



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Thèse de doctorat

Implications psychologiques dans la prise en charge ostéopathique des maux de dos

Psychological involvements in the osteopathical care of back pains

C. Bastide

278C, boulevard Pinel, 69008 Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Mal de dos
Ostéopathie
Psychosomatique
Recherche interdisciplinaire
Relation de soin

Keywords:
Back pain
Care relationship
Interdisciplinary research
Osteopathic medicine
Psychosomatic medicine

RÉSUMÉ

Contexte. – Cette recherche – réalisée dans le cadre du master 2 recherche de psychologie clinique à l'Université Lumière de Lyon 2 – se caractérise par une exploration psychodynamique de la pratique clinique ostéopathique.

Objectif. – L'objectif est de repérer les points d'articulation possibles entre le traitement d'une plainte lombalgique au cours d'une séance d'ostéopathie, le vécu psychocorporel et le dépôt psychique que les patients peuvent en faire en séance, en lien avec le caractère potentiellement somatisant ou conversionnel de leur plainte.

Méthode. – La méthodologie s'appuie sur la démarche de l'observation clinique et s'intègre dans un dispositif de recherche au sein de séances de praticiens ostéopathes. Il s'agit d'une méthodologie centrée sur le patient pendant la séance, mais tenant compte d'un triptyque patient–praticien–observateur.

Résultats. – Ils mettent en évidence la façon dont les patients ont tendance à être particulièrement réceptifs aux dimensions de relaxation et de bien-être lorsqu'un trouble apparaît en lien avec des préoccupations psychiques et émotionnelles ; et la façon dont une séance a au contraire tendance à se caractériser par des vécus douloureux et défensifs, lorsque le patient n'investit que peu psychologiquement son corps.

Conclusion. – La conclusion permet de souligner la façon dont la dimension subjective et psychique du patient constitue un élément pondérateur dans le vécu d'une séance d'ostéopathie, et qui a tendance à s'exprimer au cours de celle-ci.

© 2021 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Context. – This research – pursued at the University Lumière of Lyon 2 as part of a Master of Research in Clinical Psychology – is defined by a psychodynamic exploration of the clinical osteopathic practice, and more specifically with patients suffering from low back pain.

Aim. – The objective of this research is to identify the existing links between the treatment of a backache complaint during an osteopathy session, the mind-body experience and how this experience is verbalized by patients during sessions – in connection with the potentially psychosomatic aspect of their complaint.

Method. – The methodology is based on clinical observations and advanced research within the framework of osteopathy sessions performed by practitioners. It focuses on the patient during the session but takes account of the patient–practitioner–observer triangle. The clinical data includes the observation of 19 patients suffering from back pain and results in a qualitative and quantitative material collection.

Results. – Results highlight how patients tend to be responsive to the dimension of relaxation and well-being when they are emotionally and psychologically distressed. They also show how osteopathy

Adresse e-mail : chrls.bstd@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.inan.2021.08.002>

2542-3606/© 2021 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

sessions tends to be characteristic of painful and defensive experiences when the patient does not engage psychologically with his own body.

Conclusion. – In addition, the conclusion underline how the subjective and psychological dimension represents an important factor in how the osteopathy session in experienced – it even tends to express itself during that process.

© 2021 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Contexte et objectifs de la recherche

La transition que connaît actuellement le paysage thérapeutique français – d'une part, à travers une ouverture effective de plus en plus conséquente aux soins complémentaires et alternatifs, d'autre part, à travers un contexte global d'évaluation de la fiabilité et de l'efficacité des offres de soin proposées – amène à réinterroger ce qu'un individu recherche et vit à partir de ses démarches de santé.

Au sein de ces offres, l'ostéopathie représente une pratique manuelle à la conception clinique voire philosophique singulière (Lepers, 2016). En dépit d'une efficacité qui peine à être démontrée au regard des méthodologies biomédicales (Barry & Falissard, 2012), ces thérapies sont fortement plébiscitées par les patients et offrent un premier contact prégnant dans la résolution des troubles fonctionnels – tout particulièrement pour le mal de dos – ce qui conduit à questionner quels bénéfices le patient peut spécifiquement trouver dans cette pratique.

La recherche que nous présentons¹ consiste en l'observation de prises en charge ostéopathiques au sein d'une clinique d'enseignement, sous l'angle d'une méthodologie psychodynamique. Nous rappelons ainsi que le mal de dos se définit comme un objet transnosographique, dont la portée psychique et somatique – à l'instar des troubles fonctionnels – est aujourd'hui pleinement reconnue, impliquant des modalités de traitement psychique différentes, et plus spécifiquement à l'aune de ce que le champ psychosomatique et psychanalytique théorise du double paradigme opposant *trouble de conversion* et *trouble psychosomatique* (Dumet, 2020). Par extension, la relation de soin patient-praticien apparaît dans la littérature comme une valeur centrale dans la résolution de ces troubles, non-exclusive au seul cadre psychothérapeutique mais également vectrice de soin transdisciplinaire (Balint, 1957 ; Ciccone et al., 2018 ; Stora, 2019).

