

**LES VERTUS ET LES CONTROVERSES
D'UN OUTIL INDISPENSABLE À
L'OSTEOPATHE : LE TOUCHER**

Margaux DREZET
Année Universitaire 2020-2021

Directeur de mémoire : Andrei KROUTOVSKIKH
Soutenu le 24 juin 2021

LES VERTUS ET LES CONTROVERSES
D'UN OUTIL INDISPENSABLE À
L'OSTEOPATHE : LE TOUCHER

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma famille pour leurs relectures et leurs conseils qui ont été d'une grande aide dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie particulièrement mes parents sans qui la découverte et l'apprentissage de l'ostéopathie n'aurait pu être possible.

Je remercie également mes deux frères, Jason et Jaufret pour le soutien qu'ils m'apportent au quotidien.

Je remercie les personnes qui ont été présentes dans les moments de doute, de questionnement lors de l'élaboration de ce travail et qui le sont, plus largement, dans ma vie personnelle.

Je remercie particulièrement Anthony qui m'accompagne et m'encourage au quotidien.

Je remercie Nina pour son écoute attentive, son soutien et ses nombreux conseils.

Je remercie tous mes amis de mon groupe clinique : Samantha, Louise, Oriane, Ophélie, Alexandre, Thomas, Etienne, Clément et Thomas. Je les remercie pour avoir contribué, pour certains depuis la première année, à faire de ces cinq années d'études une aventure remplie de souvenirs.

Pour finir, je remercie mon tuteur Andrei KROUTOVSKIKH pour toutes ces relectures, ses conseils et ses corrections indispensables à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract.....	4
Introduction.....	5
I. Le toucher physiologique.....	8
1. Premières observations et premières études autour de ce sens	8
2. Neurophysiologie, les effets neurologiques du toucher.....	10
3. La théorie du portail : une théorie s'appuyant sur l'anatomie neurologique	11
4. Les effets vasculaires du toucher.....	12
5. Effets mécaniques du toucher sur les cellules principales du derme.....	15
6. Les études en massage thérapeutique nous éclairent sur les différents effets physiologiques du toucher.....	16
7. La théorie du déficit de sommeil : une inhibition de la douleur grâce aux conséquences hormonales du toucher	20
II. Le toucher psycho-émotionnel	22
1. La théorie des neuromédiateurs principaux ; garantissant une santé mentale et corporelle.....	22
2. Les fibres C-Tactiles : une preuve du « toucher émotif »	24
3. Le « toucher émotif » en ostéopathie	25
4. Le « Moi-peau » : une conception psycho-émotionnelle du toucher.....	27
5. L'haptonomie, une thérapeutique manuelle s'appuyant sur les émotions	30
6. L'intention en ostéopathie.....	33
III. Discussion.....	36
1. La question du « toucher placebo ».....	36
2. Le toucher : support de l'ostéopathie.....	40
3. Le toucher psycho-émotionnel : « toucher placebo » des essais cliniques	42
Conclusion.....	45
Bibliographie :	48

Résumé

Ce mémoire traite d'un sens indispensable à l'ostéopathe, portant malgré tout préjudice à l'étude scientifique des bénéfices de cette thérapie : le toucher.

Afin de comprendre pourquoi le contact tactile utilisé en tant que placebo dans les essais cliniques est controversé, nous allons, tout d'abord, nous intéresser aux effets physiologiques et psycho-émotionnels du toucher pouvant être capables d'induire un soulagement chez le patient. Cela permet d'envisager qu'une interface tactile entre patient et thérapeute pourrait potentiellement posséder des vertus thérapeutiques propres, aussi bien pour la santé physique que mentale d'un patient.

Ainsi, nous pourrions constater que le modèle d'essais contrôlés randomisés n'est peut être pas le modèle d'études le plus approprié pour expérimenter tous les bénéfices somatiques et psychiques d'une thérapie qui prône la globalité du patient dans sa pratique : l'ostéopathie.

Mots clefs : ostéopathie, toucher, placebo

Abstract

This thesis deals with a sense that is indispensable to the osteopath, which nevertheless prejudices the scientific study of the benefits of this therapy : the touch.

In order to understand why tactile contact used as a placebo in clinical trials is controversial, we will first look at the physiological and psycho-emotional effects of touch that may be able to induce relief in the patient. This allows us to consider that a tactile interface between patient and therapist could potentially have specific therapeutic virtues, both for the physical and mental health of a patient.

Thus, we can see that the randomized controlled trial model is perhaps not the most appropriate study model to experience all the somatic and psychic benefits of a therapy that advocates the globality of the patient in its practice : osteopathy.

Keywords: osteopathy, touch, placebo

Introduction

La médecine conventionnelle, telle que nous la connaissons aujourd'hui s'est développée à partir des thérapies manuelles. Cependant, l'avènement des médicaments a affecté ses pratiques de guérison par le toucher et celles-ci sont tombées en désuétude. Jules Older, écrivain et psychologue entre autre, écrit en 1982 dans son livre « Touching Is Healing » : « le toucher est devenu tabou, ce qui explique qu'il n'apparaisse pas dans les manuels ou les programmes d'études » (1). Le tabou autour du toucher réside dans son interprétation, il ne fait aucun doute que le toucher est un sens universel commun à toutes les cultures du monde et qu'il possède de nombreux bienfaits ; malgré cela c'est aussi le sens le plus réprimé, en cause sa connotation sexuelle. Effectivement, le toucher est perçu avec un doute constant, questionnant les intentions qui pourraient être potentiellement cachées derrière ce contact. Malgré tout, durant ces dernières années, de nombreuses études autour des thérapies manuelles ont vu le jour ; notamment en ostéopathie.

L'ostéopathie, d'après l'OMS¹, est une médecine non conventionnelle, dite traditionnelle ou encore complémentaire ; exclusivement manuelle (2). En effet, dans les nombreuses définitions qualifiant l'ostéopathie, on retrouve le terme de thérapie manuelle. D'après le dictionnaire « Le petit Larousse » c'est une « méthode thérapeutique manuelle ». Pour le SFDO, Syndicat Français Des Ostéopathes c'est « une médecine manuelle ». Concernant l'OMS, l'ostéopathie, appelée aussi « médecine ostéopathique repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement ».

Toutes ces définitions, spécifient que l'ostéopathie est une thérapie ou une médecine, selon celle que l'on retient, manuelle. D'ailleurs, cela est clairement spécifié dans l'article 1 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie :

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé dans son « guide générale des méthodologies de la recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle de l'OMS », nomme l'ostéopathie dans les thérapies manuelles faisant elles-mêmes partie des médecines traditionnelles, complémentaires.

« Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. » (3)

Le terme « manuelle », étant défini comme une activité qui relève de la main, d'après « Le petit Larousse ». L'ostéopathe devrait travailler avec comme seul outil l'organe du toucher, ce qui n'est pas nécessairement juste puisque le thérapeute utilise également d'autres sens durant ses consultations, comme l'ouïe durant l'anamnèse ou bien la vue durant l'observation. Ce qui va particulièrement nous intéresser dans ce sujet, c'est un sens en particulier, celui qui est au centre de la pratique ostéopathique mais aussi un sujet de conflit dans son expérimentation ; le toucher.

Effectivement, le toucher est un des plus grands biais des études dans le domaine ostéopathique. Depuis plusieurs années, pour prouver son efficacité, le monde de l'ostéopathie s'inscrit dans de nombreuses recherches scientifiques, notamment sous la forme d'essais contrôlés randomisés. Ces essais ont pour but de s'assurer de détacher l'effet placebo de l'effet spécifique du traitement, en incluant dans l'étude une population de patients homogène, se ressemblant en tous points et tous atteints d'une même douleur ou d'une même pathologie. Ils seront ensuite séparés en deux groupes distincts, un groupe interventionnel dont tous les patients qui y seront inclus seront traités en ostéopathie et un groupe contrôle qui se composera uniquement des patients qui ne seront pas traités. Un suivi prospectif des patients pourra alors être fait sur un temps défini au préalable, puis on mesurera comparativement les résultats.

Dans ce type d'étude un des biais apparaît dans le groupe non traité ; très souvent il reçoit non pas un traitement ostéopathique mais un simple toucher de la part d'un ostéopathe donné. A travers mon cursus dans l'école d'ostéopathie, nous avons eu l'opportunité de débattre sur ces problèmes. Nous nous interrogeons sur les effets que pouvait avoir un simple toucher sur un patient : « Est ce que le fait de

toucher un patient, en ciblant une structure particulière, ne peut pas déjà être considéré comme un acte ostéopathique ? ». Effectivement, certaines techniques consistent à poser les mains sur le patient, en visant une dysfonction ostéopathique précise afin d'obtenir un relâchement des tissus, c'est le cas des techniques d'écoutes. « Est-ce que le fait de toucher un patient ne peut pas déjà provoquer des effets positifs sur ces dysfonctions ostéopathiques ? », tout au long de nos études nous avons entendu que le simple fait de poser ses mains pouvait entraîner un changement d'état des tissus et donc potentiellement une modification de la dysfonction ostéopathique. Ces questions se soulèvent aussi bien parmi les étudiants au sein de leurs cours mais aussi chez les ostéopathes DO et les autres lecteurs de ces études de recherche.

Ces questions se posent car le toucher est le sens qui reste le moins connu d'entre les cinq. Pourtant si le toucher est utilisé dans plusieurs thérapies depuis autant d'années, on peut se demander s'il ne possède pas une ou des vertus thérapeutiques propres. William Garner Sutherland², un ostéopathe américain élève du fondateur de l'ostéopathie Andrew Taylor Still, disait d'ailleurs : « Le toucher est essentiel pour le traitement, ainsi que pour le diagnostic. » (William Garner Sutherland, 2006, p. 170)³ (4).

C'est grâce aux cours de méthodologie de la recherche, dispensés à ISOstéo Lyon, que je me suis intéressée à cette question. A savoir, quelles sont les effets engendrés par le toucher ? Et pourquoi la présence de ce sens tactile dans les études scientifiques est-il un sujet qui divise autant ? Pour cela, nous allons voir ici qu'il existe de nombreux effets que le toucher est en capacité de créer, autant physiologiques que psycho-émotionnels ; puis, grâce à ces données, nous nous intéresserons au cas du toucher dit placebo dans les essais contrôlés randomisés de la recherche en ostéopathie.

² William Garner Sutherland (1873-1954) est un des fondateurs de l'ostéopathie crânienne.

³ L'ouvrage dans lequel est citée cette phrase est un recueil des textes de cours donné par William Garner Sutherland à ses élèves lors de séminaires organisés en mai 1949, mai 1950 et juin 1950.

