

**EMDR et OSTOPATHIE
STRUCTURELLE :**
**De l'intérêt d'une prise en charge en
parallèle**

NOM : DURAND

PROMOTION 5

Prénom : Christian

Année 2013-2014

« ... L'événement s'envole, mais reste l'essentiel, inscrit dans le corps, qui ressurgit au charme furtif d'une évocation, au frisson d'une sensation, à la force étonnamment vive et parfois incompréhensible d'une émotion. À quoi cela tient-il sinon à cette voix intérieure brûlante, cette dynamo vitale dont nous ne savons même pas que nous l'avons élaborée au fil du temps. Le souvenir n'est plus mais la mémoire sensuelle du corps parle toujours. Nous sommes un tissu muni de capteurs qui enregistrent des empreintes tenaces lesquelles nous servent de tuteurs pour nous diriger. Trop de souvenirs nous paralyseraient. Restent les prototypes de ce qui nous touche vraiment dans le grand registre des émotions possibles... »

« ...Le monde existe à travers nos sens avant d'exister de façon ordonnée dans notre pensée et il nous faut tout faire pour conserver au fil de l'existence cette faculté créatrice de sens : voir, écouter, observer, entendre, toucher, caresser, sentir, humer, goûter, avoir du « goût » pour tout, pour les autres, pour la vie. »

Extraits : « Le Sel de la vie » *Françoise Héritier.*

À toute l'équipe enseignante pour cette transmission permissive et bienveillante...

À Pascale et mes tuteurs pour leur engagement jusqu'au bout...

À Bruno pour son soutien indéfectible...

À mon épouse, très patiente... !

À mes amis...précieux.

MERCI.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	4
2. PROBLEMATIQUE	5
2.1. Historique	5
2.1.1. Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires : EMDR.....	5
2.1.2. Ostéopathie Structurale :.....	6
2.1.3. Le corps.....	8
2.1.4. Conclusion.....	10
2.2. Principes.....	10
2.2.1. L'E.M.D.R.	11
2.2.2. L'ostéopathie structurelle.....	11
2.2.3. La conscience.....	12
2.2.4. Conclusion.....	15
2.3. Indications et modes d'action	15
2.3.1. L'E.M.D.R.	16
2.3.2. L'ostéopathie structurelle.....	16
2.3.3. La mémoire.....	17
2.3.4. Conclusion.....	20
2.4. Les techniques.....	20
2.4.1. EMDR, ostéopathie structurelle et communication verbale.....	20
2.4.2. EMDR, ostéopathie structurelle et communication non verbale.....	21
2.4.3. Les émotions	21
2.4.4. Conclusion.....	22
3. HYPOTHESE	25
4. METHODES ET RESULTATS.....	25
4.1. Population des patients suivis	26
4.2. Présentation du cas de Patricia T.	27
4.3. Présentation du cas de Chems A.	27
4.4. Présentation du cas de Nadia K.	28
4.5. Présentation du cas d'Emma F.....	29
5. DISCUSSION	30
6. CONCLUSION.....	32
7. BIBLIOGRAPHIE.....	32

1. INTRODUCTION

Mon parcours et mon expérience en tant que thérapeute sont déjà longs...

Ma première formation d'ostéopathie s'est faite à travers une approche « fonctionnelle » à l'occasion d'un enseignement où il était question d'écoute, de ressenti et d'une perception très « corticalisée » du soin. Cette première démarche n'a pas totalement répondu à mes attentes.

S'est présentée alors Bretagne ostéopathie et cette fois c'est le corps, à travers la structure, qui va devenir l'objet de toutes les attentions.

Voyons comment cela nous a été présenté :

Jean François Terramorsi définit et identifie la lésion tissulaire réversible au sein du tissu conjonctif, la LTR. Cette lésion « ostéopathique » présente des caractéristiques de densité et de sensibilité qui s'expriment quand on localise cette LTR par un touché discriminatoire. (Cours de fondamental JF Terramorsi). Des notions de volume, de densité et de sensibilité qui seront mise en évidence par le test de Résistance ; le Slack, associé à l'expiration va permettre d'en apprécier la qualité. L'efficacité du Thrust, outil de la correction qui prolonge le slack en l'accélération est sous la dépendance de l'indéformabilité et de l'unité du thérapeute : Être UN. C'est dans ces conditions que l'action combinée de la pesanteur et de la direction donnée au mouvement vont nous permettre d'être au plus juste de notre ressenti et de notre intention correctrice.

Gilles Boudehen, autre enseignant phare de notre parcours de formation, va rechercher un signal lésionnel au cœur d'un système Tenségre. Un système tenségre est « un système dans un état d'autocontrainte, stable, autoportant, constitué d'un ensemble discontinu de composants en compression au sein d'un réseau continu de composants en tension » Pour lui, la lésion se caractérise par le fait qu'elle est structurée, autoentretenu et réversible. Elle est volumétrique. Notre action ne va plus se définir seulement par rapport à un plan et une direction mais bien s'inscrire dans un volume qui va circonscire la zone de plus grande résistance. Le thérapeute par sa déformabilité/adaptabilité va rechercher un état de précontrainte afin de trouver le meilleur équilibre possible avec le patient. C'est cet équilibre qui va lui permettre de diriger toute sa tension sur la zone à traiter pour en modifier l'état.

Il faut ajouter à cela la notion chère à Jean Bouhana de non-séparabilité qui unit avec une grande qualité d'attention thérapeute et patient dans cet équilibre tenségre. Ce temps est indispensable et précède le geste correcteur du tissu en lésion.

Mon travail se propose de montrer les conditions à réunir pour être pleinement efficace sur le corps et avec le corps, à travers la structure : pour cela il faudra une tête libre des freins qui pourraient nous empêcher de lever les barrières que nous aurons identifiées.

L'intervention et la compréhension de l'EMDR pourraient nous aider en cela.

L'association des deux, en effet, permettrait de prendre en compte l'unité du patient, de diriger notre action correctrice avec le discernement attendu, de savoir nous adapter et trouver l'équilibre dans la contrainte et enfin, de soigner la qualité de ce qui nous unit à l'autre, le temps du soin.

Nous aurons alors commencé à répondre à nos attentes et à celles d'un enseignement qui, malgré sa détermination à définir la cible principale de notre action dans la structure, précise les objectifs à atteindre en s'efforçant d'évaluer le profil psycho somato émotionnel de la personne à soigner.

2. PROBLÉMATIQUE

Ces deux approches thérapeutiques, EMDR et Ostéopathie Structurale, proposent chacune un ensemble d'explications, de notions ou d'idées sur un sujet précis : **la réponse la mieux adaptée à la plainte du patient.**

Nous parlerons alors de théories EMDR et Ostéopathiques.

Nous allons analyser ces deux modèles, EMDR et ostéopathie structurale et examiner comment il est possible de les mettre en relation.

Chacun d'eux a une identité qui le fait exister au sein d'une communauté de pensée et de gestion du soin dont il partage ou pas les prises de position.

C'est pourtant là, au cœur de cette famille élargie, que le modèle existe et c'est d'abord là qu'il va devoir trouver sa place, son énergie communicante.

Puis à l'extérieur, fort de tous ses outils de correction, il va aller s'exprimer et devra confirmer par l'efficacité de son action.

Pour se faire, le modèle a besoin de fondements solides. Tout ce qui va permettre et faciliter l'affirmation de son identité particulière va lui donner plus d'influence et de crédibilité.

EMDR et Ostéopathie Structurale vont se rejoindre, s'associer et c'est ce que nous allons présenter.

2.1. Historique

L'historique est un élément important, essentiel du raisonnement. Il va donner du sens à une théorie et renforcer un modèle pour mieux le comprendre dans sa formulation. Il va nous situer et guider une avancée possible dans la recherche. C'est surtout l'occasion d'exercer un esprit critique et d'ouverture. Aussi l'occasion d'introduire la dimension du corps qui tout au long de ces histoires croisées va servir de fil conducteur et de témoin.

2.1.1. Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires : EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Mai 1987. Francine Shapiro lors d'une balade dans un parc, constate ce phénomène des mouvements oculaires. Elle remarque alors que certaines de ses pensées négatives disparaissent en faisant bouger ses yeux de gauche à droite. Elle réalise que lorsque ces pensées lui reviennent à l'esprit, elles ne sont pas aussi bouleversantes et ne lui apparaissent pas aussi valides qu'auparavant. Les pensées qui la tourmentaient disparaissent et changent sans effort conscient. Elle va donc faire le lien entre ces pensées et l'apparition spontanée d'un mouvement de va et vient rapide de ses yeux vers le haut en diagonale.

Francine Shapiro est chercheur associé principal au Mental Research Institute de Palo Alto en Californie. Dix ans auparavant on lui diagnostique un cancer. Elle va alors se concentrer sur les rapports de l'esprit et des facteurs externes de stress. Tout le champ de la

psychoneuro-immunologie commençait à émerger. Les travaux de Norman Cousins¹ , Pelletier² s'intéressaient à l'interaction entre le corps et l'esprit.

C'est sur cette base que des approches psychologiques vont naitre, approches qui vont aider à conceptualiser la plainte clinique. L'EMDR ne déroge pas à cette règle.

En vingt ans, l'EMDR a évolué vers une véritable approche de psychothérapie intégrative avec un modèle théorique basé sur le système de traitement de l'information produite par le cerveau. Ce modèle considère les souvenirs d'expériences perturbantes comme constituant la base de la pathologie.

L'EMDR a été introduit en 1989 par une étude randomisée contrôlée (Shapiro 1989³) évaluant les effets d'un traitement en une seule séance auprès d'individus traumatisés. C'est le terme d'EMD (Eyes Mouvement Desensitization) qui est employé à l'époque car on pense qu'il a la caractéristique unique de provoquer une désensibilisation efficace. Les effets du traitement étaient principalement considérés comme une diminution de la peur et de l'anxiété résultant du traumatisme.

Au cours des années suivantes, d'autres formes de stimulations bilatérales se sont également avérées efficaces (tapotements, stimulations auditives). De plus, il est apparu que les changements au niveau de l'anxiété et de la peur et tout le processus de désensibilisation étaient le résultat d'un retraitement complet de l'expérience traumatique. Pendant le traitement, les émotions négatives étaient remplacées par des émotions positives, **des prises de conscience émergeaient, les sensations corporelles se modifiaient et de nouveaux comportements apparaissaient spontanément, avec une nouvelle image de soi.** Les traumatismes étaient donc transformés en expériences d'apprentissage qui se révélaient et venaient renforcer la victime lui donnant la possibilité de s'épanouir.

L'E.M.D. est devenue E.M.D.R. avec ce terme de « reprocessing » pour refléter ces changements.

Ce concept de transformation de l'expérience stockée à travers un processus d'apprentissage rapide est central dans la compréhension des fondements et de l'application de l'EMDR et de son modèle de traitement adaptatif de l'information.

Aujourd'hui l'EMDR peut être décrit comme une thérapie rapide de traitement de l'information, dans laquelle le patient retraite des pensées, sentiments et **perceptions somatiques**, traumatiques ou dysfonctionnelles.