L'intérêt de cette recherche est double : d'une part, proposer une exploration clinique de ce qui se noue, dans le dialogue psychique et somatique entre patient et soignant, du déploiement de la dimension corporelle et subjective du patient au sein des séances ; d'autre part, questionner l'intérêt psychosomatique et transdisciplinaire – tant sur le plan pratique que théorique – d'une telle thérapeutique.

Notre questionnement princeps

L'espace de soin ostéopathique permet-il au patient d'exprimer des préoccupations psychiques ou corporelles en lien avec son trouble fonctionnel, voire de commencer à les mettre au travail à la faveur de la résolution de ce trouble ?

¹ Cette recherche a été effectuée dans le cadre du Master 2 Recherche « Approches Cliniques et Modélisations des Psychopathologies » à l'Université Lumière de Lyon II, sous la direction du Pr Nathalie Dumet. Elle est par ailleurs réalisée en collaboration avec l'Institut Supérieur d'Ostéopathie, sous l'encadrement de M. Karim Kebaili-Commier. Elle a donné lieu à la réalisation d'un mémoire soutenu en septembre 2020.

Méthodologie

Nous mettons en place un dispositif d'observation clinique de séances d'ostéopathie centrées sur le vécu du patient, mais tenant ici compte d'un triptyque patient-praticien-observateur.

L'observation conduite est à la fois participante, relationnelle et attentive et suit le cadre initial des séances d'ostéopathie. Le chercheur peut ainsi prendre une part active durant l'entretien semi-directif du praticien en début de séance, sans pour autant initier la parole, et a la possibilité de se placer en retrait lorsque patient et praticien sont à la table de consultation afin de veiller au cadre intime déployé. Par ailleurs, à l'issue de la séance, un temps d'échange et d'élaboration est systématiquement proposé à l'ostéopathe, afin de recueillir et de croiser nos éléments d'observation et nos ressentis.

Notre focale d'observation

Nous proposons de décondenser deux niveaux d'observation clinique : d'une part, celui des éléments tenant compte du rapport intrasubjectif de l'individu à son corps, à sa plainte somatique ; d'autre part, celui des éléments qui se rapportent à des aspects interindividuels et relationnels qui peuvent se déployer au sein de la séance. Nous avons proposé pour cela une grille d'observation clinique constituée à partir d'une exploration préliminaire². Celle-ci se focalise plus spécifiquement sur trois éléments en lien avec la dimension psychocorporelle : l'investissement psychique et libidinal qu'entretient le patient avec son corps et avec sa douleur, la relaxation psychique et corporelle qui émerge au cours de la séance, ainsi que la possibilité pour le patient de verbaliser et de déposer des vécus psychiques et/ou émotionnels durant la séance.

Nous tenons compte d'éléments infraverbaux, paraverbaux et verbaux, de l'associativité tant verbale que corporelle qui se déploie au cours de la séance, mais également d'éléments élaborés à partir du contre-transfert du chercheur et du praticien, en incluant également sa dimension corporelle (Dumet, 2013 ; Potel, 2015).

Nombre et critères d'inclusion des participants

Nous choisissons une population adulte, d'âges variés, tout-venant. Nous limitons certaines spécificités de développement (enfants, adolescents, personnes âgées). Le principal critère retenu est le symptôme manifeste : le mal de dos. Nous concevons une forme étendue de ce trouble en admettant un polyptyque lombalgie-dorsalgie-trapezalgie-cervicalgie, afin de privilégier la portée symbolique accordée à l'ensemble du dos plutôt qu'à la réalité physiologique présente derrière. Par ailleurs, nous excluons le potentiel caractère chronique, les patients présentant des atteintes structurelles associées, ainsi que ceux présentant de manière apparente un état de souffrance psychopathologique avancé, bien qu'il soit important de noter que ces dimensions ne sont parfois pas nettement identifiables en une seule séance. Pour autant, le nombre et la fréquence de consultations déjà effectuées

² Disponible en complément électronique (Annexe 1).

par le patient représentent des variables difficiles à contrôler, constituant aussi une limite dans le choix de la population.

