évènement important avant sa naissance ou après, elle répondit qu'elle avait perdu une petite fille lors d'une fausse couche au sixième mois de gestation avant la grossesse le concernant. A ce moment-là le petit s'exclama qu'il le savait, et P. Hammond senti la tension fondre sous ses mains. A partir de cette séance l'enfant ne montra plus aucun signe de nervosité. L'ostéopathe nous donne aussi l'exemple d'une femme d'une soixantaine d'années qui présentait des pathologies récurrentes sur la sphère urogynéco (reins, vessie, ovaires, utérus). Celle-ci présentait des kystes ovariens, des fibromes utérins, et des cystites à répétition. Lorsque Pierre Hammond lui posa la question suivante : « Quel évènement a pu vous conduire à nier ainsi votre féminité ? », la patiente étonnée lui livra qu'elle avait accueilli sa mère malade au sein de son foyer pendant des années, celle-ci était agressive et critique. De part cette présence la patiente ne parvenait pas à vivre sa vie de femme au sein de son couple et de sa famille.

2.2. La libération Somato-émotionnelle

L'ostéopathie Somato-émotionnelle est une approche où la psychologie est intégrée de manière centrale lors de la consultation afin de permettre un bilan plus holistique de l'individu. « Somato » signifiant le corps, cette approche vise à libérer les tensions laissées par les chocs émotionnels logés dans celui-ci. Cet outil puissant d'autonettoyage, d'autorégulation réside en chacun de nous. Il suffit parfois d'une main extérieure afin de guider le corps et l'inconscient vers la libération.

L'approche Somato-émotionnelle de R. Fiammetti découle des travaux de John Upledger : pionnier de l'ostéopathie cranio-sacrée. Il s'est intéressé plus précisément aux liens entre le corps et l'esprit, en les reliant par une communication à la fois physique, émotionnelle et énergétique. C'est au cours de nombreuses dissections de cadavres humains qu'Upledger découvrit et mit en avant l'existence de « kystes énergétiques » au sein des fascias. Comparables à de « petites boules d'eau », ces kystes énergétiques sont les empreintes laissées par les traumatismes non digérés de l'individu. C'est ainsi que l'inconscient laisse les traces des chocs émotionnels dans les fascias.

« Tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime et quel meilleur terrain le corps pouvait-il choisir à part lui-même ? » R. Fiammetti.

Ces empreintes émotionnelles se sentent à la palpation des fascias, ces enveloppes tissulaires constituées de tissu conjonctif, forment une architecture qui relie entre elles toutes les différentes structures du corps. Ainsi, lorsqu'une tension se loge au sein de l'un d'entre eux, celle-ci se répercutera dans le corps entier par le biais de cette grande chaîne tissulaire. Une tension créera ainsi des dysfonctions au sein de différents organes par le biais des systèmes neurovégétatif, vasculaire, et endocrinien.

A la différence d'un kyste osseux ou tendineux qui se ressent comme une grosseur sphérique plus ou moins dense et malléable, le kyste énergétique, plus subtil, se ressent sous la forme d'un point de tension dans le fascia. En recherchant à faire fondre celle-ci, l'ostéopathe viendra adoucir voire effacer cette empreinte émotionnelle rendant ainsi plus facile la résolution du traumatisme pour le patient, et donc faciliter le processus de résilience. Une thérapie bi-disciplinaire en ostéopathie

et psychologie est intéressante : lorsque le conscient bloque sur un évènement, le patient n'arrivera pas à se libérer par la parole seulement. Au cours d'une séance d'ostéopathie, sans même le rechercher le thérapeute sentira le kyste énergétique, en le travaillant pour relâcher la tension. Une connexion entre le fascia et l'inconscient fera remonter un souvenir au patient, le libérant ainsi de cette empreinte émotionnelle. De ce fait, il pourra de nouveau avancer dans sa thérapie psychologique. Le fait de libérer l'empreinte émotionnelle au niveau du fascia permettra de libérer ce blocage. Inversement, il arrive de rencontrer un blocage lors d'un suivi ostéopathie, notamment lorsqu'une douleur revient sans arrêt. Lors d'une séance de psychothérapie il se peut qu'un souvenir remonte et vienne libérer une zone de tension importante dans le traitement de cette souffrance, libérant ainsi la dernière barrière permettant au patient de retrouver toutes ses capacités d'adaptation, annulant ainsi la douleur.