2.1.2. Ostéopathie Structurale :

Décrire un historique de l'ostéopathie structurelle peut s'avérer difficile. L'ostéopathie s'inscrit dans une histoire de la santé complexe, traversée par de nombreux courants de pensée qui ont pour beaucoup influencé celui qui en est à l'origine...

¹ Cousins. (1989) head first : the biology of hope. New York :Dutton et Anatomy of illness. New York : Norton

² Pelletier, K.R. (1977) mind as healer, mind a slayer. New York : Delacorte, This article originally appeared as luber, M et Shapiro (2009) interview with F.Shapiro : historical Overview, present issues and future directions of EMDR.

Journal of EMDR and research 3(4), 217-231

³ Shapiro,F. (1989) Efficacy of eye movement desensitization procedure in the traitement of traumatic memories. Journal of traumatic stress, 2199-223

Andrew Taylor Still (1828-1917) est le fils d'un couple de pionniers de l'Amérique du XIX^{ème} siècle. Son père est pasteur méthodiste. Il sera à l'origine de l'ostéopathie.

Sa réflexion et son expérience de terrain sont celles d'un médecin ayant exercé la chirurgie de front lors de la guerre de Sécession. Il y a acquis une connaissance aiguisée de l'anatomie et des rapports entre les différentes structures du corps. Still, comme tous les médecins de son époque, fût confronté aux ravages des maladies infectieuses. Les antibiotiques n'ayant pas été découverts, les médecins proposaient des médecines qui souvent, étaient encore plus néfastes aux patients qu'une absence de traitement. L'ostéopathie de Still est fondée sur un rejet des traitements médicamenteux et sur l'idée que : « l'homme possède en lui les moyens de se guérir ».

Le siècle de Still est celui des machines. Il va voir arriver les débuts de l'industrialisation et connaîtra successivement la machine à vapeur, l'automobile, les chemins de fer, l'aviation et le télégraphe...

Sur le plan des idées il sera traversé et influencé par différents courants de pensée :

- Les débuts de la physiologie moderne avec entre autre, la naissance de l'homéopathie.
- Une médecine Naturelle transmise par les Indiens dont il sera très proche dès son plus jeune âge.
- La médecine chinoise, des ouvriers chinois étant venus construire le chemin de fer aux Etats Unis.
- Une approche psychologique de la médecine à travers l'hypnose, influence dont il se défendra car pas en accord avec les convictions beaucoup plus scientifique de son approche.
- Les travaux en neurologie initiés par Charcot (1825-1893), clinicien et neurologue français.

Au-delà de toute cette agitation, Still de par ses origines familiales reste très attaché à l'idée de Dieu. « L'ostéopathe est un technicien, Dieu est l'ingénieur et tout est prévu pour que la machine fonctionne. »

Mais Still est aussi progressiste et connaîtra Darwin qui élabore sa théorie évolutionniste construite sur la sélection naturelle et plus particulièrement, Herbert Spencer (1820-1903), philosophe et sociologue anglais qui défend une philosophie évolutionniste. On s'approche alors de la théorie des systèmes et plus tard, au cours du XX^{ème} siècle, de la Systémique. La pensée systémique consiste à regrouper les éléments individuels d'un système sous des points de vue particuliers. La caractéristique principale d'une étude systémique est qu'elle accorde beaucoup d'importance aux relations, aux échanges entre les différents "composants" du système étudié, sans forcément se soucier du fonctionnement interne de chacun des composants. Le but est plus de voir le fonctionnement global de l'objet étudié que d'en connaître tous les détails.

Le parcours de Still est très riche. Sa formation est empirique basée sur le travail de terrain, ses lectures et ses observations.

Le 22 Juin 1874, Still décide de créer son courant médical : l'Ostéopathie. Les bases vont reposer sur les explications de Spencer, cité plus haut : « la coordination est la caractéristique spécifique de la vitalité, un arrêt dans cette coordination et c'est la mort, une coordination imparfaite et c'est la maladie ». « Tous les processus doivent être tenus en perpétuel mouvement pour cultiver et maintenir un état de bonne santé ».

Pour conclure cette présentation qui jette, entre autres, les bases de l'ostéopathie structurale, nous citerons les trois concepts principaux de Still :

- La règle de l'unité est celle de l'individu.
- La structure gouverne la fonction ; la fonction dépend bien de l'état de la structure, mais toute opposition à une fonction, altère la structure.
- La règle de l'artère est suprême ; l'unité fonctionnelle micro circulatoire est fondamentale.

2.1.3. Le corps

Le corps dans tous ses états :

Simple enveloppe... Objet de culte... Vecteur des émotions... Référence identitaire... Option de genre... Véhicule de l'âme... Véhicule tout court... ! Objet de convoitise... Objet de désir... Corps sacré... Sacré corps... ! Le corps « machine »...

La liste n'est pas exhaustive. Elle traduit bien ce qui, en tant que thérapeute manuel, doit venir à l'esprit dès l'instant où le corps va constituer l'objet principal de nos attentions en écoutant la plainte du patient et va se proposer à nous, comme acteur et vecteur du soin. Le thérapeute manuel doit manipuler « avec tout son corps », il « corpuscule »...

Il est bien évident alors que ce corps va refléter toute l'histoire de la personne et que cette histoire, qui est aussi traumatique, va guider, jalonner et accompagner la pertinence de notre traitement ostéopathique.

Le corps dans l'histoire :

Le corps, du latin « corpus », désigne la partie matérielle d'un être animé. Mais également la chair ou le cadavre. C'est aussi un système organisé qui, institutionnellement renvoie à la médecine, l'Etat, la justice, les métiers. Le corps a enfin des représentations culturelles et esthétiques à travers les arts plastiques, la danse, le cinéma, la littérature, le théâtre.

- Dans le vocabulaire de la Grèce antique, le corps n'existe pas. C'est le « Sôma » qui signifie cadavre face à la « Psyché », l'âme. Mais pour les Grecs, ces deux entités ne s'opposent pas. C'est une totalité visible et vivante. C'est une énergie vitale qui amène à prendre une grande attention de son corps, un moyen d'embellir son âme. Le corps, témoin de l'âme, est à son service.
- Vème siècle avant J-C, Platon va faire de l'âme l'architecte du corps en délimitant trois régions qui communiquent entre elles : la tête, siège de la raison, le cœur, siège du courage et le ventre, siège des désirs et de l'ardeur.

Avec Aristote, le corps devient rationnel et objet de la science. Il place le corps dans un Tout, céleste, terrestre et vivant où l'homme se distingue par son Imagination. L'âme est la forme organisatrice du corps et l'intelligence prévaut sur le corps. Il y a du divin chez l'homme.

Platon et Aristote nous plonge dans le monde moderne.

- Le IVème siècle et la christianisation de l'Europe occidentale vont bouleverser la conception des rapports que l'homme peut entretenir avec son corps. Il est devenu le siège des tourments liés à l'amour. On met la sexualité au cœur de l'existence humaine. La notion de péché dévalorise le corps pour lequel tout plaisir est interdit.

La fécondité accorde aux femmes un statut juridique, celui d'épouse. Le corps est soumis au droit et il y a désormais une morale sexuelle.

Mysticisme et médecine font bon ménage et la maladie est une « punition divine ».

- C'est la perspective qui va donner à l'homme une place privilégiée dans l'espace. Léonard de Vinci dissèque des cadavres. Le corps physique va devenir un espace mesurable qui donne accès à la pensée et donc existe pour témoigner de cet Esprit.

On va étudier son anatomie et son fonctionnement. Le signal électrique porté par les nerfs et qui anime le corps va faire disparaître « les esprits animaux » qui le hantaient jusque-là.

Descartes accorde à la glande pinéale l'union du corps et de la pensée. Le corps reste un objet certes particulier, mais un objet et la raison décide de l'essence des choses.

Spinoza contredit Descartes. Pour lui, il n'y a pas deux substances, corps et esprit, mais une seule, la totalité de ce qui est. Corps et âme sont deux points de vue différents d'un même être.

- XIXème et XXème siècles. Darwin place l'homme dans un continuum scientifique qui fait disparaître la part artistique, créatrice. N'en reste que des représentations romantiques, noires et obscures où se côtoient démons, surnaturel et mort.

Nietzsche pose le corps au premier plan et la conscience comme un simple instrument.

Psychologie et physiologie commencent à s'accorder, la volonté et les ressenties du corps vont se rejoindre.

Husserl en Allemagne présente la conscience « phénomène », véritable production de la matière corporelle.

En France M. Merleau-Ponty aborde l'expérience du corps en se référant à une **Structure**. Il intègre le corps dans un tout, circulaire, en mouvement et existe dans cette interaction aux choses qui l'entourent.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les psycho-neurosciences décortiquent le cerveau et l'intelligence. La psychanalyse se consacre à l'étude de l'image du corps. La phénoménologie étudie nos ressenties corporels en relation avec autrui et le monde.

De tout temps et aujourd'hui encore cette dualité corps/esprit fait débat et de nombreux magazines, émissions ou courant de pensée tentent d'y apporter des réponses.

Tous les supports culturels « utilisent » le corps pour dire ou communiquer sur le « bien vivre » et le « comment vit-on »... ?

Dans une société de l'immédiateté de l'information où tout s'accélère, le corps est toujours mis en avant comme un rempart, un témoin ou bien l'ambassadeur d'une nouvelle façon d'être. Tout le monde veut se l'approprier et dire la bonne façon de s'en servir ou de jouir avec.

Le corps reste une énigme dès l'instant où nous pensons qu'il nous appartient alors que c'est nous qui lui appartenons et essayons parfois frénétiquement de trouver des réponses aux questions que se pose notre conscience. Quoi de plus explicite que

« la pleine conscience », cette hyper attention portée aux réactions du corps pour aller sonder le labyrinthe de notre conscience ?

Mais il n'est pas certain que nous obtenions toujours les réponses convoitées. L'heure est à la marchandisation toujours plus folle du corps. Ce corps replacé sans cesse au cœur d'une société en perte de repères, signal de toutes les détresses mais aussi de toutes les espérances, les attentes.

Les thérapeutes manuels doivent être dans cette conscience là et prendre en compte cette mémoire des corps, particulière et collective qui va s'exprimer à travers les plaintes et les attentes de ceux qui vont s'en remettre à nous. Le collectif est affaire de chacun, de notre vision du monde et de ce que nous avons été capables de mettre en place pour y faire face. Le particulier est affaire de discernement pour que le praticien, manuel, puisse faire de son outil de soin non pas un simple instrument de correction mais le prolongement, le complément indispensable qui va répondre à ces mémoires traumatiques, quel que soit leur niveau de conscience et leur implication dans la description de la plainte.

Pour le patient et sa plainte, pour l'ostéopathe structurel et son projet de soin, les corps vont jouer les premiers rôles. Il nous paraît alors essentiel d'apporter des repères dans l'histoire pour être en mesure aujourd'hui de donner à cet acteur privilégié la place qui lui revient. Quel que soit le côté où nous nous plaçons, il faut savoir le lire, le déchiffrer, l'écouter et traduire ses attentes en harmonie avec les exigences de chacun, ici et maintenant.