I. Le toucher physiologique

1. Premières observations et premières études autour de ce sens

Avant d'être un outil thérapeutique, le toucher est tout d'abord un sens commun à toutes les espèces animales. Il est le premier des cinq sens à se développer, certainement parce qu'il est nécessaire à notre survie.

En réalité, le toucher est un besoin qu'il ne faut pas négliger, une célèbre étude nous en a donné la preuve, il s'agit des travaux d'Harry Harlow. Ce chercheur a étudié le comportement des bébés singes face à des mères de substitution ; l'une fabriquée en tissu, l'autre en fil de fer. L'expérience a démontré que les petits singes préféraient la réplique maternelle en tissu, même si celle-ci était dépourvue de nourriture, contrairement à celle fabriquée en fil de fer à laquelle était incorporé un biberon de lait. Ce qui suggérait que les petits primates « avaient autant besoin de stimulation tactile, sinon plus, que de nourriture » (Tiffany Field, 2003, P.58)(1). Par la suite, un des étudiants d'Harry Harlow a poursuivi sa recherche en séparant les petits singes de leur mère par une vitre de plexiglas, ceux-ci pouvaient alors encore sentir, voir et entendre leurs mères sans pouvoir les toucher. Cette expérience a révélé une déficience du système immunitaire chez les jeunes singes privés de la stimulation tactile de leur mère. En cause, l'activité naturelle des lymphocyte T qui avait diminué ; une fois le contact physique avec d'autres singes retrouvé, leur santé s'est heureusement améliorée (1).

D'autres expériences chez les animaux démontrent le besoin de stimulation tactile lors du développement. Une étude menée par un docteur en psychologie, S. Levine, sur des rats vient confirmer la conclusion des études précédemment citées concernant la corrélation entre le toucher et le système immunitaire. Dans son livre Tiffany Field⁴, psychologue et spécialiste des thérapies par le toucher, nous retranscrit ses découvertes « les rats ayant été manipulés dans leurs premiers mois avaient dans le sang des niveaux plus élevés d'anticorps après une immunisation que ceux qui n'avaient pas été touchés » (Tiffany Field, 2003, P.56)(1). Les rats ont été

⁴ Dirige le Touch Research Institute à la faculté de médecine de l'université de Miami, aux Etats-Unis.

une espèce très étudiée dans la science du toucher, cela a notamment pu mettre en évidence un gène responsable de la relation entre la stimulation tactile et la croissance par le chercheur Schanberg (1,5).

Chez les Hommes, des regards tournés vers les orphelinats de Roumanie ont constaté qu'il existait des corrélations entre le manque total de toucher, sous forme de câlins ou d'accolades, et les retards de croissance ainsi que les déficiences mentales. Tiffany Field nous fait part de plusieurs études menées dans différents orphelinats, suggérant que les enfants placés dans des pouponnières dépourvues de contact physique souffraient d'un retard cognitif, moteur et d'une rupture de la courbe staturo-pondérale ; contrairement aux orphelins placés dans les établissements tenus par un personnel affectueux. Ces troubles de la maturation semblent être dues à une insuffisance d'hormone de croissance, il est alors intéressant de nous souvenir des résultats, précédemment évoqués, de la stimulation tactile sur les rats ; l'écrivaine nous en fait un court résumé : « Si les études sur les rats suggèrent que le contact physique stimule l'hormone de croissance, cette relation entre stimulation et hormone est moins comprise chez les humains » (Tiffany Field, 2003, P.101)(1). En effet, chez l'Homme l'expérimentation scientifique de cette relation est plus difficile à mettre en place, ce qui explique que le lien entre hormone de croissance et toucher chez l'espèce humaine ne reste que spéculative.

Ces différentes études sur les animaux et ces observations dans les orphelinats ont permis de s'apercevoir de l'importance de la stimulation tactile dans la vie quotidienne, notamment chez les enfants. Mais alors, est-ce que cette stimulation par le toucher doit obligatoirement être quotidienne ou est-ce qu'un toucher temporaire peut également être à l'origine de ces bienfaits sur le développement cognitif et moteur des jeunes enfants ? De plus, si le toucher engendre des conséquences chez les enfants, pour quelles raisons ce sens n'aurait-il aucun effet sur les adultes ? Et dans ce cas, quels seraient-ils ?

A la suite de ces premières observations, de nombreuses études autour du toucher ont vu le jour. Les premières constatations qui ont pu être faites, ont été physiologiques, anatomiques et mécaniques ; en effet, le toucher serait capable, suivant la manière dont il est exercé, de provoquer un certain nombre de bienfaits corporels. C'est ce que nous allons détailler à travers les parties suivantes.

Lorsqu'un ostéopathe manipule, il a un impact sur plusieurs systèmes du corps ; entre autre, le système neurologique, vasculaire et mécanique. Ces trois grands systèmes permettent, notamment, au patient de s'autoréguler⁵. Nous allons donc nous intéresser aux bienfaits du toucher sur ces trois systèmes ; ainsi que ses effets sur le système endocrinien qui en découlent, puisque nous savons que la bonne circulation des hormones résulte de la liberté et du bon fonctionnement des trois autres systèmes énoncés.

2. Neurophysiologie, les effets neurologiques du toucher

Le toucher est le premier des cinq sens à s'être développé dans l'évolution, c'est pour cette raison que certains le nomment « le père de tous les sens »(1). C'est également le premier à apparaître au cours de la vie, effectivement, à moins de huit semaines, alors que le futur enfant n'est encore qu'un embryon, sa peau est déjà extrêmement développée. Lors du troisième mois de vie intra-utérine, un réflexe archaïque faisant appel au toucher se met en place. C'est un mouvement involontaire du fœtus qui se manifeste par une flexion des doigts lorsqu'il va ressentir un contact au niveau de la paume de la main. Ce réflexe nommé Grasping ou réflexe de préhension, est l'illustration que ce sens est déjà présent très tôt lors de la vie intra-utérine.

L'organe du toucher, la peau, peut être considérée comme étant un véritable système nerveux externe ; pour cause, embryologiquement, son origine est la même que le système nerveux central et périphérique, tous deux viennent du même feuillet appelé l'ectoderme (1,6).

Toute stimulation atteignant la peau est rapidement transmise au cerveau, qui à son tour régule l'ensemble du corps en fonction du stimulus perçu, cela pourrait expliquer les nombreux effets du toucher sur notre corps. La pression, la température, la douleur sont des exemples de ces stimulations pouvant être captées par la peau, grâce aux différents récepteurs sensoriels présents dans le derme ; parmi eux se trouvent les mécanorécepteurs, les thermorécepteurs et les nocicepteurs (7,8). Ces

⁵ L'ostéopathie est basée sur un grand principe celui de l'homéostasie. Ce principe consiste à dire que le corps possède en son sein ses propres mécanismes de régulation et donc de guérison.

informations cutanées seront ensuite transmises à l'encéphale sous forme de message électrique par l'intermédiaire des fibres nerveuses.

Il existe différentes fibres, chacune sera spécifique à une sorte de stimulus et aura une vitesse de propagation du message électrique plus ou moins élevée. Parmi elles, on retrouve les fibres A-bêta qui transmettront les informations mécaniques telles que les vibrations, les mouvements, les pressions, les étirements ; celles-ci ont une vitesse de propagation de l'influx nerveux élevée, de 50 mètres par seconde. Les fibres C qui réagiront à la douleur et à la température conduisent le message électrique plus lentement à environ un mètre par seconde (8).

L'information électrique remonte jusqu'à l'encéphale, au niveau du cortex, où elle sera analysée puis traitée, ce qui déclenchera une réponse adaptée face au stimulus ressenti. Pour parvenir jusqu'au cortex, l'influx nerveux remonte de neurone en neurone, grâce aux synapses. Le message électrique devra être converti en message chimique afin qu'il puisse continuer de voyager entre chaque neurone, à travers la fente synaptique⁶. La synapse est l'extrémité d'un neurone où le courant électrique, en arrivant, libère un neuromédiateur spécifique au signal permettant à l'information de passer dans le neurone suivant. Ces influx électriques et chimiques se succéderont jusqu'à atteindre la partie du cortex capable d'analyser l'information, les lobes pariétaux (8).

Même si l'ostéopathie n'est pas une thérapie manuelle exclusivement antalgique, la neurophysiologie nous permettra de mieux comprendre comment, selon une théorie, le toucher serait capable de diminuer la douleur.

3. La théorie du portail : une théorie s'appuyant sur l'anatomie neurologique

Il existe plusieurs théories expliquant le mode d'action des thérapies manuelles, l'une d'entre elle est la théorie du portail. C'est à elle qu'on attribue le plus souvent les résultats positifs de ces pratiques sur la diminution de la douleur.

⁶ Espace entre deux synapses

Aussi appelée « gate control », cette théorie a été développée en 1965 par Robert Melzack⁷ et Patrick D.Wall⁸ ; basée sur des connaissances anatomiques. Elle affirme que l'entrée d'un stimulus non douloureux ferme les « portes » nerveuses à l'entrée douloureuse, empêchant ainsi la sensation de douleur de se déplacer vers le système nerveux central.

Cette théorie s'explique par les fibres nerveuses relayant l'information d'un stimulus extérieur jusqu'au cerveau. Comme nous l'avons décrit précédemment, les informations mécaniques et celle de la douleur ne sont pas véhiculées jusqu'à l'encéphale par le même type de fibre, elles ne vont donc pas atteindre leur but dans le même laps de temps ; c'est sur cela que repose la théorie du portail. Effectivement, les terminaisons nerveuses sensibles à la douleur ont une vitesse de propagation de l'influx plus faible que celles transportant les informations relatives aux pressions, aux étirements ou encore aux vibrations. Par conséquent, le cerveau reçoit le stimulus de pression, exercé par le toucher de l'ostéopathe par exemple, avant le signal de la douleur fermant ainsi la porte à toute stimulation supplémentaire, de cette façon l'encéphale ne reçoit jamais le signal de douleur.

L'explication de cette théorie peut également être soutenue par la capacité des cellules, de la corne dorsale de la moelle épinière, à jouer le rôle d'interrupteur entre les impulsions nerveuses communiquées par les différentes fibres (9).

4. Les effets vasculaires du toucher

Nous savons aujourd'hui que la température a de nombreux effets sur notre corps, effectivement pour certains d'entre nous, il est devenu courant d'appliquer une poche de glace ou une source de chaleur sur une zone douloureuse, ce qui a pour effet de soulager celle-ci ; dans le langage médical cela est appelé la thérapie thermique.

Suivant la température appliquée, les modifications corporelles sont différentes, nous allons nous intéresser plus précisément à la thérapie par la chaleur puisqu'un des bienfaits du toucher qui est souvent mis en avant est l'augmentation de la chaleur locale. Ce réchauffement de la zone contactée entraîne

⁷ Ronald Melzack (1929-2019) était un psychologue et un chercheur québécois.