« Quand les fascias ont la possibilité de s'exprimer, c'est la mémoire du corps qu'ils racontent, ils sont la trame de vie, la demeure dans laquelle la vie séjourne ». Andrew Taylor Still.

Le thérapeute peut à sa convenance utiliser toutes sortes de techniques tissulaires, le but étant de relâcher les zones de tensions du corps en lien avec l'émotionnel comme le plexus solaire, le sternum, le diaphragme, les vertèbres. Le patient peut réagir de plusieurs façons différentes, une sensation de légèreté globale peut survenir, mais il est aussi possible qu'une angoisse le submerge au moment de la manipulation. Cela peut se traduire par une détente enveloppante, des tremblements, des sensations de froid ou de chaud, ces réactions sont propres à chacun. Il se peut aussi que le patient ne présente aucune sensation physique mais ressente une émotion incontrôlable telle que l'envie de rire ou de pleurer. Il est essentiel pour le thérapeute de rester aux aguets des réactions du patient afin de l'accompagner au mieux. L'important est de laisser le corps travailler seul, en lui donnant un point d'appui. Le thérapeute n'est alors qu'un simple guide sur le chemin du traumatisme refoulé.

Selon Roger Fiammetti « La cellule contient une mémoire infallible : toutes les émotions, bien et surtout mal gérées, y sont imprimées selon un code bien précis. Seul le corps en détient l'accès. L'intérêt est de pouvoir accéder à ce code et libérer

le corps des nœuds tissulaires qu'il a pu créer à la suite de chocs émotionnels mal vécus et non exprimés ». Chacune des émotions seraient intimement liées à une zone corporelle précise, c'est au cours de nombreuses années d'expérience et de recherche que R. Fiammetti a établi une carte précise de lecture du corps.

« Il faut lire le corps comme on lit la route, avec son code bien établi » R. Fiammetti : Il est cependant important de rester prudent tout en se guidant de ces grilles de lecture, car comme le processus de résilience, celui de la somatisation est propre à chaque individu. Il est alors primordial de demander au patient comment le stress se traduit chez lui, et comment ressent-il certaines émotions afin de l'aider à comprendre comment s'est figé le traumatisme dans son corps. Et non lui imposer un modèle précis créé par tel ou tel auteur. Il vaut donc mieux s'inspirer de plusieurs afin de l'adapter au patient.

Le corps vivant change sa structure chaque jour et tout au long de sa vie, y établir ainsi un code bien défini fige le corps dans une lecture égale à chacune des périodes de vie de l'individu. Or la mobilité étant l'une des principales spécificités de la vie, figer ainsi la lecture du corps va à l'encontre du principe même du vivant.

2.3. L'ouverture de cellules d'urgences ostéopathiques

Puisqu'un traumatisme psychique peut s'inscrire dans le corps, et que l'ostéopathie permet la libération physique des restrictions causées par celui-ci et donc aide à la résilience de ce traumatisme. L'encrage des émotions dans les fascias est un mécanisme qui restera dans le temps si aucune solution de traitement n'est proposée, le patient peut alors subir de fortes réactions corporelles sur de longues périodes. L'intérêt de la prise en charge en ostéopathie de ces troubles Somato-émotionnels est évidemment de libérer le patient, mais aussi d'avoir la possibilité d'intervenir le plus rapidement possible dans le processus afin d'éviter d'éventuelles séquelles, et de favoriser une meilleure résilience. Il pourrait être intéressant d'avoir l'opportunité de prendre en charge la personne traumatisée avant même l'encrage physique du choc émotionnel. Ceci favorisera une libération à temps afin de permettre de réduire la période de souffrance de l'individu et ainsi une résilience plus abordable.