2.1.4. Conclusion

Pour Francine Shapiro et Andrew Taylor Still la même détermination : apporter des preuves scientifiques à une approche empirique de leurs modèles de soin.

Ils sauront au plus juste utiliser leur expérience, leurs savoirs et s'appuyer sur d'autres modèles thérapeutiques pour asseoir les bases de leur propre théorie.

C'est l'unité de la personne qui vraiment les rapproche pour proposer toujours plus d'autonomie et de liberté en levant les obstacles qui empêchent d'avancer.

Beaucoup d'autres approches vont s'appuyer sur les mêmes bases, mais à un siècle d'écart et avec des projets qui pourraient paraître éloignés, nous retrouvons le même désir de synthèse et d'efficacité vers toujours plus d'autonomie dans la prise en charge du patient.

Ce qui reste important pour Francine Shapiro et Andrew Taylor Still, c'est cette détermination à apporter des réponses à des situations de souffrances en s'attachant à un raisonnement pragmatique, construit sur des valeurs humaines et humanistes.

2.2. Principes

L'intérêt des principes est d'aider à comprendre. Pour l'EMDR ce sera le moyen de présenter la méthode, ses spécificités sans rentrer dans le détail de la technique, mais en définissant les lignes directrices. L'ostéopathie structurelle va venir en miroir pour pouvoir en mesurer les similitudes avec l'EMDR. Enfin une approche de ce qu'est la conscience va aider à comprendre ce sur quoi sont construits nos modèles.

2.2.1. L'E.M.D.R.

Comme le dit le proverbe : « Mieux vaut apprendre à pêcher à un homme affamé que de lui donner un poisson » (Confucius). De même, il est préférable de donner aux thérapeutes un cadre ou un modèle conceptuel qui serve de guide à leur pratique, plutôt que de leur donner tout bonnement une procédure « recette » qui serait à tous les coups reproductible.

Une des bases de l'E.M.D.R. est que la plupart des psychopathologies ont leur origine dans les premières expériences de la vie. Le but du traitement E.M.D.R. est de métaboliser rapidement les résidus dysfonctionnels du passé et de les transformer en quelque chose d'utile, transformer ce qui fait barrage et l'utiliser pour avancer. Essentiellement grâce à l'E.M.D.R. l'information dysfonctionnelle entreprend un changement spontané dans sa forme et dans son sens, en incorporant un discernement et un affect qui revalorisent le patient au lieu de le dénigrer.

La thérapie E.M.D.R. est surtout connue pour ses mouvements oculaires dont elle tire le nom, mais il est essentiel que nous l'approchions comme un système global.

Au-delà d'une simple traduction, désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires, l'E.M.D.R. se présente avec des principes essentiels qu'il est bon de préciser afin de pouvoir en mesurer la portée :

- La stimulation par l'attention double, c'est-à-dire une sollicitation alternée gauche droite, est simplement un composant intégré à des aspects procéduraux synthétisés à partir de toutes les orientations psychologiques majeures. On retrouve là le rôle déterminant de l'anamnèse...
- Dans ce cadre et pour parvenir à des effets avec la thérapie E.M.D.R., une attention particulière est portée aux images, croyances, émotions, **réponses physiques**, histoire de vie particulière.
- Les protocoles E.M.D.R. différents en fonction des types de pathologie et doivent suivre les procédures thérapeutiques choisies spécifiquement en fonction des besoins du patient.
- Le but du traitement E.M.D.R. est d'aider le patient à se libérer du passé en un présent bienfaisant et productif.

2.2.2. L'ostéopathie structurelle

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette définition de la santé de l'O.M.S, organisation mondiale de la santé va nous permettre d'introduire la notion de cadre servant à préciser les principes et les modes d'action de l'ostéopathie structurelle.

Au-delà de la maladie ou de l'infirmité, un état d'équilibre sera nécessaire à l'expression d'une bonne santé.

L'ostéopathie structurelle définit la lésion comme un point fixe, une barrière ou un ralentissement de l'information. C'est le corps physique qui est pris en compte à un niveau d'organisation qui touche la structure du tissu conjonctif et plus précisément la matrice extra cellulaire.

Ceci nous amène à cette notion fondamentale de l'ostéopathie structurelle qui est que la structure gouverne la fonction si on prend comme référence l'individu.

Le modèle ostéopathique structurel présente la lésion comme une modification de l'organisation du tissu conjonctif qui se caractérise par une diminution d'élasticité et de souplesse. Ce changement d'état est réversible. On parle alors de L.T.R., lésion tissulaire réversible. Cette LTR va être le témoin du déséquilibre installé. En effet elle s'auto entretient dans le temps.

Pour aller plus avant, il est bon là aussi de préciser les conditions qui vont guider le thérapeute ostéopathe structurel :

- Cette action va prendre en compte les facteurs environnementaux variables de milieu qui interagissent sur le patient.
- Nous devons être attentifs à la façon dont se présente le patient et savoir décrypter au plus juste la nature de sa plainte, son histoire.
- En mesurer le niveau de complexité sur le fond et sur la forme, va permettre d'adapter et de personnaliser le traitement quantitativement et qualitativement.
- La réversibilité de la lésion fait que notre action va potentialiser les ressources restaurées pour amener à un changement et un mieux-être durables.

2.2.3. La conscience

Afin de parfaire et pouvoir aboutir notre parcours de formation, nous devons être capables de ressentir, sans filtre, des sensations dans notre corps entier qui vont structurer notre démarche de soin. Cette expérience cognitive va nous permettre d'être, de communiquer et de partager, tout en préservant notre unité, condition essentielle à notre action thérapeutique et à la validation de nos principes.

La question des origines de la conscience est fortement liée au rôle qu'on va lui attribuer. De façon pragmatique, « l'agir en conscience » et « la prise de conscience » vont constituer l'avant-garde de notre action thérapeutique. C'est en effet ce qui, à l'instant T, va préciser notre cadre de compétence.

Agir en conscience : Un des objectifs majeurs de notre formation. Comment y répondre en bonne intelligence si nous ne définissons pas l'essentiel de ce que représente la Conscience ? Et au-delà de cette interrogation nous devons créer du lien entre ce que nous vivons, ressentons, expérimentons dans notre pratique professionnelle et les informations reçues qu'il va falloir décrypter et dont nous devons **prendre conscience et mesure**. Si ces nuances sémantiques nous échappent nous risquons alors bien souvent de faire fausse route. Au contraire si nous savons mieux déchiffrer ce qui nous est proposé à **différents niveaux de conscience**, alors nous pourrons avancer et offrir des solutions thérapeutiques durables et adaptées.

Les fonctions de la conscience ? Elles peuvent être très diverses, variables selon les usages que l'on souhaite en faire. Et cela peut apparaître alors très simple ou très complexe, mais quoiqu'il en soit, va nous permettre d'avancer vers une meilleure compréhension et une mise en forme plus fine de notre modèle de soin ostéopathique. Ce modèle reste attaché à des hypothèses : lésion tissulaire réversible incarné dans le tissu conjonctif, nature et évolution de cette lésion, différents niveaux d'expertise que l'anamnèse doit permettre de préciser, facilitation d'une auto guérison du système vivant, proposer une écoute sensible discriminante, qui aille au-delà du tissu.

Comment situer la conscience dans ce cadre ?...

Bernard Baars, psychologue américain, résume ainsi les nombreuses fonctions possibles qui ont été attribuées à la conscience :

- Prioriser certaines alternatives
- Résoudre des problèmes
- Prendre des décisions
- Recruter la capacité de traitement de certaines aires cérébrales et donner accès à de l'information pertinente
- Contrôler l'action
- Détecter les erreurs
- Planifier, apprendre, s'adapter
- Créer un contexte et donner accès à l'information.

Dans l'**anamnèse** telle que la propose le modèle ostéopathe structurel et dont le rôle est essentiel, il va être question de construire un raisonnement logique qui va nous amener à « la bonne cause » de la plainte, identifier « la structure qui s'exprime ». Du moins nous permettre de suivre ce « fil d'Ariane » en ayant pris les bonnes décisions jusqu'à la résolution du problème. Prendre conscience, agir en conscience et estimer les différents niveaux de conscience va prendre alors tout son sens pour aller au bout de la démarche thérapeutique.

Selon **Bjorn Merker**, neuro scientifique suédois, la conscience subjective aurait une fonction vitale et évolutionniste. Son raisonnement tient compte du type d'informations traitées consciemment et inconsciemment par notre cerveau. Il prend pour exemple la capacité que nous avons à identifier le déplacement d'un objet alors que nous même nous déplaçons et que notre cerveau doit centraliser toutes les informations sensorielles reçues.

La conscience aurait émergé comme une solution aux problèmes de logistiques dans nos prises de décision. **La conscience aurait émergé pour nous simplifier la vie.**

Cette subjectivité de la perception nous place face à l'obligation d'une vision simplificatrice de l'**unité du corps**. Et c'est bien cette « unité du corps » à construire qui va constituer une condition essentielle pour développer une action thérapeutique cohérente.

Pour rester autonome, nous devons pouvoir garder un contrôle et dans nos décisions et dans notre corps ainsi que sur notre environnement. Pour cela il y aurait une quantité de sous-systèmes inconscients fonctionnant en parallèle qui ne doivent pas venir parasiter l'élaboration de cette conduite autonome.

La conscience serait ainsi **un déclencheur de processus inconscients**. Par exemple, associer les différents mots d'une phrase et y donner du sens participe de mécanismes cérébraux inconscients mais que nous décidons de mettre en marche consciemment.

Prendre conscience va devenir ainsi une « **des clés de l'autonomie** ».

Enfin la conscience peut être présentée comme « **le kit de survie** » d'un organisme lui permettant de planifier ses actions plutôt que de ne fournir que des réponses stéréotypées. **Antonio R. Damasio**, professeur de neurologie, neurosciences et psychologie note que la conscience de soi pourrait être adaptative de façon générale en nous amenant à nous

préoccuper davantage de notre propre survie. L'impression que la conscience nous donne d'avoir un esprit détaché du corps, même si elle est fautive, pourrait être adaptative dans la mesure où elle augmenterait la valeur que nous accordons à notre existence et à celle des autres.

L'émergence d'un concept de soi peut alors s'entendre comme une adaptation interne de notre corps confronté à des facteurs environnementaux et de rapports aux autres.

Ce dernier point de vue nous place toujours par rapport à un ailleurs, à l'autre et certainement pas au-dessus... Cette forme adaptative du moi doit assurer notre survie et nous éloigner d'une prétention aveuglante en sachant que « nous n'avons pas la conscience du tout ».

Enfin nous revenons sur les travaux de **Bernard Baars** et le modèle qui présente le principe de « **l'espace de travail global** ». Cette proposition vise à répondre à la question : comment un phénomène comme la conscience, où tout se déroule en série avec un seul objet conscient à la fois, peut-il émerger d'un système nerveux qui est essentiellement constitué d'innombrables circuits spécialisés fonctionnant en parallèle et de manière inconsciente ?