⁸ Patrick David Wall (1925-2001) était un neuroscientifique britannique, il était décrit comme « le plus grand expert mondial sur la douleur ».

par la suite des modifications sur le système circulatoire, bénéfique pour la diminution, voir l'abolition de certains maux dont souffre le patient.

Appliquer une source de chaleur sur la peau permet de stimuler la circulation sanguine localement grâce à une dilatation des vaisseaux, ce qui permet un flux sanguin plus important au niveau de la zone douloureuse ; ainsi les échanges de nutriments, d'eau, d'oxygène et de tous les éléments permettant la réparation cellulaire se font plus facilement.

Par conséquent, une élévation locale de la température permet d'augmenter le métabolisme cellulaire non seulement en favorisant l'oxygénation des tissus mais aussi en évacuant certaines toxines pouvant être fabriquées par un muscle contracté par exemple. Les crèmes antalgiques sont pour la plupart d'entre elles des crèmes chauffantes pour cette raison ; en effet, en favorisant les échanges, la chaleur permet une meilleure absorption des substances actives. De plus, l'élévation de la température va améliorer l'élasticité du muscle et des tissus environnants (10).

Grâce à la thermothérapie, nous connaissons à présent les bienfaits de la chaleur sur notre organisme. Tout comme cette technique de soin, certaines thérapies manuelles provoquent une augmentation de la chaleur locale. Des études ont démontré que les massages thérapeutiques pouvaient soulager la douleur en aidant à la relaxation, en inhibant la transmission sensorielle des voies de la douleur ou en améliorant la circulation sanguine et l'oxygénation des tissus (11). De même nous savons que l'ostéopathe provoque une augmentation de la chaleur locale lorsqu'il traite manuellement son patient (12). Mais cela est-il réellement le résultat du toucher lui-même ? L'augmentation de chaleur locale lors d'une séance, pourrait être due aux frictions ou aux mouvements engendrés par une manipulation ostéopathique.

La vasodilatation est possible non pas par la chaleur elle-même, mais grâce à la sensation de chaleur éprouvée par l'organisme ; or nous savons qu'une élévation de 0,5 degrés Celsius suffit à provoquer cette sensation (13). Nous pouvons alors penser qu'un contact peau à peau parviendrait à engendrer les mêmes conséquences que la thermothérapie par la chaleur, à condition que la main du thérapeute ait une température quelque peu supérieure à celle du corps du patient. Malheureusement, les conséquences vasculaires d'un simple toucher n'ont pas été étudiées scientifiquement.

Dans la plupart des études scientifiques l'ostéopathie est opposée au simple toucher. Or, en modifiant l'influx sanguin le toucher serait susceptible de soulager le patient. Donc en comparant ainsi le bénéfice du toucher à celui de l'ostéopathie, on ne considère pas les conséquences positives du toucher sur une douleur, comme étant un bénéfice du soin ostéopathique. En sachant que l'ostéopathie prône la loi de l'artère dans ces principes fondamentaux ; loi selon laquelle la libre circulation du flux sanguin assure l'intégrité des systèmes de l'organisme et garantit ainsi l'homéostasie du patient. Il serait intéressant de savoir à quelle proportion l'augmentation de la chaleur locale, due à un contact tactile, améliore la libre circulation sanguine recherchée en ostéopathie.

Plus encore qu'une conséquence vasculaire locale, les thérapies par le toucher pourrait avoir des effets vasculaires systémiques. Une étude par IRM fonctionnelle a révélé que le massage thérapeutique augmentait le flux sanguin dans plusieurs régions cérébrales impliquées, notamment, dans la dépression et la régulation du stress. Plus précisément dans l'amygdale et l'hypothalamus.

L'hypothalamus est une structure jouant un rôle prépondérant dans la régulation du fonctionnement des organes internes et le maintien de l'homéostasie (9). L'homéostasie étant un autre des grands principes de l'ostéopathie, il serait intéressant de savoir si le simple toucher est, lui aussi, capable de produire ces effets vasculaires cérébraux. Car si c'était le cas, voilà une autre conséquence du toucher qui ne serait pas évaluée, dans les études, comme étant un bénéfice de l'ostéopathie.

Malheureusement, tout comme pour les bienfaits de la vasodilatation locale, on ne sait pas si c'est le toucher lui-même qui provoque cette augmentation du flux sanguin ; ces conséquences pourraient, là encore, être le fruit des paramètres tactiles mis en place lors des manipulations manuelles, telles que la pression ou la friction, par exemple.

5. Effets mécaniques du toucher sur les cellules principales du derme

Tout individu est constitué d'une membrane qui le protège de son environnement extérieur, la peau. C'est le plus grand organe du corps, en effet elle recouvre la totalité du corps humain et représente 16% du poids du corps (5).

Cette enveloppe complexe nous protège, tout au long de notre vie, de toutes les contraintes extérieures qui pourraient nous nuire, entre autres le soleil, le chaud, le froid et les forces mécaniques. La peau est donc soumise tous les jours à un certain nombre de forces externes auxquelles elle va devoir s'adapter ; mais aussi à des forces internes.

Ces dernières s'appliquent du derme, la couche la plus profonde de la peau, vers l'épiderme la couche la plus superficielle, directement en contact avec l'environnement. Elles peuvent être produites par des tensions actives ou passives. Les tensions actives comprenant la contraction des fibroblastes par les fibres de collagène dans la matrice extracellulaire et par l'action du cytosquelette des fibroblastes. Alors que les tensions passives sont induites par les fibres de collagène (14).

Les forces externes sont définies comme étant des forces s'appliquant de l'épiderme vers le derme et peuvent même se propager jusqu'aux couches sous-jacentes. Ces forces induisent des interactions entre les cellules qui composent les différentes couches de la peau ; ce qui produit des modifications du tissu. Ces modifications semblent variables selon le type de forces externes induites. En effet, d'après Blandine Du Pont De Romemont, docteur en pharmacie, « les contraintes de tractions appliquées à la peau semblent stimuler la prolifération cellulaire alors que les forces compressives semblent induire la résorption des tissus »(14).

Le toucher étant une force dirigée de l'épiderme vers le derme, il fait partie de ces forces dites externes. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que lorsque le thérapeute pose les mains sur son patient il induit une réponse cellulaire, et que celle-ci sera différente suivant le type de toucher exercé. Dans le cas d'un simple contact tactile le type de force externe, exercée sur le corps d'un patient, serait la contrainte de pression, soit la force compressive, provoquant une modification tissulaire.

Encore une fois, tout est une question de sensation ; c'est cette sensation perçue qui permettra une réponse cellulaire du corps. Evidemment plus la force de contrainte sera élevée, plus les réponses cellulaires le seront également, dans les limites d'un seuil de tolérance. La sensation minimum de pression perçue par la pulpe de l'index a été mesurée à environ 0,5 grammes (15). La pulpe des doigts étant l'une des zones la plus riche en mécanorécepteurs à la pression ; cette valeur pourrait être plus haute si la contrainte est exercée sur une autre partie du corps.

Cependant lors d'un contact tactile, le simple poids d'une main pourrait être capable d'exercer une pression de 0,5 grammes sur la peau du patient. Ce qui voudrait dire qu'un simple toucher suffirait à provoquer une sensation de pression et ainsi à déclencher une modification tissulaire de la zone contactée par la main du thérapeute. Cela mériterait d'être expérimenté afin de vérifier cette hypothèse. Ainsi, nous pourrions être en mesure de savoir si le contact d'une main suffit à engendrer des réponses physiologiques ou si, au contraire, il existe une pression minimum avant que le simple toucher provoque ces réactions cellulaires.

6. Les études en massage thérapeutique nous éclairent sur les différents effets physiologiques du toucher

Des cinq sens, le toucher reste le plus ignoré et le plus négligé en termes de recherche. C'est pour cette raison que Tiffany Field⁹, psychologue américaine, a entrepris bons nombres d'études sur les conséquences physiques et mentales du toucher ; c'est ainsi qu'elle arborera le titre de spécialiste du toucher.

Dans son livre, « Les bienfaits du toucher », elle décrit différents effets physiologiques du toucher, en s'appuyant « sur les études les plus récentes menées dans tous les pays sur les nourrissons, les adolescents et les adultes »¹⁰. Bien qu'elle s'intéresse, dans son œuvre, aux principales thérapies manuelles existantes ; Tiffany Field décrit principalement les bienfaits du massage thérapeutique¹¹. Elle justifie ce choix en disant que le massage thérapeutique reste la thérapie manuelle la plus

⁹ Dirige le Touch Research Institute à la faculté de médecine de l'université de Miami, aux Etats-Unis.

¹⁰ Tiré du résumé du livre « Les bienfait du toucher », écrit en 2001 au Etats-Unis, par Tiffany Field

¹¹ Aux Etats-Unis le massage thérapeutique (massothérapie) est une profession reconnue depuis 1943 et réglementée contrairement à la France, où seuls les kinésithérapeutes peuvent exercer cette pratique. En Allemagne il est considéré comme un traitement médical, remboursé par la sécurité sociale.

étudiée, certainement parce que c'est une des plus populaires et des plus simples à mettre en place.

Tiffany Field classe « les thérapies par le toucher en trois groupes : les méthodes stimulant l'énergie (méthodes énergétiques), les thérapies de manipulation, les amalgames (combinaison des deux) » (Tiffany Field, 2003, P.129)(1) ; dans ce classement l'ostéopathie et le massage thérapeutique se retrouvent regroupés dans les thérapies de manipulation, il est donc intéressant de s'appuyer sur la thérapie principalement décrite dans son livre, pour noter les bienfaits d'un toucher dans le cadre d'une thérapie de manipulation, comme l'ostéopathie.

1. Prise de poids

D'après plusieurs études relayées dans ce livre, les massages thérapeutiques permettraient aux jeunes prématurés de sortir de la maternité plus rapidement que les nourrissons prématurés n'ayant pas bénéficié de cette thérapie. En effet, d'après Tiffany Field, la massothérapie quotidienne¹², pendant dix jours, sur les prématurés leur permettrait de prendre du poids plus rapidement ; seulement si le bon toucher était utilisé, à savoir un toucher pressionnel qui est capable de stimuler les terminaisons nerveuses spécialisées qui réagissent à la pression (1). Les résultats de ces études sont dus, d'après cette spécialiste du toucher, à un gène de croissance qui réagit au toucher (1). De part ce gène, il semble y avoir une stimulation de la sécrétion de l'hormone de croissance (hormone GH) lors des massages thérapeutiques (1).