Résultats

Nous avons pu observer 19 patients âgés de 20 à 55 ans et présentant des maux de dos aigus. Leurs troubles ont pu survenir à partir d'un choc clairement identifiable (faux mouvement, effort physique, accident) ou bien sans cause déterminée par le patient, et vont de la sensation de blocage à la douleur aiguë. Ces troubles se déploient également au sein des séances avec une grande diversité au regard de la vie psychique des patients, convoquant la verbalisation et la relaxation au sein des séances de manière différente (Tableau 1).

Pour 9 patients (les patients n° 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17 et 19), le mal de dos apparaît spécifiquement en lien avec un contexte de tension psychique et émotionnelle (stress au travail, surcharge mentale, conflictualité familiale). Ces patients présentent un idéal du moi-corps latent (en lien avec une pratique sportive, des conduites alimentaires et de santé, ou un passif médical notable) ainsi qu'une dynamique de refoulement des préoccupations émotionnelles qui tend à émerger comme un besoin durant la séance.

Par exemple, les patientes n° 9 et 10 pressentent et énoncent leur trouble comme d'« origine psychosomatique », survenu sans choc précis mais en lien avec des préoccupations actuelles.

Le mal de dos apparaît par ailleurs comme un élément d'entrave, de restriction sur le plan somatique impactant la dynamique d'investissement psychique du corps.

La patiente n° 11 par exemple, consulte pour une gêne dorsale ainsi qu'une fatigue importante. Elle est danseuse professionnelle, ce qui constitue sa passion, et son trouble lui donne l'impression « d'un corps qui ne suit plus », amenant à des vécus émotionnels massifs de tension et de relâchement durant la séance.

Le patient peut alors se laisser saisir par la dimension relaxante déployée par le cadre-dispositif de la séance (durée d'une heure, caractère intime, dispositif de la table ostéopathique, techniques manuelles douces ou bien toniques, etc.) lui permettant, d'une part, d'associer, de se rappeler, de verbaliser ; d'autre part, de déployer des expressions corporelles diverses (pleurs, vertiges, oppression diaphragmatique, etc.) peu à peu transformées au cours de la séance. Par extension, ces patients ont tendance à se montrer particulièrement réceptifs aux bénéfices procurés par la séance.

À l'inverse, pour 6 patients (les patients n° 3, 7, 8, 13 et 18) nous notons une dynamique de repli psychique, en lien avec la fragilisation, la mise à distance, l'arrêt de l'investissement psychique du corps (surcharge pondérale, négligence des conduites de santé, sportives, voire d'hygiène de vie). Pour ces patients, le lâcher-prise émotionnel n'est pas nettement identifiable, et les manipulations amènent à exprimer un dialogue tonico-émotionnel sur un versant tonique et défensif. Ces patients peuvent également montrer une propension à vivre leur séance sur un mode déceptif, avec des perceptions de douleurs toujours présentes en fin de séance.

Par exemple, le patient n° 13 est en situation d'obésité, et peut exprimer le fait d'être informaticien pour « bouger le moins possible ». Son mal de dos survient durant un effort exceptionnel : son récent déménagement, ainsi que du repas de famille l'accompagnant, ce qu'il nous dit redouter par ailleurs. Ce patient tend à exprimer de la colère contre son corps durant la séance, ce dernier se révélant ostensiblement douloureux durant la séance.

Enfin, 4 patients ne permettent pas d'identification franche, ce qui amène à constater la façon dont la complexité de ces fonctionnements reste parfois elle-même restreinte à travers l'observation d'une séance unique, ouvrant ainsi autant de limites à cette étude que de nouvelles perspectives d'investigation.

Tableau 1

Évaluation du déploiement de la dimension psychocorporelle et psychique chez le patient durant la séance.