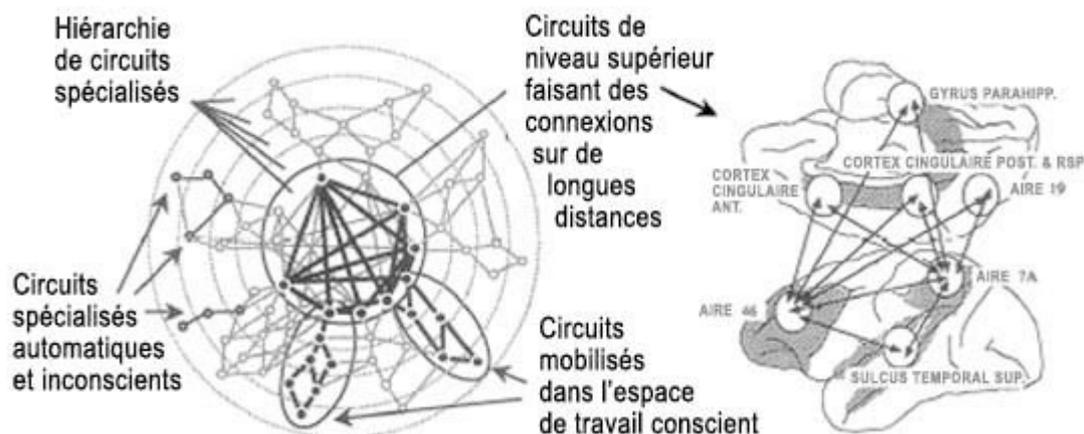
Et bien en disposant d'un espace de travail où l'information traitée par les circuits spécialisés est rendue accessible à l'ensemble de la population neuronale du cerveau.

Cet espace de travail permet une accessibilité globale à l'information que l'on ressent subjectivement comme un état conscient.

Nous allons pouvoir de cette façon mettre en lumière certains acteurs comme le ferait des projecteurs au théâtre, les mettre en conscience, une sorte de régime particulier qui les rend célèbres l'espace d'un instant, qui leur donne aussi des prérogatives et cette information consciente est partagée avec le vaste auditoire de circuits inconscients qui remplit ce théâtre.

Cette représentation va nous permettre de définir un cadre où la conscience est ce lien, ce vecteur d'échange d'informations entre des fonctions cérébrales profondes qui, sinon, resteraient ignorantes de ce que font les autres. Cette dynamique optimisée en prenant en compte ces éléments et en s'assurant de leur bonne gestion nous permet d'entrevoir les conditions d'une meilleure autonomie.

L'idée que la conscience joue ce rôle de mise en relation facilite la compréhension de plusieurs capacités du cerveau humain, dont la mémoire de travail, l'apprentissage tant épisodique, explicite qu'implicite, le contrôle moteur volontaire, l'attention sélective, etc...



Source : Dehaene et Naccache (2001)

Nous nous éloignons irrémédiablement du mode causal traditionnel du type « entrée-traitement-sortie » inspiré de l'informatique. Au contraire, une causalité circulaire, la primauté de l'action, des émotions et d'un corps vivant dans un environnement donné nous fournit un cadre plus riche pour tenter de comprendre la conscience humaine.

C'est cette imagerie qui va nous amener dans ce système de dépendance à la pesanteur, à rechercher toujours plus d'autonomie en nourrissant des rapports, conscients ou pas, plus horizontaux, « gauche/droite », qui s'inscrivent dans un volume.

Aborder la conscience humaine voilà un objectif qui doit nous animer et nous permettre d'intégrer la notion de **tenségrité**. Cette dimension d'un volume va dans ce contexte faire là aussi se rejoindre soma et esprit dans un vas et vient et une interaction qui donne du sens à notre geste en le rendant plus pertinent.

Rôle essentiel de l'anamnèse, l'unité du corps, l'autonomie, savoir se positionner, prendre de la distance, toutes ces notions seront prises en compte dans un ensemble que l'on peut assimiler à la tenségrité.

2.2.4. Conclusion

On retrouve là encore une communauté de pensée et des conclusions qui montrent que le modèle, EMDR ou ostéopathie structurale, se présente comme un outil livré au service du patient pour plus de confort et d'autonomie retrouvés.

Pour l'EMDR et l'ostéopathie, les chemins sont différents, mais les buts sont les mêmes. Toujours le souci d'apporter la réponse la mieux adaptée à la plainte du patient et pour cela être capable de lever un ou plusieurs obstacles qui seront identifiés dans l'expression de la mémoire traumatique comme dans celle de la lésion tissulaire réversible.

Pas d'inconscient sans conscience. Cette conscience qui va être notre fil rouge pour donner corps aux buts et aux principes qui vont animer nos deux modèles EMDR et ostéopathie structurale.

2.3. Indications et modes d'action

Avec indications et modes d'action, nous allons rentrer dans le vif du sujet. L'empreinte traumatique quelle que soit, va marquer la structure cérébrale, conjonctive et mettre en jeu différents niveaux de conscience, les processus de mémoires, les ressorts émotionnels et

cela à travers l'expression du corps. EMDR et ostéopathie structurelle vont présenter des prises de position communes. Pour comprendre la lésion et comment nous allons être amené à la corriger, il faut comprendre comment son empreinte se fixe dans la mémoire et comprendre les mécanismes qui y participent.

2.3.1.L'E.M.D.R.

Avant de préciser les indications il faut définir l'E.S.P.T. : état de stress post traumatique.

Tout traumatisme quel qu'il soit, va laisser une trace : physique, émotionnelle, mnésique, empreinte avec laquelle nous allons devoir continuer à avancer.

L'ESPT est une conséquence du travail défectueux de la mémoire, caractérisé en partie par la domination prolongée et inappropriée des souvenirs épisodiques des événements traumatiques. Dans le cas de l'ESPT, le cerveau vit le traumatisme comme un obstacle dont il va tout faire pour se détourner, sans l'avoir digéré. Tout ce qui va se présenter alors en miroir à cet événement va constituer un frein pour tout type d'associations de pensées, empêchant un développement harmonieux de la personne.

C'est dans ce cadre que nous allons définir la nature du traumatisme.

Si nous laissons de côté les troubles qui ont une origine chimique ou organique, tous les traumatismes pourront être traités grâce à l'EMDR.

Il faut distinguer les traumatismes « T » et les traumatismes « t ». Les uns font références à des notions de survie, d'intégrité physique ; par exemple un viol ou un accident grave. Les autres concernent le narcissisme et l'atteinte à l'image de soi.

Les traumatismes « T » introduisent des notions de besoins vitaux, sociaux, relationnels, leur expression va se traduire par un empêchement majeur à faire ou à être. Pour les traumatismes « t » il va s'agir de Désirs et d'une expression plus quotidienne d'insatisfaction chronique.

Il n'est pas possible de gérer un traumatisme, quel qu'il soit, qui ne soit pas passé par le filtre de l'analyse corticale. Il revient à la conscience et empêche d'avancer. Il se rappelle à nous de façons physique, émotionnelle ou par des pensées négatives. Notre cerveau traite les informations et intègre les nouvelles expériences à des réseaux de mémoire existants. Des situations courantes font alors échos à des réseaux de mémoire associative qui leur donnent du sens. Ces perceptions sensorielles nouvelles intégrées, produisent une information qui va devenir expérience. Lorsque l'expérience est traitée de façon inadéquate et reste enkystée dans la mémoire sans possibilité de connexion avec d'autres réseaux capables d'apporter des réponses adaptatives, il y a pathologie.

Partant de ce constat, tout traumatisme laissera une impression dans la mémoire, sous une forme que nous préciserons plus avant, et va pouvoir bénéficier d'un traitement de désensibilisation et de reprogrammation de l'information afin qu'il puisse être non pas effacé mais dépassé. C'est l'être alors dans son entier, somatique et psychique, qui pourra continuer à progresser et retrouver de l'autonomie.

2.3.2.L'ostéopathie structurelle

A nouveau, pour bien cerner les indications de l'ostéopathie structurelle, il paraît indispensable de préciser la nature de la lésion qui va être prise en compte.

Le tissu conjonctif est, dans ce modèle ostéopathique, le baromètre indicatif de la lésion. La perte de souplesse, d'élasticité de cette structure traduit alors un changement d'état. Ce déséquilibre va entraîner une mauvaise qualité de transmission de l'information. En effet on sait aujourd'hui que le tissu conjonctif, constitué de différents éléments qui le caractérisent et

de la matrice extra cellulaire dans laquelle baignent ces éléments, va jouer un rôle prépondérant dans les phénomènes neurologiques, métaboliques, vasculaires et immunitaires, mécaniques en tant que vecteur de messages.

Avec le temps qui passe et son cortège de sollicitations, certaines en hyper, spatiales ou temporelles, d'autres en hypo spatio-temporelles, nous serons amenés à définir des lésions irréversibles ou réversibles. Et de cette façon passer d'un potentiel vital originel (PVO) à un potentiel vital actualisé (PVA). C'est dans ce cadre-là du potentiel vital actualisé que nous allons devoir trouver un domaine de fonctionnement, qui, quand il sera fragilisé et s'exprimera dans le cadre d'une plainte, nous conduira à rechercher une lésion tissulaire réversible (LTR) au sein du tissu conjonctif, fil conducteur de notre traitement.

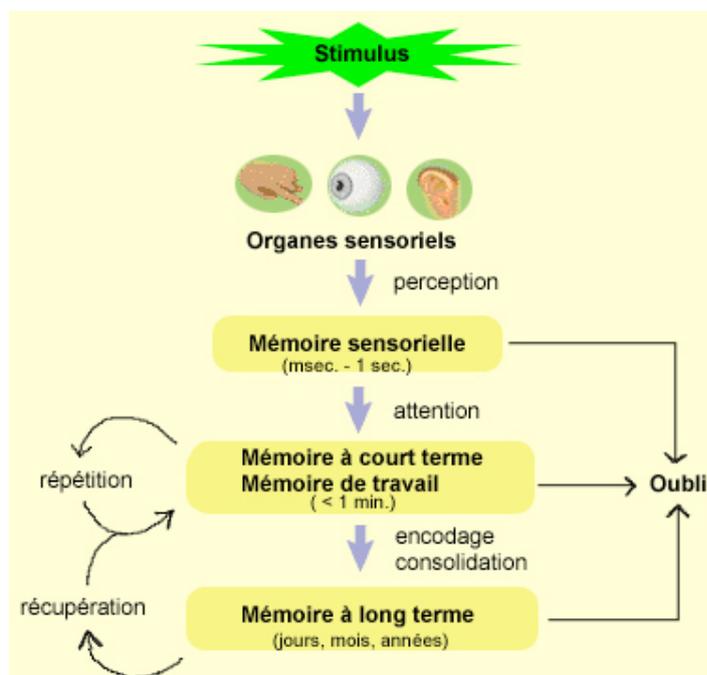
A l'exception d'une origine chimique ou organique, toutes les plaintes présentant des lésions qui rentrent dans ce cadre, c'est-à-dire des lésions qui touchent à la structure et à la plasticité du tissu conjonctif, pourront être traitées avec l'approche ostéopathique structurelle. Il s'agit bien là aussi, d'une reprogrammation de l'information.