En sachant qu'une carence de l'hormone GH peut provoquer des symptômes aussi bien somatiques que psychologiques, nous pourrions penser que la stimulation de sa sécrétion aurait des répercussions bénéfiques tant dans le champ corporel que dans le champ mental (16).

Cette hormone de croissance est sécrétée tout au long de la vie d'une personne. La stimulation de la sécrétion de cette hormone par le toucher pourrait alors certainement être mise en évidence dans l'ensemble de l'espèce humaine et pas seulement chez les prématurés.

¹² Trois fois par jours durant quinze minutes

2. Activité parasympathique et immunité

Dans ce même livre, il est relaté que les massages thérapeutiques stimuleraient l'activité du nerf vague, le dixième nerf crânien. Ce nerf commande, entre autres, le système respiratoire, cardiaque et digestif. Sa stimulation favoriserait une meilleure respiration plus calme et plus ample, et apporterait une modification de l'activité cardiaque. En effet, une des études relayée par le livre fait état d'une modification des ondes alpha, beta et thêta sur l'ECG¹³ des patients recevant un massage thérapeutique de quinze minutes, tous les jours à la même heure, durant un mois ; ce qui aurait pour conséquence d'augmenter leur vigilance (1).

La massothérapie stimulerait l'activité parasympathique du système nerveux végétatif, effectivement, le nerf vague est un nerf faisant partie de ce système parasympathique.

Cet état parasympathique correspond à toutes les activités incontrôlables et involontaires du corps dans un état de repos¹⁴. Cela favoriserait donc une baisse des hormones anti-stress comme le cortisol ; ce qui conduirait à un autre effet bénéfique de ces massages, du point de vue immunitaire, puisque le cortisol, lorsqu'il est présent à un taux élevé dans l'organisme, détruit les cellules immuno-compétentes (1). Ces cellules sont physiologiquement présentes dans notre corps pour lutter contre d'éventuels antigènes extérieurs susceptibles de provoquer une réaction inflammatoire ou infectieuse du corps ; n'étant pas détruites par un excès de cortisol dans l'organisme, le patient serait davantage apte à pouvoir se défendre face à une infection par un agent extérieur. Lors d'études menées sur des femmes souffrant de cancer du sein, il a pu être observé que la massothérapie pendant une période d'un mois, permettait une augmentation, dans le sang, d'une sorte de cellule immunitaire détruisant les cellules infectées, les lymphocytes T (1,17).

Cette thérapie de manipulation manuelle semble entraîner une stimulation du système parasympathique ainsi que du système immunitaire, mais peut-on transposer ces réactions à l'ostéopathie ou bien plus largement à toutes les thérapies manuelles ? Il serait intéressant d'évaluer si ses conséquences sont dues au contact tactile lui-même ou si elles sont le résultat des actions manuelles effectuées lors des séances.

¹³ Electrocardiogramme : appareil médical utilisé pour enregistrer et mesurer les ondes cardiaques

¹⁴ Le parasympathique, s'oppose au système orthosympathique du système nerveux végétatif, qui pour sa part contrôle les fonctions involontaires dans un état d'alerte.

3. Les hormones

La massothérapie semble également avoir un effet sur le taux de certaines hormones. Dans ces études, Tiffany Field a pu observer une augmentation du taux de dopamine, endorphine et de sérotonine, des hormones qui sont également libérées par l'administration de certains antidépresseurs, ainsi qu'une chute du taux des hormones du stress, le cortisol, dont nous avons déjà parlé, l'adrénaline et la noradrénaline (1,9). Cette thérapie manuelle serait alors intéressante, d'après Tiffany Field, dans le cas de douleur chronique car grâce à ces effets sur ces différentes hormones, le niveau d'anxiété, qui tend à augmenter la douleur, baisserait (1,5).

Dans la plupart de ses études relatées par le livre, « Les bienfaits du toucher », il est précisé que les massages thérapeutiques ne sont pas des effleurements mais des mouvements de pressions modérées ; alors un simple toucher n'est peut être pas dans la capacité de produire ses effets.

De plus, ces effets ne sont peut être pas tous transposables au toucher dans le cadre d'une séance en ostéopathie ; en effet, les deux pratiques, bien qu'étant classées par Tiffany Field dans le même style de thérapie par le toucher, n'en sont pas pour autant identiques. Un des points qui les différencie, est l'intervalle entre les temps manipulatoires ; là où la massothérapie est une thérapie qui semble quotidienne, d'après les différentes recherches scientifiques évoquées, l'ostéopathie se veut une thérapie ayant comme grand principe l'autorégulation du corps. De ce fait, l'intervalle de temps entre deux séances ostéopathiques devrait être patient dépendant ; afin de lui laisser le temps d'accepter, d'intégrer les informations données durant la séance pour être ainsi capable de retrouver le chemin de l'autorégulation. On peut donc se demander si la durée et la fréquence d'un toucher, issue d'une thérapie dites de manipulation, peut modifier les différents effets qu'il serait capable d'engendrer ?

7. La théorie du déficit de sommeil : une inhibition de la douleur grâce aux conséquences hormonales du toucher

Une théorie de l'inhibition de la douleur par le toucher, concerne les effets hormonaux constatés par Tiffany Field, lors des différentes études menées sur les massages thérapeutiques. Cette théorie consiste à dire que la restauration du sommeil, par les thérapies du toucher, permettrait une diminution de la douleur ressentie par les patients.

L'hormone de croissance est une des substances libérées durant le sommeil, dans le cas d'une insuffisance de cet état de veille, ce composant sera absent et remplacé par la sécrétion d'une autre molécule, « la substance P connu pour provoquer de la douleur » (Tiffany Field, 2003, P.200)(1). Un sommeil profond permettrait donc à la fois une libération de l'hormone de croissance mais également une diminution de la sécrétion de cette substance P. Par conséquent, la restauration du sommeil favoriserait une inhibition de la douleur.

Ce qui est intéressant de noter c'est qu'il existe apparemment une corrélation entre le contact tactile et la restauration du sommeil ; en effet, une des études décrite par la spécialiste des thérapies par le toucher tend à démontrer qu'un massage thérapeutique de 15 min stimule un état de relaxation profonde. Ce phénomène à été étudié grâce aux mesures des électroencéphalogrammes des patients, ces appareils avaient effectivement enregistré une augmentation des ondes thêta chez les personnes ayant reçu ces soins.

Certes la massothérapie n'est pas similaire à toutes les thérapies manuelles ; par conséquent, les effets rapportés par les études de cette pratique ne sont pas forcément transposables aux autres thérapies. Cependant, il est courant que les patients traités en ostéopathie se sentent fatigués après une séance, cela serait peut être le signe que la restauration du sommeil est également une conséquence de la consultation ostéopathique. Comme nous le rappelle Tiffany Field, le massage thérapeutique est un contact tactile à pression modérée, peut-être serait-il intéressant de connaître la valeur de cette pression afin d'étudier si le contact d'une main suffirait à exercer cette contrainte dite modérée. De ce fait, nous pourrions savoir si

le simple fait de toucher est à l'origine des effets physiologiques rapportés lors des études concernant la massothérapie.

II. Le toucher psycho-émotionnel

L'ostéopathie est non seulement stimulatrice du système neurologique, vasculaire et mécanique du corps, tout comme un certain toucher d'après ce que nous avons pu constater dans le chapitre précédent. Mais elle inscrit également le patient dans une globalité, c'est en effet un des principes fondamentaux de cette pratique. C'est notamment, par celui-ci qu'elle fait partie d'un modèle bio-psycho-social tant recherché actuellement dans le système de soin et dans la vision de la santé.

La globalité du patient passe par la prise en compte de son état psychologique et sur les effets que l'ostéopathe peut avoir dans ce domaine, en partie grâce à sa pratique. Le toucher est-il lui aussi capable de provoquer des effets au niveau psycho-émotionnel ?

Lors de mes lectures sur le sujet du toucher j'ai lu plusieurs fois que le toucher était capable de reproduire les mêmes modifications physiologiques qu'une émotion (12,18), mais il n'y avait dans aucun de ces mémoires la raison de cette affirmation, je me suis donc posée la question de savoir pour quelle raison ces étudiants affirmaient une telle chose ; c'est ce qu'on va détailler dans ce chapitre.

1. La théorie des neuromédiateurs principaux ; garantissant une santé mentale et corporelle

La théorie des neuromédiateurs principaux est une idée développée par un neurobiologiste, Eric Braverman. C'est une théorie hormonale permettant de rééquilibrer la santé physique mais aussi psychique du patient.

La sérotonine ainsi que la dopamine, qui semblent être libérées lors des contacts tactiles en massothérapie, appartiennent aux quatre neuromédiateurs décrits par le neurobiologiste, comme étant les principaux médiateurs chimiques de l'encéphale (19). Ces travaux l'on mené a une conclusion concernant ces messagers, ils semblent être chacun d'entre eux associés à une onde cérébrale particulière qui leur est propre. Il existe cinq principales ondes cérébrales différentes en fonction de

leur vitesse de propagation ; alpha, beta, delta, thêta et gamma¹⁵ ; ces ondes sont mesurables grâce à un appareil médical, l'électroencéphalogramme.

Même si une onde cérébrale n'apparaîtra jamais seule, puisque la réponse électrique à un stimulus sera toujours un schéma électrique, il est conféré à chacune d'entre elles un niveau de conscience physique et psychique qui sont successivement la relaxation légère, l'éveil, le sommeil, la relaxation profonde ou encore la gestion d'informations.

Non seulement chaque onde cérébrale correspondrait à un neurotransmetteur précis, mais aussi à une localisation particulière, plus précisément une onde serait associée à un des lobes cérébraux (frontal, pariétal, temporal ou occipital). De ce fait, une perturbation circulatoire des neurotransmetteurs provoquerait un schéma électrique cérébral déséquilibré et ainsi un état corporel et mental dysfonctionnel, c'est le concept d'Eric Braverman qu'il nomme le « Edge Effect » (19).

C'est en partie avec ce concept qu'il traite les patients consultant dans les centres médicaux PATH (Place for Achieving Total Health) de New York et Philadelphie où il exerce. Pour ce neurobiologiste « le moyen le plus efficace de rétablir le corps et de prévenir la maladie consiste à rééquilibrer la production des neurotransmetteurs » (Eric Braverman, 2007, P.15) (19).

Lors des travaux menés sur les massages thérapeutiques, les praticiens ont pu observer leurs effets sur le stress et l'anxiété en mesurant le taux de certaines hormones présentes chez leur patient. Suite à ces mesures, ils ont constaté une chute des taux de cortisol, adrénaline et noradrénaline ; ces trois hormones rentrant en jeu lors de stress aigus ou chroniques, mais également une augmentation d'un autre type d'hormones qui pour leur part ont une action antidépressive, la sérotonine et la dopamine.