n°	Classe d'âge	Sexe/âge	Motif de consultation	Marque d'investissement libidinal du corps	Relaxation psychocorporelle	Dépôt de préoccupation psychique
1	20-29 ans	F/25	Lombalgie en lien avec un terrain viscéral et psychoémotionnel	Oui	Oui	Oui
2		F/26	Cervicalgie et dorsalgie en lien avec une chute	Oui	Non	Oui
3		H/20	Dorsalgie légère à la suite d'un accident de voiture	Non	Non	Non
4		H/20	Sensation de contracture lombaire, sans choc particulier	Oui	Oui	Non
5		H/22	Sensation de gêne dorsale et cervicale en lien avec un terrain psychoémotionnel	Oui	Non	Oui
6		H/24	Sensation de contracture en lien avec sa pratique sportive	Oui	Oui	Non
7		H/25	Trapezialgie et cervicalgie en lien avec sa pratique sportive	Non	Non	Non
8		H/26	Dorsalgie en articulation avec un facteur postural	Non	Non	Oui
9	30-39 ans	F/31	Sensation dorsalgique, inconfort de type contracture, sans décrire de choc précis	Oui	Non	Non
10		F/32	Sensation dorsalgique, en lien avec un terrain immunologique et psychoémotionnel	Oui	Oui	Oui
11		F/35	Sensation dorsalgique, en lien avec un terrain psychoémotionnel	Oui	Oui	Oui
12		F/38	Sensation lombalgique, en lien avec un kyste et un terrain psychoémotionnel	Oui	Oui	Oui
13		H/39	Dorsalgie en lien avec un faux mouvement (effort physique inhabituel)	Non	Non	Oui
14		H/39	Sensations de blocage « en barre », en bas du dos, sans élément déclencheur	Oui	Oui	Non
15	40-49 ans	F/40	Cervicalgie en lien avec un contexte psychoémotionnel traumatique	Oui	Oui	Oui
16		F/42	Lombalgie en lien avec un contexte psychoémotionnel	Non	Non	Non
17	50-59 ans	F/52	Dorsalgie légère en lien avec une forte perte de poids opérée chirurgicalement	Oui	Oui	Oui
18		H/53	Sensation lombalgique en lien avec un déséquilibre postural (stress au travail)	Non	Non	Non
19		H/55	Sensation lombalgique, contexte de vieillissement et psychoémotionnel	Oui	Oui	Oui

H : homme ; F : femme.

Conclusion et perspectives de recherche

Cette recherche tente de mettre en évidence la façon dont la dimension psychocorporelle et relationnelle des maux de dos peut émerger de manière inhérente au traitement ostéopathique et pondère le travail somatique – voire la perception qu'a le patient de l'efficacité des soins que l'ostéopathie lui offre – pour peu que le professionnel ostéopathe tienne compte de cet aspect.

En ce sens, les observations permettent d'envisager la façon dont le dispositif permet dans un premier temps d'accueillir, contenir et révéler des préoccupations psychiques en lien avec les troubles traités, à partir du toucher et des fonctions symboliques qui l'accompagnent ; et en second lieu de renvoyer des éléments du fonctionnement interne du patient, qu'il s'agisse de sensations douloureuses et toniques ou bien, de contenus émotionnels.

En outre, l'ostéopathie ne résulte pas uniquement d'un acte somatique mais nécessite d'inclure également la façon dont un individu se sent touché intérieurement par le soin proposé, tenant compte par ailleurs de la portée potentiellement symbolisante et subjectivante du travail corporel inscrit dans la relation à l'autre.

Cette recherche pourrait être approfondie à partir d'autres dispositifs de prise en charge ostéopathique, notamment au long cours, afin d'inclure le caractère longitudinal et relationnel des thérapies et du soin ostéopathique, ainsi que l'amélioration du bien-être du patient à long terme, tenant compte des possibles comorbidités du sujet. C'est pourquoi il serait également intéressant de poursuivre ces questionnements auprès de patients souffrant de psychopathologies spécifiques convoquant généralement un espace corporel souffrant (anorexie, scarifications, dysmorphophobie, dissociation, etc.).

Si cette ouverture constitue dans un premier temps un enjeu d'ajustement pour la pratique ostéopathique en requestionnant la portée du soin proposé, elle pourrait à terme apporter de nouvelles

clés de compréhension, afin d'appréhender, confronter les mises en évidence du champ psychothérapeutique, dans l'optique d'une ouverture des champs du possible.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Source de financement

Aucun.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexe) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.inan.2021.08.002>.

Références

- Balint, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. France: Payot & Rivages (2003).
- Barry, C., & Falissard, B. (2012). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Rapport thématique]*. INSERM, U669.
- Ciccione, A. et al. (2018). *Aux frontières de la psychanalyse. Soins psychique et transdisciplinarité*. Paris: Dunod [<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/aux-frontieres-de-la-psychanalyse-9782100773350.htm>].
- Dumet, N. (2013). L'expression somatique en séance, maillon associatif propice à la pensée. *Champ psychosomatique*, 63, 27–39.
- Dumet, N. (2020). Histoire, actualité et nécessité de la pensée psychosomatique psychanalytique. In J. Jung (Ed.), *Psychopathologie et psychologie clinique : perspectives contemporaines* (pp. 123–133). Paris: Dunod.
- Lepers, Y. (2016). *Impertinente ostéopathie : comprendre ses possibilités et ses limites*. Wavre, Belgique: Mardaga.
- Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel. L'ailleurs du corps*. Èrès.
- Stora, J.-B. (2019). *15 cas de thérapies psychosomatiques – Comment soigner les malades, non simplement leurs maladies*. Paris: Hermann.