Ces barrières levées, le patient retrouvera un nouveau potentiel à la fois d'auto-guérison et de pleine conscience pour s'assurer l'équilibre nécessaire afin de surmonter les obstacles vers une autonomie retrouvée. L'expérience enkystée dans la mémoire et la lésion réversibles inscrite dans le tissu conjonctif, nous semble présenter un parallèle essentiel.

2.3.3. La mémoire

Ces deux schémas trouvés sur le site « Le cerveau à tous les niveaux » vont nous aider à comprendre, de façon simple et précise, comment se définit la mémoire.

La dimension sensorielle est essentielle et constitue pour nous un référentiel qui va nous accompagner à chacune de nos interventions thérapeutiques.



Mais la mémoire est avant tout « la capacité de se rappeler des expériences passées ».

Si nous laissons de côté l'approche cellulaire et moléculaire, nous pourrions relever certains facteurs qui vont influencer le fonctionnement mnésique :

- Le degré de vigilance, d'éveil, d'attention et de concentration.
- L'intérêt, la force de motivation.
- L'humeur, le degré d'émotion ou plus précisément **l'état émotionnel de la personne**.
- Tout le contexte, l'environnement indissociable de ce que l'on apprend.

Sans oublier un aspect important dans les phénomènes de mémorisation qui est l'oubli.

L'oubli nous permet de nous débarrasser d'une énorme quantité d'informations que nous traitons chaque jour et qui est jugée sans utilité pour l'avenir.

« La mémoire du passé n'est pas faite pour se souvenir du passé, elle est faite pour prévenir le futur. La mémoire est un instrument de prédiction ». Alain Berthoz (Ingénieur, Professeur en neurophysiologie et professeur au collège de France.)

La mémoire à long terme est celle qui va nous intéresser. Elle comprend la mémoire des faits récents où les souvenirs sont encore fragiles, et la mémoire des faits anciens, où les souvenirs ont été consolidés.

C'est la succession dans le temps de trois processus de base : l'encodage, le stockage et la restitution ou récupération des informations.

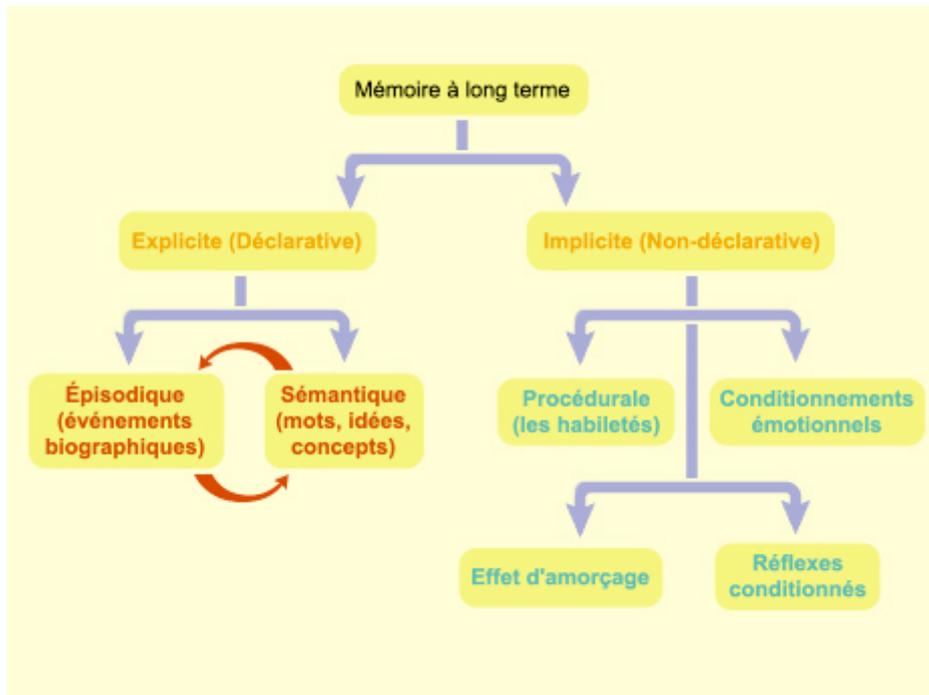
L'encodage permet d'échapper à l'oubli ou fait remonter à la surface des souvenirs difficiles, douloureux que nous pensions éteints.

Le stockage va consolider les souvenirs et les rendre moins vulnérables à l'oubli. Le sommeil dans sa phase paradoxale (mouvements oculaires droite gauche) joue un grand rôle de consolidation. Pour qu'un souvenir puisse être facilement retrouvé il faut qu'il soit codé, élaboré, organisé, structuré. Nous pouvons facilement imaginer qu'une charge émotionnelle trop forte viendrait perturber ce processus de reconnaissance et d'identification d'un souvenir.

Se rappeler de quelque chose est plus exigeant pour la mémoire qu'une simple reconnaissance. Dans le premier cas, se rappeler, il faudra faire appel à toute l'assemblée de neurones impliqués dans ce souvenir. Une activation partielle seulement du réseau neuronal déclenchée par la reconnaissance d'une partie d'un objet doit suffire à activer tout le réseau.

Donc se rappeler d'un événement, par exemple, est une opération complexe qui doit prendre en compte la nature de l'encodage, les facteurs environnementaux, cognitifs et émotionnels qui l'accompagnent, la qualité du stockage en utilisant au mieux tout le potentiel du cerveau. Et enfin la pertinence de la récupération des informations qui dépend de l'encodage, du stockage mais aussi et surtout des moyens mis en œuvre pour récupérer ces informations, les analyser et pouvoir les traiter.

(Nouveau diagramme extrait du site : « le cerveau à tous les niveaux ». <http://lecerveau.mcgill.ca/avance.php>.



La mémoire à long terme, nous amène à nous intéresser à la mémoire épisodique ou autobiographique. C'est la mémoire des souvenirs personnels vécus. Nous nous voyons acteur de ces événements passés et du contexte particulier dans lequel ils se sont passés. La charge émotionnelle vécue par le sujet au moment des faits conditionne la qualité de la mémorisation épisodique.

La mémoire sémantique est le système par lequel l'individu stocke sa connaissance du monde. C'est la mémoire du sens des mots, celle qui permet la construction d'une représentation mentale du monde sans la perception immédiate.

Aucun neurone isolé ne contient en lui-même l'information nécessaire à la restitution d'un souvenir. La trace mnésique est plutôt latente, ou encore virtuelle, dans la mesure où son existence ne peut être mise en évidence que lorsqu'un réseau de plusieurs neurones interconnectés est activé.

Nous savons aujourd'hui le rôle essentiel joué par l'hippocampe dans l'organisation de la mémoire à long terme explicite.

Ce chapitre sur la mémoire ne serait pas complet sans évoquer les cellules gliales qui accompagnent les neurones. Leur rôle est capital et va bien au-delà d'un simple soutien.

Ces cellules gliales vont assurer l'approvisionnement en nutriments des neurones ainsi que l'équilibre du milieu extracellulaire. En assurant d'autre part le rôle de « nettoyeurs » elles vont permettre une véritable autonomie au système.

C'est cet environnement liquidien que nous allons retrouver dans la mise en jeu de la matrice extra cellulaire qui constitue notre support d'action thérapeutique. C'est bien là que nous allons identifier la trace du traumatisme et c'est par là que va être transmis le message

jusqu'à la cible. Cette cible reste le tissu conjonctif, que nous ne pouvons pas dissocier du sujet dans son entier, corps et esprit.

Ce lien entre la connectique neuronale, ces circuits imprimés témoins de nos souvenirs et le milieu dans lesquels ils baignent, cellules gliales et matrice extracellulaire peut constituer une explication à ce que Arthur Janov, psychologue américain, appelle la mémoire du corps. Cette mémoire n'aurait pas besoin du langage pour se constituer. Selon Arthur Janov les mots ou toute forme d'expression ne permettent pas d'accéder à ces souvenirs gravés dans le corps. Seules des manifestations physiques vont les faire exister. A ce niveau aussi, l'expression somatique et le contexte psychologique se rejoignent pour servir de cadre à la définition d'un événement traumatique passé. De la même façon l'évocation d'un traumatisme va déclencher toute une série de perceptions sensorielles, de perturbations physiologiques, de modifications biologiques et de réactions motrices. Le psychique appelle le physique et une expérience physique peut réveiller le psychique.

Pour le thérapeute EMDR la mémoire doit être activée en permanence avec une dimension psychique majeure et une expression somatique déterminante dans l'expression de la plainte, sa prise en charge et son retraitement. Il en sera de même pour le thérapeute ostéopathe structurel. Sa porte d'entrée restera le somatique dans la définition de la plainte. C'est dans ce contexte que la mémoire installée des événements en rapport avec cette plainte, va nous conduire à choisir en nature et en intensité, la démarche thérapeutique la mieux adaptée.

2.3.4. Conclusion

Les indications et modes d'action, mouvements oculaires ou stimulations alternées pour l'EMDR et trust stimulation directs pour l'ostéopathie structurelle, précisent la nature du traumatisme enkysté : l'expérience mal assimilée par les réseaux de mémoire pour l'EMDR et l'emprunte lésionnelle identifiée au cœur de la mécanique du tissu conjonctif.

L'objectif commun aux deux modèles sera non pas de faire disparaître la trace du traumatisme mais bien de redonner connexion, fluidité et cohérence pour que l'ensemble du système reprogrammé soit en mesure de proposer des solutions nouvelles. Pour que la guérison soit complète, c'est bien l'être somatique et psychique entier qui doit pouvoir avancer.

2.4. Les techniques

Il serait vain de proposer une explication détaillée de toutes les techniques employées en EMDR et en ostéopathie structurelle. C'est à travers la communication verbale et non verbale mise en commun pour les deux méthodes que nous allons présenter le mode opératoire de chacune et amener à comprendre ce qui là encore les réunit. Et si ce qui les unit passe dans les sensations, le ressenti bien-sûr mais aussi dans les émotions ?

2.4.1. EMDR, ostéopathie structurelle et communication verbale

- La communication verbale va permettre de rentrer directement en lien avec la personne et avec sa plainte.
- Apprécier la compatibilité des patients avec les traitements et éliminer les facteurs de risque.

- Partir à la recherche des meilleurs éléments pour planifier au mieux le traitement.
- Etablir une alliance thérapeutique, expliquer et rassurer, mettre la personne en confiance.
- Un travail de ciblage fin à travers un questionnement précis devient essentiel à ce stade avant de pouvoir mettre en œuvre l'action thérapeutique.
- Enfin recueillir le ressenti dès la fin de la séance et à distance : qu'est ce qui a changé ?

2.4.2. EMDR, ostéopathie structurelle et communication non verbale

- C'est une communication où il faudra savoir écouter ce que dit le corps, regarder, toucher.
- C'est une phase essentielle où l'expression somatique va permettre d'accéder à des tests, confirmer les bilans pour pouvoir avancer.
- Mettre en jeu les outils d'action thérapeutiques : les mouvements oculaires ou plus largement les sollicitations alternées droite gauche pour l'EMDR, le thrust qui finalise le geste de l'ostéopathe structurel, pour amener un changement durable de la cible, résultat de toutes les informations préalablement enregistrées.