En parallèle, durant cette étude un électro-encéphalogramme a été réalisé chez chaque patient, montrant un déplacement des ondes du frontal droit vers le frontal gauche. Cela viendrait appuyer la théorie d'Eric Braverman selon laquelle il existerait un lien entre les neuromédiateurs et le schéma électrique cérébral, puisque d'après lui, l'hormone associée au lobe frontal est la dopamine et son onde cérébrale de référence serait l'onde alpha responsable de la relaxation légère.

¹⁵ Il existe cinq ondes cérébrales principales, mais dans la théorie d'Eric Braverman seulement quatre y sont décrites : alpha, beta, delta et thêta.

Ainsi d'après les études montrant, scientifiquement, qu'un massage thérapeutique permet d'augmenter la libération de certaines hormones à la propriété antidépressive, on pourrait se demander si lors d'un simple toucher, sans aucune manipulation, un effet semblable se produit. Dans ce cas, avec le concept du « Edge effect », la libération de ces neuromédiateurs participerait à la rééquilibration et la resynchronisation des ondes cérébrales, ce qui aurait pour conséquence d'améliorer la santé du patient autant d'un point de vue physique que psychique.

2. Les fibres C-Tactiles : une preuve du « toucher émotif »

Grâce à la neuroscience et à la découverte de nouvelles fibres nerveuses, il semble exister « une preuve du toucher émotif » (8).

Notre corps est particulièrement réceptif au toucher grâce à un autre type de fibres nerveuses, découvertes plus tardivement que les fibres véhiculant les informations mécaniques, thermiques ou douloureuses traitées par le cortex somatosensoriel du lobe pariétal. Il s'agit des fibres C-tactiles (CT), repérées tout d'abord sur une population de chats, en 1939, par un neurophysiologiste suédois, Yngve Zotterman ; elles seront ensuite mises en évidence chez l'Homme par microneurographie. Ces fibres réagissant au toucher, dit délicat, ont été particulièrement repérées dans les parties de la peau garnies de poils, appelées « peau pileuse » (8).

La découverte de ces fibres pourrait être un élément de réponse pour expliquer pourquoi les composantes sensorielles du toucher sont capables d'induire des modifications corporelles similaires à celles que provoque une émotion (12,18). Pour cause, elles transmettent l'influx nerveux non pas au cortex pariétal mais au cortex insulaire.

L'insula est en étroite relation avec le système limbique qui est impliqué notamment dans les processus de mémorisation et d'émotion ; il est parfois qualifié de cerveau émotif. Le système limbique est un ensemble de structures anatomiques, localisées au centre de l'encéphale, dont fait partie l'amygdale. L'amygdale qui, comme nous avons pu le voir précédemment, est une zone particulièrement vascularisée lors des massages thérapeutiques (9).

Ce toucher spécifique dit délicat, permettant l'éveil de ces fibres, a pu être précisé grâce aux études scientifiques sur le sujet. Il s'agirait d'un contact à pression légère, inférieure à 5 milli-newtons, soit l'équivalent de cinq grammes ; avec une température ne dépassant pas celle de la peau, soit inférieur à 34 degrés Celsius, appelée « température cutanée typique » (8,20). D'après ces informations, nous pouvons penser que le contact d'une main sur le corps d'un patient serait susceptible de stimuler ces fibres C-Tactiles directement reliées à l'insula. Lydia Denworth, auteure scientifique, nous dira d'ailleurs dans son article « A fleur de peau », paru dans le magazine Cerveau et Psycho : « Il est clair aujourd'hui que les neurones du toucher, les fameuses fibres CT, jouent un rôle crucial dans notre « santé émotionnelle » et nos interactions sociales » (8).

Certes ce type de toucher délicat permet l'activation du cortex insulaire, cela à été démontré par imagerie, mais également du cortex somatosensoriel ; le système du toucher émotionnel ne serait donc pas complètement distinct du système de discrimination tactile. Selon David Ginty, neurophysiologiste de l'université d'Harvard travaillant, encore aujourd'hui, sur ce toucher émotionnel, ces fibres C-tactiles ne seraient pas les seules à véhiculer l'information du toucher délicat à l'encéphale (8,21).

De ce fait, si comme le pense ce neurophysiologiste il existe d'autres conséquences du toucher délicat, la question d'un placebo sous forme de toucher se soulève, dans les essais contrôlés randomisés. Effectivement, il serait possible que ce type de toucher véhicule des informations aussi bien psycho-émotionnelles que physiologiques, à l'encéphale.

3. Le « toucher émotif » en ostéopathie

En ostéopathie, certaines techniques s'apparentent, d'un point de vue extérieur, à un simple toucher, à une main posée sur le corps du patient. Le plus souvent, sur ce genre de manipulations, la pression exercée par la main de l'ostéopathe est légère ; d'après ce que nous avons constaté sur les fibres C-tactiles dans le paragraphe précédent, nous pourrions penser que ce type de techniques

ostéopathiques serait susceptible de stimuler le système limbique d'un patient et donc d'avoir un impact sur ses émotions.

En effet, le toucher serait, d'après certaines personnes, capable de reproduire les effets d'une émotion. C'est la pensée énoncée dans deux mémoires différents, l'un d'une ancienne étudiante en ostéopathie à ISOstéo Lyon, le second écrit par une ancienne étudiante en formation de psychomotricité à l'université de Bordeaux. Elles annoncent : « les modifications nerveuses, endocriniennes, musculaires et mentales provoquées par une émotion sont également induites par les composantes sensorielles du toucher »(12,18). Cependant elles ne donnent aucune explication supplémentaire sur ce sujet.

En ostéopathie, certaines manipulations sont susceptibles d'engendrer des réactions, différentes suivant les patients. Ces différents effets peuvent apparaître pendant la séance, quelques heures ou quelques jours après dans certains cas. Ces réactions peuvent prendre plusieurs formes (par exemple : douleur ; fatigue ; chaleur) dont celles d'une émotion agréable ou désagréable. Ces manifestations apparaissent en réponse aux manipulations ostéopathiques, c'est une bonne nouvelle pour le thérapeute car cela signifie que le système nerveux du patient se mobilise afin de trouver le chemin de l'autorégulation.

Un concept ostéopathique permet de relier toucher ostéopathique et émotion. C'est le concept de la libération somato-émotionnelle des kystes énergétiques, mis au point par un ostéopathe, John Upledger. Théorie selon laquelle un choc émotionnel produit de l'énergie qui reste emmagasinée dans les fascias, perturbant ainsi l'énergie locale et donc le bon fonctionnement du tissu. Certaines techniques manuelles, mises au point par Upledger, permettent d'identifier puis de traiter ces kystes énergétiques, en faisant passer l'énergie émotionnelle enfouie par le patient, au plus profond de ses tissus, de son inconscient vers son conscient ; permettant ainsi de libérer ce kyste et les émotions qui lui sont associés. Ces kystes énergétiques ne sont pas seulement de nature émotionnelle, ils peuvent également être d'origine traumatique, dans ce cas l'énergie se logeant dans les tissus vient de la force en excès du choc ; ou engendrés par un agent pathogène activant une réaction inflammatoire, c'est la force de cette réaction immunitaire qui reste emprisonnée dans les tissus (12).

Certes il ne s'agit pas là d'un simple toucher mais d'une manipulation ostéopathique. Pourtant certaines techniques ostéopathiques capables de produire une libération somato-émotionnelle des kystes énergétiques, peuvent s'apparenter à un simple toucher. C'est par exemple, le cas des techniques dites d'écoute, où le thérapeute pose ses mains sur son patient en ciblant une structure particulière, qu'il a préalablement identifiée comme étant en dysfonction, lors de ses tests. Lors de ce traitement l'ostéopathe va seulement « écouter les tissus », dans certains cas, le simple fait de se mettre à l'écoute suffit à provoquer une correction. Cette correction va permettre la libération d'énergie des zones inertes, ainsi cela provoquera la mise en circulation de celle-ci, à la fin de cette libération c'est ce que l'on appelle le Still point¹⁶ spontané.

En prenant en compte les caractéristiques physiques des techniques d'écoutes ostéopathiques, on pourrait se demander si le toucher délivré par un ostéopathe, dans le groupe contrôle des essais cliniques, ne serait pas les prémices d'une potentielle libération somato-émotionnelles.

4. Le « Moi-peau » : une conception psycho-émotionnelle du toucher

Cette notion de réaction psycho-émotionnelle liée au toucher peut s'expliquer par un concept élaboré par un psychanalyste français, Didier Anzieu ; c'est le concept du « Moi-peau ».

Le « Moi-peau » est né, notamment, grâce aux travaux d'Harry Harlow, que nous avons présenté précédemment. Ces études, sur les jeunes singes, ont fait apparaître la théorie de l'attachement qui se révèle être un des points de départ de la réflexion d'Anzieu autour du « Moi-peau ». Selon le psychanalyste anglais John Bowlby, l'attachement se construirait, entre autre, grâce au toucher, lors des premières années de vie et serait le premier mode de relation du bébé au personnage maternel ; la fonction essentielle de ce lien d'attachement serait d'assurer la

¹⁶ En ostéopathie, le Still point est un état de calme dans un lieu rempli de mouvement. Il peut s'apparenter à l'œil d'un cyclone. Le Still point spontané correspond au changement d'état du Still point à un état d'équilibre.

protection de l'enfant et ainsi de satisfaire son besoin primordial de sécurité (12,22). Effectivement, d'après la pyramide de Maslow, représentant la hiérarchisation des besoins d'une personne, le besoin de sécurité apparaît en deuxième place. Le premier besoin étant le besoin physique (alimentation, hydratation, sexualité, respiration, sommeil, élimination), le besoin de sécurité est donc le premier des besoins psychiques d'une personne (23) et il serait, d'après cette théorie de l'attachement, stimulé par le contact tactile.

Le concept de Didier Anzieu à également été inspiré par la topique freudienne, élaboré par l'inventeur de la psychanalyse¹⁷. Initialement neuropsychiatre, Sigmund Freud à insisté, dès ses débuts, sur l'importance de la surface du corps, des sensations, des expériences et des échanges tactiles pour la constitution du psychisme de l'individu, pour la construction de son « Moi » (22). La topique freudienne est divisée en deux topiques ; la première découpe le psychisme d'une personne en trois niveaux, censurés entre eux (24):

- Le conscient est le lien avec la réalité, il enregistre des stimuli venant de l'extérieur, ses sensations sont concrètes.
- Le préconscient est le niveau intermédiaire, plus ou moins accessible au conscient.
- L'inconscient est la partie la plus archaïque de l'esprit, la plus primitive dans laquelle se passe la majorité de la vie psychique et seulement une petite partie arrive à la conscience.