C'est dans la continuité de cette idée qu'il pourrait être pertinent d'ouvrir, en parallèle des cellules d'écoute psychologique, des cellules de traitements ostéopathiques lors d'évènements dramatiques (attentats, catastrophes naturelles, accidents). Ainsi des thérapeutes sensibilisés et formés sur le sujet pourront travailler avec les psychologues, sur la résilience.

DISCUSSION :

La résilience nécessite encore d'être étudiée afin d'explorer au mieux ses mécanismes, et surtout de pouvoir trouver des méthodes de prise en charge pouvant aider de manière plus conséquente les personnes qui souffrent de traumatismes. Les neurosciences avancent chaque jour nous permettant d'avoir de plus en plus de précisions sur le fonctionnement cérébral. Néanmoins beaucoup de liens entre le corps et l'esprit restent encore un mystère à nos yeux. Le processus de somatisation nécessite des recherches plus poussées afin de comprendre au mieux les différentes réactions de chacun et les processus par lesquels les traces émotionnelles peuvent être traitées de manière plus efficace.

Beaucoup de réponses nous sont apportées par la médecine traditionnelle chinoise, les liens Somato-émotionnels qui y sont présentés s'avèrent véridiques pour la plupart des personnes. Néanmoins l'approche est empirique et nous n'avons pas forcément de preuves tangibles sur les liens entre organes et émotions. Le fait de devoir prêter une confiance aveugle sur le phénomène est une limite. C'est un sujet à développer et qui mérite grandement de l'être.

Nous pouvons ensuite nous poser la question de la nécessité de connaître précisément la nature du traumatisme. L'intensité et le vécu étant propre à chacun, la cause du traumatisme n'aurait peut-être pas d'impact sur le traitement des traces laissées par celui-ci sur le corps. Il est essentiel pour le patient d'en connaître la nature et la provenance du traumatisme afin de procéder à l'acceptation de celui-ci pouvant permettre la libération de l'expression. Mais cette nécessité n'est pas obligatoire pour le thérapeute, car celui-ci réussira sûrement de la même manière à libérer les zones de tension provoquées par le traumatisme. De plus, ce ne sont parfois pas les traumas les plus violents qui impactent le plus fortement ou longtemps l'individu en question.

Une autre limite se présente à nous concernant la psychothérapie, certains chercheurs la remettent en question lorsque celle-ci n'est pas associée à un processus d'élimination du traumatisme comme l'EMDR, l'hypnose ou n'importe quel moyen de libération. A l'image d'un bocal rempli d'eau et de sable dans le fond, la psychothérapie permettrait de le secouer afin de faire remonter à la surface le sable caché dans le fond, mais pas de le nettoyer une fois le sable mélangé à l'eau. Cette

critique porte sur la conscientisation du traumatisme refoulé sans mécanisme de libération de celui-ci.

Concernant l'approche Somato-émotionnelle, certaines critiques soulignent qu'elle peut être difficile à appliquer chez certains troubles mentaux et nécessiterait donc d'être complémentaire à d'autres méthodes de traitement. De plus, la majorité des recherches menées sur cette approche n'ont pas encore été validées scientifiquement et nécessitent des études rigoureuses pour prouver leur efficacité.

En somme, l'approche Somato-émotionnelle peut être une approche prometteuse pour certains cas, mais doit être utilisée avec prudence et en complément d'autres méthodes de thérapie.

Enfin, mon idée de développement de centres d'urgences ostéopathiques me paraît être essentielle dans le cadre du parcours de résilience. Néanmoins cela nécessiterait une reconnaissance plus aboutie de notre profession. Il serait alors nécessaire de donner le statut de profession de santé à l'ostéopathie afin de mettre les psychologues et les ostéopathes sur un pied d'égalité. Ce qui reste un débat assez controversé au sein même des ostéopathes ainsi qu'entre les professionnels de santé et les ostéopathes.