Pour l'EMDR comme pour l'ostéopathie structurelle cette dimension de l'action thérapeutique est essentielle. On communique avec des mots précis, choisis pour ne rien laisser de côté que l'on ne puisse pas expliquer. On communique par le geste pour atteindre des réseaux neuronaux, provoquer des réactions psycho neurologiques, favoriser un changement d'état porté par les modifications imposées au tissu conjonctif.

Cela ne peut se concevoir qu'avec le consentement éclairé de la « cible » et à condition qu'un équilibre harmonieux puisse s'établir à tous les niveaux de conscience.

Ces modèles d'action thérapeutiques qui chaque jour font la démonstration de leur efficacité dans la prise en charge des patients mais n'ont pas encore une parfaite validation scientifique, auront besoin d'échanger pour, d'une part se renforcer et d'autre part offrir au praticien des éléments déterminants qui doivent l'accompagner et l'aider dans la mise en place de son offre de soin.

2.4.3. Les émotions

Loin de constituer un phénomène perturbateur, voire inutile, l'émotion, expérience individuelle psycho-physiologique est une donnée essentielle au maintien de notre équilibre biologique. Pour le thérapeute, une information qui peut précéder le langage verbal.

Une partie très ancienne et enfouie du cerveau, le système limbique constitue la plaque tournante de l'information émotionnelle.

La mémoire émotionnelle qui trouve son lieu d'expression au sein de l'amygdale côtoie la mémoire contextuelle stockée dans l'hippocampe. Et tout le corps physique va pouvoir traduire de façon explicite la nature de ces émotions.

Nous distinguons des émotions négatives et des émotions positives. Les émotions négatives déclenchent des réactions physiques stéréotypées visant à préserver notre intégrité et notre équilibre. Par exemple la peur qui incite à fuir, le dégoût qui nous éloigne de la toxicité de certains produits. A l'inverse les émotions positives aident à garder l'esprit ouvert. Les émotions négatives vont s'attacher aux détails quand les émotions positives vont tenir compte de la forme d'ensemble. Les unes nous protègent en nous tenant à l'écart du danger

quand les autres nous permettent de vivre. Un équilibre indispensable qui associe conscience, souvenirs et expressions somatiques pour une plus grande efficacité d'action...

2.4.4. Conclusion

Thérapeute EMDR et ostéopathe structurel pourraient s'adresser de la même façon à leur patient. A la recherche des mêmes informations et des mêmes signes capables de les guider sur le choix de la meilleure démarche de soin. Ce n'est qu'après avoir collecté tous ces renseignements qu'ils sauront l'un et l'autre mettre en place leur technique pour exploiter au plus juste leur propre domaine de compétence. Ce serait une erreur d'ignorer cette capacité d'action somatique ou psychique qui va venir nourrir de façon essentielle notre champ d'intervention.

	APPROCHE EMDR	OSTEOPATHIE STRUCRURELLE
HISTORIQUE	Un modèle empirique riche de l'expérience de Francine Schapiro et des courants de pensées qui prévalent au désir de soigner les conséquences d'un traumatisme quel qu'il soit.	Un modèle empirique porté par Andrew Taylor Still, son parcours de médecin et tout ce qui va l'animer autour de lui pour répondre à son besoin d'alléger les souffrances.
PRINCIPES	<p>Une anamnèse poussée qui n'exclut rien de toutes les orientations psychologiques majeures.</p> <p>Le particulier de l'histoire de vie du patient.</p> <p>Un plan de traitement sur mesure.</p> <p>Une finalité synonyme d'autonomie.</p>	<p>L'anamnèse qui va aller explorer bien au-delà du symptôme et de la plainte pour être en mesure de réorienter le patient ou de partager sa prise en charge.</p> <p>Pouvoir recentrer ensuite toute l'attention sur la plainte.</p> <p>Trouver et adapter la juste mesure pour agir.</p> <p>Potentialisé le changement validé vers plus d'autonomie.</p>
INDICATIONS ET MODES D'ACTION	<p>Des traumatismes « T » qui vont être associés aux besoins vitaux.</p> <p>Des traumatismes « t » en lien avec le désir de pouvoir améliorer son cadre de vie.</p> <p>Pour les deux le même protocole qui va s'appuyer sur une empreinte au niveau des réseaux de mémoires.</p> <p>En excluant les pathologies d'origine chimiques ou organiques.</p>	<p>Les séquelles de l'hyper sollicitation spatiale ou temporelle synonyme d'irréversibilité</p> <p>L'expression en hypo réversible qu'elle soit secondaire à une hyper ou primaire dans le cadre d'une hypo sollicitation temporelle.</p> <p>Pour ces deux situations nous chercherons des signaux conjonctifs qui vont guider notre action par le « GDS quand on y touche »</p> <p>Seront exclues les pathologies d'origine chimiques ou organiques et le cassé, usé, mal formé....</p>
TECHNIQUES	<p>Une communication verbale et non verbale</p> <p>Qui va permettre de définir la cible en rapport avec la plainte de façon sélective et consciente</p> <p>Choisir le moment et l'outil les mieux adaptés pour informer et guider vers le changement d'état attendu au sein de la structure mnésique, évaluation faite avant et après le traitement.</p>	<p>Une communication verbale et non verbale</p> <p>Qui va permettre d'associer la plainte à un ensemble d'informations pour agir en conscience : par ex les antécédents traumatiques de la personne, la nature du facteur déclenchant ou les antécédents de la personne.</p> <p>Choisir l'instant et l'outil pour un geste juste qui va amener un changement d'état du TC et une perception modifiée au sein même du tissu conjonctif, les tests comme guides avant et après correction.</p>

Tableau 1 : Analyse comparative des deux approches

CONCLUSION GENERALE : A chacun des chapitres qui précèdent, une conclusion et à chaque conclusion nous retrouvons le lien étroit entre EMDR et ostéopathie structurale : l'histoire qui les rapproche, les principes qui les font se ressembler, les indications et modes d'action qui définissent un cadre d'exploration commun et enfin les techniques qui fixent des buts à atteindre sans rien oublier de ce que l'autre va pouvoir apporter pour optimiser une démarche de soin. Par ailleurs nous avons ajouté à ces chapitres, un thème de réflexion propre à chacun qui en précise le contenu et qui va nous donner la capacité de passer du modèle théorique à la gestion pratique de cette prise en charge double.

La fin de cette première partie permet de préciser l'intention de ce devoir.

Elle est triple :

1. Les deux modèles se ressemblent et vont se connecter, se compléter pour être encore plus efficace dans les objectifs à atteindre d'une approche en parallèle et concertée.
2. L'ostéopathie structurale devrait trouver avec l'EMDR un allié puissant qui lui permettrait d'affirmer sa propre démarche. L'EMDR bénéficie d'un large terrain d'expérimentation par son approche sur le cerveau. L'ostéopathie structurale intervient à un autre niveau de compétence mais répond en écho à l'EMDR, avec le même pragmatisme, dans la prise en compte de la plainte du patient. Les deux peinent à apporter des « preuves scientifiques » au bien-fondé de leur théorie. Mais les deux réunis, connectés, pourraient donner du sens à un continuum entre soma et psyché qui alors ne feront qu'UN.
3. Le thérapeute devrait être capable à son tour de lever ses propres obstacles, ses barrières qui peuvent l'empêcher d'exploiter toute l'énergie et l'efficacité d'un être uni. Rester sensible, ouvert, disponible sans faiblesse et confiant dans la présentation de notre axe de soin, voilà ce que l'EMDR pourrait nous apporter pour renforcer notre statut de thérapeute manuel.

3. HYPOTHÈSE

Ce travail, à travers des cas cliniques, cherche à illustrer l'intérêt d'une prise en charge double, EMDR et ostéopathie structurale.

La prise en charge conjointe de patients en EMDR et OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE présente un intérêt pour les patients et pour chacun des deux modèles.

4. MÉTHODES ET RÉSULTATS

Voilà un an que ce projet de TER est né. Six ans où j'ai pu apprendre à connaître l'EMDR au contact de thérapeutes confirmés et pratiqué l'ostéopathie structurale en suivant l'enseignement de Bretagne Ostéopathie. J'ai par ailleurs bénéficié d'un traitement EMDR.

Je me suis présenté alors, avec ce projet, sur la mailing liste d'EMDR France en précisant ce thème du rapprochement entre EMDR et ostéopathie. J'ai reçu de nombreux témoignages faisant état de ce type de partenariat.

En voici deux exemples :

EXEMPLE 1

« Bonjour,

Je suis praticien EMDR Europe et superviseur en cours d'accréditation. J'ai vu sur la mailing liste que vous recherchez des praticiens travaillant avec des ostéo et je fais partie de ceux-là.

En plus du fait que très régulièrement (voire de manière systématique) j'envoie mes patients à tel ou tel moment de la thérapie chez mes collègues ostéo pour favoriser le travail, je travaille de manière simultanée avec un ostéo. Je m'explique: partant de l'hypothèse (avérée) que l'EMDR activait la mémoire somatique (entre autre) nous nous sommes dit que ce serait intéressant de travailler le corps qui est donc revenu au moment du trauma. Concrètement, mon patient est sur la table de l'ostéopathe et nous faisons une séance EMDR classique avec en plus ma collègue qui traite les différentes problématiques corporelles libérées par l'EMDR. C'EST UN TRAVAIL FORMIDABLE AVEC DES RESULTATS INCROYABLES!

En effet travailler sur le corps au moment de la survenue du trauma et non sur le corps traumatisé nous fait gagner beaucoup de temps. N'hésitez pas à me contacter si vous voulez plus de détail.»

EXEMPLE 2

« Bonjour je suis psychologue à Lyon et ancienne infirmière qui a travaillé en rééducation fonctionnelle avec des kinésithérapeutes formés en ostéopathie.

Depuis des années je suis soignée régulièrement par des homéopathes et ostéopathes. Formée en EMDR depuis 2006 j'ai accompagné un patient qui a intercalé des séances d'ostéopathies entre nos séances d'EMDR. En raison du résultat, j'ai rencontré cette

ostéopathe qui depuis est devenue une amie. Nous travaillons en synergie. Elle m'envoie certains clients et je propose à tous mes patients une prise en charge chez leur ostéopathe ou bien leur donne certaines adresses d'ostéopathes avec lesquels je travaille. Nous pouvons échanger au téléphone si vous le désirez.

Cordialement,

Geneviève HULLEIN

Non seulement j'ai été encouragé dans ma démarche, mais j'ai surtout imaginé, une fois mon projet avancé, pouvoir présenter des cas de prise en charge conjointe.

Christiane FAURE est thérapeute EMDR à Toulouse. Elle exerce en EMDR depuis quinze ans et a obtenu le statut de superviseur EMDR Europe. Elle est par ailleurs diplômée en TCC (thérapies cognitivo-comportementales), hypnose et possède un DIU de sexologie.

Nous avons été amenés à échanger sur nos pratiques respectives et nous avons saisi l'occasion de travailler ensemble.