La deuxième topique de Freud divise le système psychique en trois instances (24):

- Le « Ca » qui correspond à toutes les pulsions qui vont être censurées pour une bonne vie sociale ; il correspond à l'inconscient.
- Le « Moi » qui constitue la conscience d'être, il essaie de préserver le sujet de son intégrité, son estime de soi et assure l'identité et la stabilité du sujet. Il se construit par l'expérience et l'identification aux autres. C'est le médiateur entre le « Ca » et le monde extérieur.

¹⁷ Sigmund Freud à inventé la psychanalyse à la fin du dix neuvième siècle

- Le « Surmoi » qui est l'agent critique, l'intériorisation des interdits et des exigences. Il a le rôle de juge par rapport au « Moi » et, par ce fait, est à l'origine du sentiment de culpabilité.

D'après cette topique freudienne, on note que le « Moi » est considéré comme étant l'intermédiaire entre le conscient et l'inconscient, entre le monde psychique le plus archaïque et le monde extérieur. Le concept du « Moi-peau » découle de cette analyse, effectivement le « Moi-peau » serait une structure psychique fantasmatique jouant le rôle de frontière entre le monde intérieur psychique et le monde extérieur tout comme la peau joue le rôle de limite du corps anatomiquement. Didier Anzieu dira d'ailleurs que la peau enveloppe tout le corps, de même que le « Moi-peau » enveloppe tout l'appareil psychique (25). Pour Anzieu, il est important que l'enfant devienne un individu autonome se sentant en sécurité dans ses limites corporelle et psychique, pour cela le développement du « Moi-peau », dès l'enfance, est important et cela passe par le toucher, notamment maternel (22).

Si le « Moi-peau » correspond à une enveloppe psychique, se laisser toucher ne serait-il pas une expérience concrète de notre existence psychique ? On pourrait alors penser que notre contact, en tant qu'ostéopathe, serait dans la capacité de véhiculer une dimension de réconfort et d'assurance tout comme le toucher maternel, durant les premières années de vie de l'enfant. De plus, nous savons que lorsque la personne traitée se sent en confiance, les émotions responsables de ces différents maux émergent plus facilement à la surface (26). Cela pourrait alors faciliter un traitement ostéopathique en favorisant la libération des kystes énergétiques d'origine émotionnelle.

En sachant que le « Moi » se construit essentiellement par l'individualisation, on peut penser qu'un toucher pourra être perçu différemment selon les patients en fonction de leur histoire, leur vécu, l'investissement qu'ils ont de leur corps. Cette notion d'un toucher qui serait patient dépendant, peut être mise en relation avec les effets physiologiques, que nous avons développés précédemment, à savoir la stimulation, autant vasculaire que nerveuse, du système limbique, par le contact tactile. Ce système limbique, lieu des émotions, a également un rôle dans la mémorisation et cela n'est pas une coïncidence. En effet, pour interpréter une émotion il faut pouvoir faire appel à ses souvenirs, donc à son propre vécu ;

d'ailleurs une des structures du système limbique, l'amygdale, gère la mémoire émotionnelle (18). Et comme nous l'avons vu, c'est précisément cette structure qui est traversée par l'influx nerveux du toucher ainsi que par un flux vasculaire important lors des massages thérapeutiques (9).

L'interface tactile permettant à la fois de toucher et d'être touché, le thérapeute fera lui aussi l'expérience du contact de son « Moi-Peau ». Cette limite psychique étant soumise au vécu personnel, nous pouvons alors penser que le toucher délivré par l'ostéopathe sera dépendant de sa propre personne.

5. L'haptonomie, une thérapeutique manuelle s'appuyant sur les émotions

Le toucher serait, d'après ce que nous avons pu constater jusqu'ici, capable d'influencer nos émotions, mais la réciproque serait-elle possible ? Les émotions pourraient-elles influencer notre toucher ? Pour cela nous allons nous intéresser à une pratique manuelle mettant en jeu le toucher thymo-tactile ; le préfixe « thymo » venant du mot « thymique » faisant référence à l'humeur ou à l'affect, ce type de toucher serait alors dépendant de l'état d'être de celui qui le pratique.

Avant tout, il nous faut définir les termes humeur, affect et émotion qui peuvent parfois être mal compris. D'après le DSM-5¹⁸, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, l'humeur est une émotion globale et durable qui colorie la perception du monde, par exemple, la colère, l'anxiété. A la différence de l'affect, qui désigne des fluctuations de la « température émotionnelle ». L'humeur sera finalement un « climat émotionnel » plus global et plus stable que l'affect. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, est le fait que dans ces deux termes il est question d'émotion. Ce toucher thymo-tactile utilisé dans cette pratique manuelle semble donc effectivement relié aux émotions de celui qui la pratique.

Cette pratique manuelle est l'haptonomie. De plus en plus répandue, elle se pratique sur toutes personnes, même si elle reste d'avantage exercée en périnatalité. Nous allons nous intéresser à cette pratique non seulement parce qu'elle met en jeu le

¹⁸ Manuel publié par l'American Psychiatric Association

sens du toucher en corrélation avec les émotions, mais également car elle prône, tout comme l'ostéopathie, la globalité du patient.

Étymologiquement « haptonomie » peut être découpé en deux mots grecs « hapsis » qui désigne le toucher et le lien et « nomos » qui signifie la règle, on pourrait ainsi dire que l'haptonomie est la science du toucher affectif, néanmoins son inventeur, Frans VELDMAN préfère la définir comme étant « la science de l'affectivité ». Ce chercheur introduit pour la première fois, en 1950, son concept de la phénoménologie empirique du contact qu'il nomme « psycho-tactile » ; qui donnera ensuite la base même de l'haptonomie : le contact thymotactile affectivo-confirmant (27).

« Je décris cette approche très caractéristique, pleine de respect, de sollicitude, de tendresse, transparent, sécurisant, et affectivo-confirmante qui, dans la proximité rassurante, accompagnée d'un contact tactile très spécifique, nettement humain... thymesthésique, tient compte de l'état d'être et de la typologie individuels, ainsi que des souffrances, des soucis et des angoisses des patients ; assurant de cette façon une rencontre de confiance, dépassant le corps, mais embrassant la personne dans son entièreté, c'est-à-dire : sa corporalité animée. » Frans VELDMAN

Par cette citation, on comprend bien la volonté de prendre en compte l'esprit et le corps du patient dans une unité commune, tout en considérant que chaque personne est différente. Ceci est confirmé par la définition de cette thérapie, faite par le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie (CIRDH), comme étant une science humaine et une approche transdisciplinaire du soin. Elle est au service du bien être des personnes et tend à développer ou à restaurer un état de santé dans lequel l'humain est considéré et approché comme une unité somato-affectivo-psychique (27).

En périnatalité, l'intérêt de cette pratique est de créer un lien tridimensionnel entre la mère, le père et le futur enfant dès le début de la grossesse. Pour cela, le couple, aidé par un praticien, va apprendre le toucher haptonomique ; c'est un toucher bien spécifique puisqu'il fait appel à l'affect de celui qui le pratique.

Effectivement, pendant ces séances, les futurs parents apprennent à parler avec leurs mains à leur enfant, à travers le ventre de la mère.

L'haptonomie ne faisant pas partie des sciences expérimentales, mais plutôt considérée comme empirique et « expérientielle » par son créateur (27), on ne peut se baser que sur le témoignage des personnes qui ont eu recours à cette thérapie. D'après nombre d'entre eux, le fait de formuler une demande par un contact affectif proposé par leurs mains, induirait une réponse de la part du fœtus. Par exemple, si le fœtus a adopté une position dans le ventre de sa mère, qui est douloureuse pour celle-ci, le toucher haptonomique des parents va permettre de guider le futur enfant vers une position qui serait plus confortable pour la mère. Ces mouvements ne sont bien évidemment pas perceptibles aux premiers mois de la grossesse. Néanmoins, lorsque cela devient perceptible, il semblerait que les parents sentent leur enfant suivre la position des mains posées sur le ventre de la mère.

L'haptonomie aide non seulement à créer un lien au sein de la famille, en faisant ressentir au futur enfant la présence de ses parents, au confort de la grossesse, mais elle prépare aussi à l'accouchement en réduisant les douleurs qui y sont liées. Cette inhibition des douleurs pourrait être due, d'après une pédiatre formée en haptonomie, entendue dans l'émission « la maison des maternelles » (28), aux sécrétions hormonales et aux modifications du tonus global de la mère déclenchées par le toucher thymotactile affectivo-confirmant de son conjoint et d'elle-même sur sa peau.

D'après ces informations sur cette thérapie, on peut émettre l'hypothèse que les effets du toucher ne sont pas que superficiels et physiques puisqu'en haptonomie même à travers le ventre de la mère les parents sont susceptibles de littéralement communiquer affectivement avec leurs mains, à leur futur enfant. Mais il est également important de noter que l'affect mis dans cette interface tactile est nécessaire, effectivement, l'inventeur de cette pratique a souligné le fait que le contact haptonomique est soumis aux affects et donc aux émotions de celui qui le prodigue.

Certes ce type de contact ne semble pas inné puisqu'il s'enseigne ; malgré tout, il s'agit, dans la dimension physique, d'un simple toucher. A cela est rajouté la dimension des émotions, celles du praticien. Cela signifierait que lorsque l'on touche

une personne, ce contact serait susceptible d'être soumis à nos émotions du moment ? Il est probable que la conscience d'exercer ce toucher thymo-tactile joue un rôle dans la transmission de l'affect dans nos mains. Néanmoins, cela soulève des interrogations face au simple toucher, délivré dans le groupe contrôle des essais cliniques en ostéopathie ; ce simple toucher serait-il exactement le même pour tous les patients de ce groupe suivant le thérapeute qui l'exerce ? L'haptonomie pourrait nous laisser penser que le toucher est thérapeute dépendant. De ce fait il ne pourrait pas être reproductible d'un thérapeute à l'autre, lors des études scientifiques.

6. L'intention en ostéopathie

Comme en haptonomie, en ostéopathie le thérapeute pratiquant les soins se doit d'être disponible entièrement pour son patient. En effet, lors de sa pratique le thérapeute doit mettre toute sa conscience dans ses mains sans que celle-ci ne soit parasitée. En revanche, la principale différence entre ces deux pratiques est la conscience mise dans ce toucher, en haptonomie, il s'agit de l'affect alors qu'en ostéopathique la conscience est celle de l'attention et de l'intention.

Durant une séance ostéopathique, le thérapeute rentre en contact avec son patient, grâce au toucher, à la fois physiquement mais aussi psychiquement. Ce contact entre l'ostéopathe et son patient passe par différentes étapes qui ont toutes une importance pour constituer et renforcer le lien qui s'établit entre eux (29). Ce lien favorise une confiance mutuelle qui sera la base d'une bonne relation thérapeutique.