CONCLUSION :

La résilience est un processus complexe amenant une personne ayant vécu un ou plusieurs traumatismes à prendre acte de ses souffrances afin de lui permettre de s'exprimer et donc d'éviter de s'enfermer dans sa peine, de se replier sur soi et ainsi se couper du monde extérieur. La libération de l'expression va permettre de réussir ensuite à métamorphoser sa douleur, lui permettant ainsi de surmonter ce traumatisme, de rebondir, de retrouver la force de vivre. Il n'en reste pas moins important que la personne soit actrice de sa guérison, car nulle autre qu'elle ne pourra réaliser ce long défi qu'est la résilience. Une personne résiliente sublimera alors ses failles, elle ressortira de cette épreuve plus solide et accrochée à la vie.

En tant qu'ostéopathe nous sommes acteurs dans ce processus de résilience. Nous avons la possibilité de venir en aide à ces personnes qui peinent sur le chemin de la résilience. Étant donné notre écoute globale et notre toucher, nous avons la capacité d'être, le temps d'une consultation, un guide, un point d'appui sur lequel le patient pourra s'aider afin de dérouler son schéma de somatisation, et se rapprocher ainsi pas à pas de la libération émotionnelle.

Tant le processus de résilience, que celui de la somatisation, nécessite l'avancée de recherches plus poussées. Nous pouvons néanmoins d'ores et déjà conclure que l'ostéopathie a une place importante dans le processus de résilience chez les personnes traumatisées.

LEXIQUE :

Émotion : Réponse extrêmement rapide de l'organisme à la suite de certaines circonstances inhabituelles de l'environnement qui se caractérisent par un ensemble de réponses physiologiques, comportementales expressives et cognitives expérientielles concomitantes. Suivant une approche biologique, les émotions reflètent un ensemble de réponses adaptatives et servent de signal de danger pour l'organisme. Contrairement à l'humeur, l'émotion se caractérise par une durée courte, des éléments déclencheurs aisément identifiables, une intentionnalité une intensité élevée et une fréquence d'apparition faible.

Sentiment : Terme qui fait référence aux manifestations subjectives de l'émotion n'impliquant pas de modifications des composantes comportementale-expressive et physiologique.

Traumatisme : Il peut être physique ou émotionnelle, il est en générale émotionnel aussi lorsqu'il a été physique. Traumatisme physique : Ensemble des troubles provoqués dans l'organisme par une lésion, une blessure grave. Traumatisme émotionnelle : choc émotionnel très violent qui entraîne des conséquences émotionnelles difficilement supportables au quotidien.

Somatisation : Action de somatiser un sentiment. Processus par lequel le corps exprime un sentiment ou une émotion qui ne peut être verbalisée, l'individu présente des troubles physiques découlant directement de problèmes psychologiques non résolus. L'expression de ce sentiment peut se faire sous forme de douleurs articulaires ou musculaires, maux de tête récurrents, difficultés respiratoires, maux de ventre, troubles digestifs (diarrhée, constipation), troubles de la vue, problèmes ORL (bourdonnements d'oreille, sifflements), douleurs ou oppressions thoraciques, troubles dermatologiques (boutons, démangeaisons).

Historisation : Action de faire l'histoire, c'est le processus par lequel l'individu fait le récit d'un évènement passé afin de l'incorporer dans sa propre histoire.

Syndrome de stress post-traumatique : troubles psychiatriques survenant chez des enfants ou des adultes qui ont été exposés à un évènement marquant, comme une menace de mort imminente, de blessure grave ou d'atteinte de l'intégrité physique dont ils ont été victimes ou témoins. Ces troubles peuvent survenir après l'annonce d'une mort violente ou inattendue, ou d'un évènement grave touchant un proche.

Fascia : Ensemble des tissus de soutiens et de remplissage présents dans tout le corps, constitué de tissu conjonctif, ils prennent plusieurs formes : ligaments, aponévroses, tendons, mésos, etc.