Elle m'a adressé les premiers patients, avec leur consentement, sur la base d'une plainte somatique qui vient interférer dans son protocole de soin EMDR.

A l'exception du cas où nous avons travaillé ensemble, j'ai pu accueillir ces personnes en qualité d'ostéopathe et mener mon anamnèse dans ce sens, conscient du caractère particulier de cette prise en charge. Je ne connaissais pas pour autant les détails de la plainte EMDR.

Faisant suite à la première séance d'ostéopathie et après une reprise en EMDR, nous avons avec C. Faure systématiquement confronté nos résultats et le retour des patients pour évaluer les effets de cette prise en charge conjointe. Mesurer ainsi l'évolution du traitement, tant au niveau de la plainte somatique, que des effets de sa résolution attendue sur la prise en charge psycho thérapeutique.

Ceci m'a amené à proposer de la même façon une thérapie EMDR pour des cas de suivi ostéopathiques qui se heurtent à une empreinte mnésique traumatique trop forte, ceci dans un contexte de chronicité des symptômes en rapport avec la plainte ostéopathique.

C'est dans cette perspective de traiter de façon conjointe un même patient, dans un esprit de partage, d'échange et de compréhension mutuelle, que je rapporte en suivant 4 cas cliniques illustrant cette prise en charge EMDR et OSTÉOPATHIE.

4.1. Population des patients suivis

Ce sont des patients motivés, attendant une réponse efficace quant à la résolution de la plainte et prêts à se lancer dans une nouvelle pratique qu'ils ne connaissaient pas : l'EMDR.

Ces personnes ont entre vingt-quatre et cinquante-six ans ; elles ont une activité professionnelle ou sont étudiantes :

- Madame T : 40 ans
- Mademoiselle C : 24 ans, étudiante
- Madame K. : 38 ans
- Madame F. : 56 ans

Cette double prise en charge leur a été proposée et expliquée et elles en ont bien sûr accepté les conditions pratiques de suivi et de fréquences des séances.

La plupart avait déjà fait l'expérience de l'ostéopathie mais découvrait l'EMDR.

4.2. Présentation du cas de Patricia T.

- **La plainte EMDR** : cette femme de 40 ans consulte C. Faure pour des vertiges... Elle souffre d'un très important « stress professionnel » et se trouve en arrêt de travail au moment de sa demande.

Elle évoque dans l'anamnèse, la même année, la maladie de sa mère (cancer) et la peur de perdre sa fille à l'âge de deux ans suite à une forte déshydratation.

Le travail EMDR porte essentiellement sur son vécu par rapport à sa fille et amènera une amélioration des vertiges qui cependant, persistent.

- **Première séance ostéo** : Madame T. dans l'anamnèse fait référence aux vertiges. Evoque avec insistance « des difficultés digestives... » Rien à signaler du point de vue traumatique. Il est question de maux de tête qu'elle met sur le compte du stress très présent dans son discours. Elle a un traitement prescrit par son médecin généraliste pour essayer d'atténuer les symptômes « dus au stress, ainsi que les vertiges », mais sans vraiment de résultats.

La séance va consister en un travail crânien et une approche de la sphère viscérale en rapport avec sa plainte « digestive ». Je lui propose de m'appeler pour me faire part de son ressenti et nous convenons de la possibilité d'une deuxième séance.

- Résultat de la première séance ostéo : Le soir même Madame T. aura une forte réaction viscérale après cette première séance. Son mari lui rappelle alors les circonstances de son accouchement difficile, la peur de mourir et de perdre son bébé, et les forts vertiges, alors, qui ont suivi. Ce rappel somatique permettra d'orienter le travail EMDR en faisant de son accouchement l'événement « source ». C'est effectivement à cette occasion que les premiers vertiges sont apparus. La suite du traitement verra une nette amélioration de son état. Une nouvelle séance d'ostéo viendra confirmer les résultats obtenus.

On constate ici l'interaction entre les deux approches. L'approche viscérale, cohérente par rapport à l'anamnèse, va donner une base de travail essentielle pour développer le processus de soin EMDR et redonner à cette personne équilibre et autonomie. La structure (expression viscérale) vient en soutien de la définition du traumatisme psychologique à travailler en EMDR (son accouchement difficile). L'un sans l'autre aurait pu voir une atténuation des symptômes mais certainement pas une résolution presque totale de la plainte, à confirmer bien sûr à distance.

4.3. Présentation du cas de Chems A.

- **La plainte EMDR** : Cette jeune femme de vingt-quatre ans révèle un tableau somatique très perturbé. C'est le principal de sa demande : ouverture très

difficile de la mâchoire, gêne chronique à la déglutition et troubles digestifs. Cela dans un contexte étudiant où le stress et la pression sont constants.

Elle signale un père alcoolique dont elle dit avoir eu honte et peur dès son plus jeune âge et encore aujourd'hui. Elle avoue une vie affective très perturbée. Son vécu émotionnel et son histoire familiale très difficiles, seront soulignés par une symptomatologie somatique très présente. Les émotions semblent bloquées et l'essentiel de sa plainte se présente par le corps.

Le travail EMDR va porter sur son rapport au père.

Après la première séance d'ostéopathie en rapport avec sa plainte somatique (mâchoires, tissus mous du cou, viscéral et crânien), C. Faure va recentrer le travail EMDR sur ses émotions qu'elle masquait par cette expression somatique majeure. Elle dira par la suite s'être sentie plus libre avec ses affects et plus sereine dans sa vie de relation. Les symptômes justifiant la plainte ont disparu.

Pour ce tableau clinique, la plainte principale semble être somatique. Mademoiselle C. en séance EMDR insiste sur l'état de ses mâchoires et ses troubles chroniques à la déglutition et digestifs qui constituent chaque jour un handicap. Le travail EMDR sur le rapport au père révèle un état émotionnel très fragile, à travailler, mais « les barrières somatiques » persistent et agissent comme un écran par rapport à un passé et un présent affectifs douloureux. Une fois cette prise de conscience effectuée en portant l'attention sur sa plainte physique et essayer d'y apporter des réponses en travaillant la structure, le travail EMDR de désensibilisation et de reprogrammation prendra tout son sens.

- **Séances d'ostéopathie :** Trois séances seront nécessaires. Un travail crânien, sur les tissus mous du cou et dans un deuxième temps, une approche viscérale vont lui permettre de ressentir une amélioration : mâchoires plus libres et surtout sa gêne à la déglutition atténuée. Lors de la deuxième séance, alors que j'insistais sur son ressenti en rapport avec le travail viscéral, elle va subitement lâcher prise et se mettre à pleurer. La séance s'arrêtera là, après que nous ayons échangé et tenté de positiver sur la nature de cette réaction qui semble l'avoir surprise. Cette information va modifier l'approche EMDR en relation avec ses émotions.

4.4. Présentation du cas de Nadia K.

- **La plainte EMDR :** A l'approche de la quarantaine, cette patiente en couple depuis déjà quelques temps, manifeste avec son compagnon un désir d'enfant. Elle consulte et décrit sa plainte avec des symptômes allant crescendo à l'évocation de sa grossesse : vertiges, sensations de brûlures dans tout le corps et surtout dans les membres supérieurs.

Elle a été abusée plusieurs fois, enfant, par son père et a connu la prostitution dès l'adolescence.

Un gros travail sur l'émotionnel en rapport avec le père a été entrepris en EMDR depuis déjà quelques temps. Malgré de nets progrès, elle garde un rapport à son corps très difficile et la simple perspective d'être touchée peut déclencher encore, par moments, un trouble profond. Il semble évident que la

perspective de porter un enfant fait remonter par flash le souvenir des abus de son enfance.

Après qu'elle en ait longuement parlé avec C. Faure et que nous ayons pu définir les conditions les plus sereines pour le déroulement d'une séance d'ostéopathie, un rendez-vous est pris, ensemble, en présence de sa thérapeute EMDR qui pourra intervenir et jouer un rôle sur la gestion de ses émotions en retraçant les réactions qui apparaîtront pendant la séance par des stimulations bilatérales alternées. Ainsi lui donner la possibilité de gérer et dépasser une situation qu'elle appréhende.

- **La séance ostéopathie** : nous avons organisé cette séance comme une séance « normale » avec une attention toute particulière à la nature de sa plainte somatique et des détails apportés au déroulement de la séance ainsi qu'aux techniques qui allaient être mises en œuvre. Nous nous sommes attachés à lever des tensions, particulièrement au niveau dorsal moyen et haut tout en privilégiant une dimension générale à cette prise en charge un peu particulière pour nous. La notion de « dimension générale » s'entend ici dans l'idée de ramener les lésions trouvées à un équilibre nécessaire de tout le corps. Dans cette perspective, nous nous sommes efforcés de toujours la ramener de façon très pragmatique à son ressenti en rapport avec les techniques employées.

Pouvoir « être touché » et mettre des mots sur son ressenti l'a rassuré. Nous avons pu effectuer une deuxième séance cette fois sans C. Faure.

Après la 1^{ière} séance d'ostéopathie, elle a poursuivi son travail EMDR et décrit cette « expérience ostéopathique » comme quelque chose de très positif. Elle dit être plus sereine, beaucoup moins agressée par les regards masculins. Moins perturbée par ses émotions qu'elle laisse plus spontanément s'exprimer et plus en harmonie avec son compagnon. Je pense qu'à ce moment précis de sa prise en charge et dans ce contexte particulier, mon positionnement affirmé de thérapeute manuel a permis à cette patiente de mettre en œuvre toutes ses ressources pour dépasser ses peurs.

- Pour ce cas difficile abordé ensemble avec C. Faure, l'essentiel du travail a été fait en amont grâce à une prise en charge EMDR poussée visant à donner à Madame K. un équilibre émotionnel, même imparfait et un début d'autonomie pour pouvoir enfin assumer ses choix. L'intervention ostéopathique va représenter la possibilité de gravir une marche supplémentaire, avec un gros effort de reprogrammation encore à venir.

4.5. Présentation du cas d'Emma F.

- **La plainte ostéopathique** : Cette patiente a présenté une fracture tassement au niveau du corps vertébral de L1 dans des conditions tout à fait inattendues : une chute sur le dos sur un sol verglacé. Elle décrit sa stupeur lors de la chute et le côté très traumatisant des circonstances de survenue.

Une fois consolidée et à distance de l'accident elle vient consulter pour des douleurs chroniques, mécaniques de tout le dos, majorées par la fatigue ou un état de tension.

Une première séance et une deuxième à J +8 vont apporter un réel confort et une amélioration des symptômes, en particulier la douleur locale et la tension générale. Mais ces symptômes vont réapparaître en relation avec fatigue et stress. A l'occasion de l'anamnèse, la patiente évoque un sentiment de crainte, une appréhension qu'elle ne connaissait pas avant sa chute. Une réminiscence de cet événement aussi soudain qu'inattendu. Elle précise que dans les premiers temps qui ont suivi l'accident elle était envahie par le sentiment d'avoir perdu une grande partie de son autonomie. De ce fait elle a mis en place ce qu'elle définit elle-même comme des stratégies d'évitement.