Une des étapes de ce contact est la mise en place, par l'ostéopathe, de paramètres subjectifs tels que l'intention. Ce terme est très présent dans le cursus et dans la vie professionnelle de tous les ostéopathes, cependant tous les thérapeutes ne s'accordent pas sur sa définition. En effet, il existe plusieurs façons de comprendre et d'utiliser l'intention. Dans son mémoire de fin d'étude en ostéopathie, Lucie Brun ancienne étudiante à ISOstéo Lyon, nous énonce ces disparités au sein du monde

ostéopathe. Dans ses écrits elle cite notamment Pierre Tricot¹⁹, qui a un avis précis sur l'intention. Un avis partagé par d'autres ostéopathes comme Denys Dufresne, diplômée de Collège d'Etudes Ostéopathiques de Montréal. Pour ces deux thérapeutes, l'intention est une manière de rentrer en contact avec le psychisme du patient à travers son enveloppe physique, de se projeter dans ses tissus. Durant leur pratique, ces ostéopathes vont avoir l'intention de communiquer avec le système de conscience de leurs patients, c'est ce qui sera appelé « le contact des consciences » (29).

Pour parvenir à établir ce « contact des consciences », le thérapeute doit avant tout être conscient de son intention ; en effet, cette intention peut devenir actrice par un choix conscient et volontaire du praticien (29,30). Mais son toucher doit également être spécifique, il doit être lent et progressif afin de ne pas brusquer le patient ; pour que celui-ci ait le temps de s'habituer et d'accepter la peau, la chaleur et l'appui que propose la main du thérapeute sur son corps. A l'instant où l'ostéopathe pose ses mains sur son patient celui-ci va être conscient de ce contact physique, en revanche seulement les patients très conscients de leur corps et de ce qui se passe peuvent ressentir le contact psychique qui se met en place. Ils peuvent le ressentir sous forme de sensations comme de la chaleur ou des émotions agréables ou désagréables (29).

L'intention fait partie intégrante d'une consultation ostéopathe, elle est présente à différents instants de la séance : pour rentrer en communication avec le patient mais aussi pendant la phase de tests et de traitement (29). Durant la phase de tests, certains ostéopathes utilisent l'intention pour questionner les tissus du patient²⁰, alors que d'autres y ont recours pour préciser leur palpation²¹. Pendant le traitement, l'intention pourra contribuer à focaliser l'action du thérapeute, selon l'impact qu'il veut avoir ; l'énergie de cette intention ira là où l'attention du thérapeute se sera focalisée (29,30).

Le toucher doté d'une intention particulière permettrait donc l'acte thérapeutique. Cependant ce paramètre subjectif mis en place durant le contact tactile

¹⁹ Pierre Tricot est un ostéopathe connu notamment pour le développement du concept d'approche tissulaire et de la traduction des travaux d'Andrew Taylor Still.

²⁰ Pierre Tricot utilise l'intention de façon délibérée dans ses tests en questionnant les tissus.

²¹ Gérald Lamb, ostéopathe anglais, utilise l'intention de façon délibérée dans ses tests pour préciser sa palpation.

est propre à chaque thérapeute. D'après ces informations, nous pouvons nous interroger : peut-il être possible de provoquer des effets thérapeutiques avec un simple toucher, dénué d'intention ? Est-ce que ce toucher intentionnel ostéopathique est réellement pris en compte dans les études scientifiques en ostéopathie ? Effectivement il est rare de trouver des études scientifiques, traitant de l'ostéopathie, faisant mention de ce toucher dépourvu ou au contraire doté d'une intention particulière.

III. Discussion

Le toucher semble être un sens très important pour notre développement moteur et cognitif, notre équilibre tant physique que psychique. Cependant, ses actions restent encore mal connues.

Nous avons pu constater que suivant le type de toucher exercé sur un patient, les réponses à ce stimulus semblaient différentes. En effet, un toucher à pression modérée, exercé dans le cadre de la massothérapie par exemple, semble avoir pour conséquence des modifications hormonales, vasculaires et nerveuses avec une stimulation du système neurovégétatif parasympathique. Alors qu'au contraire, un toucher délicat stimulerait un type de fibre nerveuse spécifique, les fibres C Tactiles, qui ne semblent pas être mises en jeu lors d'un toucher plus lourd, plus chaud ou plus froid que la température cutanée typique. De même, lors d'un contact tactile, les répercussions sur les cellules de notre peau, seraient liées aux directions des forces exercées lors de ce toucher ; les modifications issues d'une traction ne seront pas les mêmes que lors d'une compression.

Ces différentes conséquences par rapport au type de toucher restent encore floues et ne semblent pas être expérimentées dans leur totalité. Malgré cela le toucher est parfois considéré comme n'ayant pas d'efficacité propre ; comme étant un toucher placebo.

1. La question du « toucher placebo »

En médecine allopathique, le placebo étant une substance sans principe actif mais dont la prise peut avoir un effet psychologique bénéfique sur le patient. Dans le cadre de l'ostéopathie, il peut être qualifié d'acte n'ayant aucune efficacité propre, aucun effet physiologique mais possédant potentiellement des caractéristiques psychologiques.

Ce terme de toucher placebo semble alors être contestable lorsque nous savons qu'un contact peau à peau pourrait être capable d'augmenter la chaleur locale

de la surface touchée, à condition que la main du thérapeute soit à une température 0,5 degrés Celsius supérieure à celle de la peau de patient. Ou lorsque la neuroscience nous permet de constater que le toucher à pression modérée serait capable de diminuer des douleurs, grâce à la théorie du portail. Ne serait-ce pas là des effets propres et spécifiques du toucher ? Et puis, si comme nous l'avons vu, le toucher le plus simple, celui d'une personne bienveillante sur autrui, comme dans les orphelinats de Roumanie par exemple, est à l'origine d'un bon développement moteur et cognitif chez les enfants, pourquoi ce même toucher ne posséderait plus aucun bénéfice pour les adultes ?

C'est ce toucher considéré comme placebo qui est utilisé dans les recherches en ostéopathie. Nous comprenons alors les nombreuses discussions pouvant avoir lieu autour de ce toucher dit placebo, qui est distribué dans les groupes témoins lors des essais cliniques contrôlés randomisés. Effectivement, le but de ces études étant de détacher l'effet placebo de l'effet spécifique d'un traitement, pour que celles-ci soient fiables il faut que les bénéfices de la thérapie, ou du médicament dans le cadre de la médecine allopathique, soit comparés aux potentiels effets constatés dans un groupe témoin ayant reçu un acte ou une substance placebo. Dans le cas contraire, comme nous le rappelle Tiffany Field dans son livre « Les bienfaits du toucher », s'il n'y a pas de groupe témoin la réussite sera attribuée au fait que les patients ont reçu plus d'attention de la part de personnes extérieures. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire, si l'on veut faire de la recherche en ostéopathie, de faire des études randomisées contrôlées en comparant les bénéfices d'une séance ostéopathique à un placebo.

Mais, sommes-nous certains qu'il existe un toucher placebo ? Les modifications physiologiques engendrées par le contact tactile sont-elles liées à des caractéristiques spécifiques de ce toucher, ou alors ce sens est-il toujours capable, quel que soit ces spécificités, d'apporter des effets bénéfiques physiologiques à une personne ? Il serait utopique de le penser, effectivement, un simple toucher comme une poignée de main ne provoque pas nécessairement des modifications importantes chez les deux protagonistes. Cependant, peut-on réellement comparer une poignée de main avec un acte thérapeutique ou avec un toucher qui se veut un maximum ressemblant avec un acte thérapeutique ? Effectivement, le toucher placebo, délivré au groupe témoin, doit être semblable à une technique ostéopathique, afin que les

patients de ce groupe ne se doutent pas qu'ils sont considérés comme non traités en ostéopathie. Dans ce cas, il doit être d'une durée égale à un réel toucher lors d'un traitement ostéopathique ; la question concernant le temps de contact provoquant un effet serait alors intéressante à se poser avant de pouvoir envisager le toucher comme placebo.

Dans les essais cliniques contrôlés menés en ostéopathie, le placebo délivré au groupe témoin est le plus souvent une pression légère (31) ; cette pression placebo n'a pas nécessairement de caractéristiques précises, elle est simplement définie comme « une série de placements statiques bilatéraux des mains » par KG Fulda (31), une docteur en santé publique ayant étudié le caractère aveugle de cette méthode placebo. Certes cette pression placebo, a montré son efficacité dans les études en ostéopathie puisqu'elle possède un certain nombre de critères recherchés dans le cadre de ces essais cliniques : c'est une technique facilement reproductible, facilement transposable à différentes parties du corps, et cette pression semble posséder une certaine crédibilité aux yeux des patients (31). C'est d'ailleurs cette dernière qualité qui a été évaluée dans le mémoire de fin d'étude de Vivien Gas, ancien étudiant en ostéopathie. D'après son étude, le toucher placebo a prouvé son efficacité en tant que « mirage thérapeutique », les personnes recevant ce toucher délicat ont l'impression d'une réelle prise en charge. Effectivement toutes ces caractéristiques du toucher délicat sont importantes pour garantir la notion d'aveugle, nécessaire dans les études cliniques contrôlées, au moins du point de vue du patient.

D'après les informations que nous avons découvertes sur les fibres C-tactiles, on peut se demander si le placebo pression légère, utilisé dans la plupart de ces études scientifiques, ne pourrait pas stimuler l'insula via l'activation de ces fibres, sensibles justement aux pressions légères. Nous avons pu constater que ces fibres nerveuses transmettaient des informations au centre responsable des émotions lors d'un contact dit léger, nous pouvons alors nous demander si le toucher délicat utilisé dans ces études est réellement le toucher le plus approprié pour être qualifié de placebo ; puisque de toute évidence il induit tout de même des réactions physiologiques. D'un point de vue scientifique ce toucher n'est donc potentiellement pas un placebo ; dans ce cas, dans toutes les études ostéopathiques, utilisant le toucher délicat dans les groupes témoins, l'ostéopathie serait en réalité comparé non pas à un effet placebo mais aux effets bénéfiques du toucher lui-même. En sachant,

qu'une technique ostéopathique décrite par Sutherland, la « pussyfoot technique » (en français « patte de chat »), utilise également ce toucher léger, ce type de toucher délicat semble encore une fois discutable.

Concernant le caractère facilement reproductible de ce toucher délicat, un deuxième problème se pose. D'une part, grâce à l'haptonomie nous avons pu prendre connaissance du fait que notre toucher pouvait être soumis à nos émotions.