Métamère : Segment anatomique résultant de la division temporaire du corps de l'embryon : cette segmentation du corps comprend 31 divisions, chaque métamère comprend une vertèbre, une racine nerveuse des nerfs périphériques, et un territoire d'innervation sur la peau.

Péristaltisme : L'ensemble des contractions musculaires qui assure l'avancer du bol alimentaire au sein du système digestif.

TABLES DES MATIERES :

INTRODUCTION :	6
1. LA RESILIENCE.....	8
1.1. HISTOIRE DU TERME DE RESILIENCE	8
1.2. LA CREATION DU SOUVENIR TRAUMATIQUE	9
1.3. LA CAPACITE A CHACUN DE SE REMETTRE D'UN TRAUMATISME	12
1.3.1. <i>L'historisation nécessaire et abusive (SSPT).....</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>La libération par l'expression.....</i>	<i>15</i>
1.3.3. <i>Métamorphose de la douleur</i>	<i>17</i>
1.3.4. <i>Les mécanismes de défenses.....</i>	<i>19</i>
1.4. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIQUE EN OSTEOPATHIE	19
1.4.1. <i>L'écoute du patient.....</i>	<i>19</i>
1.4.2. <i>La libération émotionnelle par le déroulé fascial.....</i>	<i>21</i>
1.4.3. <i>Les effets de l'ostéopathie sur la gestion du stress et des émotions....</i>	<i>22</i>
1.4.4. <i>Favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des patients.....</i>	<i>24</i>
2. LE CHEMIN DES EMOTIONS DANS LE CORPS	25
2.1. LA SOMATISATION : ANATOMIE ET APPROCHE OSTEOPATHIQUE.....	25
2.1.1. <i>La somatisation.....</i>	<i>25</i>
2.1.2. <i>Anatomie et physiologie du parcours de la somatisation.....</i>	<i>26</i>
2.1.3. <i>L'expression du corps : liens entre maux et significations</i>	<i>32</i>
2.2. LA LIBERATION SOMATO-EMOTIONNELLE	34
2.3. L'OUVERTURE DE CELLULES D'URGENCES OSTEOPATHIQUES	36
DISCUSSION :	38
CONCLUSION :	40
LEXIQUE :	41

Bibliographie :

1. Cyrulnik B. Résilience connaissances de Base. Odile Jacob. 2012.
2. Michallet B. Résilience: Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*. 2010;22(1-2):10-8.
3. Werner E.E., Smith R.S. *Vulnerable But Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. 1954;
4. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*. 2015;66(2):14-22.
5. Poletti R. *La résilience, l'art de rebondir*. Jouvence. 2001.
6. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob. 1999.
7. Nave K. *Du beau avec du moche*. Delcourt. 2023.
8. Elizabeth A. Kensinger and Daniel L. Schacter. Amygdala activity is associated with the successful encoding of item, but not source, information for positive and negative stimuli. *Journal of Neuroscience*. 2006;
9. Elizabeth A Phelps. Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Curr Opin Neurobiol*. 2004;
10. Dreyfus L. *Chroniques d'une prise d'otages*. Flammarion. 1997.
11. Troubles du stress post-traumatique. Inserm : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>.
12. Shalev AY. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment: Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(2):166.
13. Ungar, M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry*. 2011;
14. Hammond P. *La mémoire du corps, l'approche ostéopathique*. Presses de la renaissance. 2004.
15. Stintzy Alexandra. *La mémoire familiale, s'en libérer*. 2020.
16. Porzia Pontrandolfi. *Corps, Mémoire et Ostéopathie*. 2000.
17. Marie Messenger. *Prise en charge ostéopathie des troubles psychosomatiques*. 2014.
18. Elaine N. Marieb, Katja Hoehn. *Anatomie et Physiologie Humaines*. Pearson éducation. Vol. 11. 2019.
19. Érudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/ms/2003-v19-n1-ms468/000766ar/>.

20. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The Psychobiology of Depression and Resilience to Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1(1):255-91.