- **La prise en charge EMDR** va la remettre dans les conditions de la chute. Il faut la revivre et pouvoir ainsi mesurer aujourd'hui ce qui lui a permis de dépasser cet état en analysant de façon rationnelle les progrès acquis.

Il va bien s'agir de retraiter cette information traumatique et reprogrammer les connexions neuronales capables d'envisager alors cet accident non plus comme un handicap mais bien comme une épreuve qu'elle a su dépasser. Elle a de toute façon, trouvé les ressources pour continuer à avancer.

La reprise en main ostéo de ses troubles aura, dans ces conditions, un effet durable. En effet l'empreinte traumatique n'a pas disparu mais a été édulcorée rendant plus accessible les systèmes d'auto guérison.

On voit avec ce scénario d'une plainte ostéo en première intention que sans l'apport de l'EMDR, on se heurte pour sa résolution, à une forme de chronicité qui n'a de sens que dans l'expression d'une peur irrationnelle. Il faut savoir entendre cette description de la chute et ses conséquences pour ne pas se contenter d'un mieux-être. On pourra ainsi et souvent gommer des représentations qui font le lit de la chronicité.

5. DISCUSSION

Cette partie des témoignages et cette démarche de prise en charge en parallèle, reste une démarche empirique. Nous n'avons pas établi avec Me Faure, au préalable, un protocole de gestion des séances qui définisse les modalités d'actions thérapeutiques partagées.

Ce projet de mise en commun, pratique, est né de nos expériences et des témoignages de thérapeutes exerçants déjà dans ce sens avec de bons résultats (Cf. témoignages ci-dessus). D'autres parts, EMDR et ostéopathie structurelle se rejoignent et se définissent avec ce souci, pour chacun, d'une prise en charge pragmatique du soin qui qualifie ces deux modèles.

Fort de ces éclairages, nous souhaitons proposer une option de travail et de prise en compte de la plainte au sens large, qui pourrait s'inscrire dans ce cadre. D'autre part cette approche peut, nous l'espérons, amener réflexions et discussions sur notre rôle particulier et la nature des réponses à proposer en accord avec la qualité des situations rencontrées.

Voyons plus en détail la gestion des cas. Trois sont allés de l'EMDR à l'ostéopathie. Pour ces personnes, le protocole de prise en charge du traumatisme défini comme étant l'événement source, semble ralenti par une expression somatique majeure. L'intervention de l'ostéopathe se justifie alors, dans son domaine de compétences et sans être guidé par la description précise du profil psychologique du patient, mais en se recentrant sur la structure.

La prise en charge ostéopathique va d'abord consister à écouter la plainte et construire notre anamnèse pour collecter les informations nécessaires et orienter notre action thérapeutique. Il va s'agir alors d'identifier le facteur déclenchant et de le qualifier en qualité, en quantité et en cohérence ou pas avec la nature de la plainte. L'identification des lésions va amener aux techniques de correction. Les résultats obtenus seront proposés à une nouvelle étape de la gestion EMDR de la plainte afin d'en mesurer l'avancé. Le quatrième cas va présenter un tableau équivalent, la demande ostéopathique étant celle de première intention.

En restant objectif sur nos modes opératoires, nous pourrons avoir une analyse impartiale des résultats et échapper à l'influence d'un modèle sur l'autre.

Les cas étudiés se présentent avec une plainte somatique vraie mais diagnostiquée comme « psychologique ». L'évolution de leur traitement va le vérifier. Mais l'expression somatique est réelle et sans qu'on ait pu lever ces barrières au niveau du corps, la reprogrammation et le nouvel encodage psychologique pourraient s'avérer très difficiles. C'est là que ce travail combiné développe tout son potentiel.

Pourrait-on penser que ces personnes sont prédisposées à ce type de prise en charge ?

Quand bien même elles le seraient, il faut bien leur apporter des réponses...

Ya -t-il l'expression d'un effet placebo ? Si oui, il agit avec une réelle efficacité...

Peut-on compter sur un effet potentialisateur d'un modèle sur l'autre ?...

Comme il apparaît dans le premier des deux témoignages cités plus haut, traiter les symptômes physiques qui s'expriment au cours de la séance EMDR va fluidifier celle-ci. Avoir cette vision psy quand on butte sur la chronicité d'une plainte en ostéo va nous permettre d'avancer et d'enrichir notre pratique.

Notre présence thérapeutique, sans compassion, nous oblige à nous positionner avec objectivité et pragmatisme. Comment trouver un cadre qui réponde à ces impératifs et qui prenne en compte toute la diversité des cas qui nous sont présentés ?

Reprenons la définition de l'Organisation mondiale de la santé : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »... Tout le monde peut donc prétendre à la santé, malade ou infirme ! Cette définition reste un constat, une situation de fait qui ne dit rien de comment l'atteindre. La notion « d'être dans l'instant » de la bonne réponse à la plainte qui nous est proposée, va prendre là tout son sens. Le chemin pour y parvenir va nous demander une qualité d'expertise la plus complète possible que l'association de deux modèles, par exemple EMDR et ostéopathie structurelle, peut nous offrir. Pour prendre la bonne décision, il faudra avoir su modifier et reprogrammer une mauvaise information que nous aurons identifiée au préalable.

Nous sommes ostéopathes et notre moyen d'expression, d'action, se trouve dans la structure, celle du patient et en premier lieu la nôtre. Nous restons acteur du soin. C'est à travers ce que nous allons ressentir que notre intention thérapeutique va exister. La « Structure » peut s'entendre par l'union du corps physique et des mécanismes de la pensée. En premier lieu en prenant en compte les rapports mécaniques, neurologiques et vasculaires qui créent ce lien. C'est de cette façon que nous aborderons le patient dans son entier. Et nous ne serons pas trop de deux pour cela.

EMDR et ostéopathie structurelle se rejoignent et se complètent au service d'une association corps/esprit qui emprunte au deux les réponses aux problèmes qui nous sont posés pour chaque cas. L'un va s'enrichir de l'autre.

La notion de tenségrité vient s'appliquer au vivant. Elle évoque organisation et adaptabilité. C'est dans ce cadre que nous allons pouvoir mettre en lumière et faire se répondre les

concepts propres à l'EMDR et à l'ostéopathie structurale. L'anamnèse s'impose aux deux dans un rapport vertical qui ne laisse rien de côté. Pour l'un et l'autre, une fois la lésion identifiée, elle va prendre sa forme particulière dans ce système tensegrité. Les outils de l'un et de l'autre vont y répondre, chacun avec ses spécificités. Les mouvements alternés droite/gauche pour le thérapeute EMDR, l'utilisation du trust et de la pesanteur pour l'ostéopathe structurel : toujours la complémentarité. Cette dynamique sera au service du thérapeute, pour qu'à chaque instant, en quête d'équilibre et d'harmonie, il puisse aller explorer toutes les dimensions de l'humain et offrir, en conscience, toujours de nouveaux équilibres garants d'une pleine santé.

6. CONCLUSION

Ce devoir pourrait permettre de placer notre action dans toute la dimension psychosomatique de l'acte thérapeutique.

Nous allons devenir non plus des techniciens performants capables d'identifier une lésion et de la lever, mais des thérapeutes en mesure d'entendre une plainte et d'y répondre.

Notre geste prendra tout son sens dès lors qu'il va s'inscrire dans cette longue histoire des rapports parfois difficiles entre la tête et le corps.

La technique maîtrisée et adaptée va nous placer en situation privilégiée. Nous saurons alors proposer une écoute permissive et bienveillante.

Les modèles associés dans ce cadre deviennent des outils puissants disponibles pour le thérapeute ; ils se soutiennent et se renforcent. Ils sont au service du patient.

Technique, éthique, philosophie et temporalité vont se rejoindre dans la globalité de notre engagement et la prise en compte de la plainte dans toutes ses dimensions.

Ce point de vue, nous l'espérons, devrait enrichir chaque jour nos niveaux de compétence et la richesse de notre investissement professionnel.

7. BIBLIOGRAPHIE

- (1) AMEISEN, Jean Claude. La sculpture du vivant. Le suicide cellulaire ou la mort créatrice. Paris, Seuil, « sciences », no57374-4, 2003, 457 pages.
- (2) BERGMANN, Uri. « Les mécanismes d'action neurobiologiques de l'EMDR : un aperçu de 20 ans de recherche ». Journal of EMDR Practice and Research, Volume5, Number 2, 2011, 22-42.
- (3) BETTHOZ, Alain. La simplicité. Paris, Odile Jacob, « Sciences », no11545, 2009, 256 pages.
- (4) BOUDEHEN, Gilles. Ostéopathie Crânienne structurale. La tensegrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens. Vannes, Editions Sully, 2011, 218 pages.
- (5) BOYESEN, Gerda. Entre psyché et soma. Introduction à la psychologie biodynamique. Paris, Payot, « collection Traces ».
- (6) DROUIN, Sophie. L'instant du thrust. TER Institut de formation supérieure de Rennes. Promotion 3, 2012, 33 pages.

- (7) HETROY, Robin. Existe-t-il une philosophie ostéopathique ? TER institut de formation supérieure de Rennes. Promotion 3, 2012, 30 pages.
- (8) GIROMINI, F. « L'expérience du temps : le corps et sa mémoire ». Psychomotricité : les concepts fondamentaux, 2003-2004, 59- 76.
- (9) JANSEN, Thierry. La solution intérieure. Vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit. Paris, Pocket, no72258, 2007, 442 pages.
- (10) JANSEN, Thierry. Le défi positif. Une autre manière de parler du bonheur et de la bonne santé. Paris, Pocket, 2013, 410 pages.
- (11) LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX ! <http://lecerveau.mcgill.ca/avance.php>. « L'émergence de la conscience ». 04/09/2013
- (12) LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX ! <http://lecerveau.mcgill.ca/avance.php>. « Au cœur de la mémoire ». 04/09/2013
- (13) LUBER, Marilyn. « Entretien avec Francine Shapiro : aperçu historique, questions actuelles et directions futures de l'EMDR ». Journal of EMDR Practice and research, Vol. 4, Number 2, 217-231, 2009.
- (14) ROQUES, Jacques. Guérir avec l'EMDR. Traitements, théorie, témoignages. Paris, Seuil, Couleur Psy, 2007, 325 pages.
- (15) SERVAN-SCHREIBER, David. Notre corps aime la vérité. Paris, Robert Laffont, 2012, 341 pages.
- (16) SHAPIRO, Francine. Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures. Paris, Dunod-InterEditions, 2007, 558 pages.
- (17) SHAPIRO, Francine. « L'EMDR, le traitement adaptatif de l'information et la conceptualisation de cas ». Journal of EMDR practice and research, 1(2), 68-87, (2007)
- (18) STICKGOLD, Robert. « EMDR (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements oculaires) : mécanisme d'action neurobiologique putatif ». Journal of clinical Psychology, Vol. 58(1), 61-75 (2002).
- (19) TERRAMORSI, Jean-François. OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE. Lésion structurée-Concepts structurants. Bastia, Editions Eoliennes, 2013, 415 pages.
- (20) VARLET, Patrick. Ostéopathie somato-émotionnelle. Bases scientifiques et applications thérapeutiques. Vannes, Sully, 2009, 248 pages.