D'autre part, le contact tactile provoquant une interface entre le corps du patient et l'ostéopathe, cette interaction entre patient et thérapeute est à prendre en compte dans les effets du toucher. Effectivement l'ostéopathe touche mais est également touché en retour, il en est de même pour le patient. Comme nous avons pu le voir avec la psychologie du « Moi-peau » le toucher dépend de notre vécu, on peut alors s'attendre à ce que chaque individu touche et reçoive le toucher différemment les uns des autres. Tous les touchers seraient alors différents et non reproductibles ; même si en tant que thérapeute lors de nos études nous développons ce sens il reste quelque chose d'inné qui ne peut être éduqué pour ressembler aux autres. De plus, cela signifierait que le toucher ne peut être entièrement objectif, est-il alors réellement le meilleur outil pour permettre une étude objective avec un placebo entièrement reproductible ?

Le toucher délicat, dans ces essais cliniques, semble être un moyen discutable de mettre en lumière les bénéfices de l'ostéopathie ; car en réalité nous ne semblons pas certains de son caractère de placebo. Effectivement, il semble compliqué de déterminer la durée, la fréquence ou la pression précise d'un contact tactile capable d'engendrer ou non des modifications physiques ; sans ces informations il paraît prématuré de qualifier un certain type de toucher comme n'ayant aucun effet physiologique. De mon point de vue, il serait intéressant de mieux connaître les effets du toucher et dans quelles circonstances ils se produisent, ainsi nous pourrions définir une pression, une durée et une fréquence de contact tactile qui n'aurait, pour sûr, aucune conséquence physiologique. Nous serions, par la suite, enfin capables de donner les caractéristiques précises du toucher qui pourrait être utilisé comme placebo dans les essais cliniques.

2. Le toucher : support de l'ostéopathie

L'ostéopathie est une thérapie manuelle, ce qui signifie que son support principal est le toucher. Or, lors des essais cliniques, cette thérapie est très souvent comparée aux effets du toucher délicat ; ce qui reviendrait à opposer l'ostéopathie à un élément indispensable à sa pratique.

Comme nous avons pu le constater, le toucher semble posséder plusieurs effets, autant physiologiques que psycho-émotionnels. Toutes ces modifications liées au contact tactile peuvent, sans doute, jouer un rôle dans le traitement ostéopathique. Cependant, dans les essais cliniques nous nous efforçons de soustraire les bienfaits du toucher aux bienfaits de l'ostéopathie.

Comme dans le cas d'un médicament, la technique ostéopathique a besoin d'un adjuvant. En médecine allopathique, l'adjuvant est un produit ajouté à un autre pour renforcer ou compléter son action. En ostéopathie, l'adjuvant est utilisé comme un transporteur et un amplificateur de l'information que le thérapeute souhaite faire passer à son patient.

Dans le cadre de cette thérapie manuelle, les adjuvants peuvent être de plusieurs types : la chaleur, les vibrations, la pression, la vitesse²², la contraction musculaire, l'intention et bien d'autres. Nous pouvons remarquer que la plupart de ces adjuvants sont mis en place notamment grâce à l'interface main-peau créée lors du toucher ; de plus certains d'entre eux semblent également être des effets propres au toucher lui-même. La chaleur, par exemple, est un des adjuvants qui peut être transmis par le contact tactile. Cela signifierait que le toucher joue un rôle porteur, amplificateur et bénéfique dans le traitement ostéopathique. Un traitement ostéopathique aurait-il la même efficacité sans cette interface tactile ? Pour répondre à cette question, nous pourrions nous tourner vers une ostéopathie qui n'utilise aucun toucher ; en effet, il existe certains praticiens qui traitent leurs patients sans contact tactile, peut-être faudrait-il comparer ces deux manières de traiter un patient en ostéopathie afin d'avoir une idée de l'impact du toucher physique lors des séances.

Nous avons pu prendre connaissance, dans les premières parties de ce travail, des différents effets physiologiques du toucher et nous avons constaté que plusieurs

²² Mouvement rapide, utilisé essentiellement dans les techniques ostéo-articulaires en ostéopathie

d'entre eux étaient des effets recherchés dans le traitement ostéopathique, certains étant même des grands principes ostéopathiques.

L'hypothalamus est la structure anatomique à la base du maintien de l'homéostasie ; l'irrigation vasculaire de cette partie du système nerveux central semble être augmentée lors des massages thérapeutiques. On pourrait alors se demander si ce sont les manipulations de massothérapie ou le type de toucher exercé lors de celles-ci qui provoque cette stimulation vasculaire. Dans le cas où le toucher à pression modérée serait à l'origine de ses effets sur l'hypothalamus, on pourrait penser que ce contact tactile permettrait d'entraîner une action sur l'homéostasie du patient. L'homéostasie étant un grand principe de l'ostéopathie, il serait intéressant d'étudier si ce toucher à pression modérée pourrait commencer à jouer un rôle dans le maintien de l'autorégulation du corps en stimulant cette zone cérébrale.

Le toucher permettrait également une vasodilatation locale des vaisseaux sanguins, ce qui aurait pour conséquence d'améliorer la circulation sanguine. Cette conséquence est également un des grands principes ostéopathiques, nommé la loi de l'artère.

D'ailleurs, l'ostéopathie n'est pas la seule thérapie utilisant le toucher dans le but d'améliorer la libre circulation des fluides, afin de garantir la santé. C'est le cas du mesmérisme, développé par Franz Mesmer, un médecin allemand. Il est à l'origine de la théorie du magnétisme animal selon laquelle la maladie viendrait d'une mauvaise répartition des fluides (32). A la suite de ses découvertes il a développé le mesmérisme, une application thérapeutique de l'hypnose. Cette thérapie, née en 1774, visait à rétablir une bonne circulation, à travers l'ensemble du corps du patient, de ce qu'il nomme « fluide magnétique ». Pour ce faire, Mesmer a tout d'abord utilisé des aimants puis en testant d'autres supports à sa thérapie il s'aperçoit, plus tard dans son exercice, qu'il n'avait nul besoin de ces matériaux, mais, que le toucher suffisait à provoquer les manifestations, qu'il recherchait chez ses patients, qui d'après lui était annonciatrices de la guérison. (32).

Certes les fluides dont parle Mesmer ne sont pas les mêmes que ceux préoccupant les ostéopathes ; en effet, en ostéopathie le regard est d'avantage tourné vers les différents fluides organiques (sang veineux, sang artériel, lymphes, LCR) et

vers des fluides moins palpables comme le mouvement respiratoire primaire²³ (33). Il est néanmoins intéressant de noter ici, que d'après Franz Mesmer, le toucher aurait les mêmes effets qu'un aimant et donc qu'il serait capable de rééquilibrer la bonne circulation de certains fluides. Ces faits n'ont pu être démontré et quantifié, car les fluides magnétiques d'écrits par Mesmer sont non palpables et de ce fait difficilement mesurables ; le toucher ne peut donc pas être scientifiquement vecteur d'une meilleure circulation de fluide dans l'organisme, cependant, il est interpelant de voir que plusieurs thérapies manuelles utilise le toucher dans un but commun : la libre circulation fluidique.

C'est peut-être finalement là où résiderait les échecs de la démonstration scientifique du bénéfice de l'ostéopathie ; parce qu'il reste certainement encore plusieurs conséquences du toucher qui sont actuellement en dehors du champ du visible pour la science et donc difficilement mesurables.

3. Le toucher psycho-émotionnel : « toucher placebo » des essais cliniques

Une partie des résultats positifs d'une séance en thérapie manuelle, en ostéopathie par exemple, serait due à l'effet placebo de celle-ci ; c'est pour cela que les études scientifiques s'efforcent de prouver l'efficacité d'un traitement en y soustrayant les effets psychologiques. Pour cela, la science utilise le placebo qui, comme nous avons pu le définir, ne possède aucun effet physiologique mais au contraire, peut avoir pour conséquence de soulager le patient par le biais du psychisme. Comparer l'ostéopathie à un placebo quelconque revient donc à mesurer son efficacité seulement physiologique en ne prenant pas en compte ses effets physiologiques. Pourtant, en sachant que l'ostéopathie s'inscrit dans un modèle de globalité, le niveau psychique du patient fait également partie du champ d'action de cette thérapie.

Nous avons pu constater que le toucher pouvait posséder des conséquences psycho-émotionnelles. En effet, l'interface tactile semble non seulement responsable

²³ Le mouvement respiratoire primaire (MRP) est un micromouvement rythmique synchrone, qui anime tous les tissus de l'organisme.

d'une bonne relation patient-thérapeute, mais aussi de manifestations émotionnelles étant donné le rapport probable entre le sens tactile et le centre des émotions : le système limbique. Il est également responsable de manifestations psychiques avec les notions du « Moi-peau » et « d'Edge Effect ». Lors des essais cliniques ce sont ces différentes manifestations qui sont qualifiées de placebo ; pourtant toutes ses conséquences psychiques et émotionnelles sont utiles au traitement d'un patient dans la philosophie ostéopathique et sa notion de globalité. Par exemple, en s'appuyant sur la théorie des kystes énergétiques d'Upledger, on constate que la dimension psycho-émotionnelle est primordiale dans la mise en place et la libération de certaines dysfonctions ostéopathiques.

De plus, pour certains ostéopathes, comme Pierre Tricot, le toucher permettrait de rentrer en contact avec le patient, non seulement physiquement mais aussi psychiquement grâce aux « contacts des consciences ». Le contact physique lors des séances serait alors peut-être un outil indispensable pour accéder à cette dimension psychique du patient.

Certes, d'un point de vue purement scientifique on pourrait penser qu'il est intéressant d'opposer les patients traités en ostéopathie, ou plus largement en thérapies manuelles, à un groupe de patients recevant un mirage thérapeutique ayant des effets psychologiques. Ainsi, nous serions en mesure de pouvoir prouver l'efficacité somatique d'une pratique. Cependant, l'ostéopathie n'étant pas une thérapie seulement physique mais aussi psychique, nous devons être conscient que la dimension psycho-émotionnelle ne peut pas être prise en compte et évaluer si le placebo est utilisé dans les essais cliniques. C'est sans doute ce qu'entendait Pierre Tricot, lorsqu'il énonçait :

« Le tandem praticien-patient correspond à la réunion de deux mondes, deux univers - celui du praticien et celui du patient – et qu'étant donné la complexité de ces univers, cette réunion produit des interactions qui nous échappent, de sorte qu'une partie de la relation est totalement originale et non reproductible du fait à la fois des personnalités respectives du praticien et du patient et de leur état de condition du moment. Nous sommes loin de la sacro-sainte reproductibilité scientifique. Mais une fois la conscience de cela

établie, nous pouvons mieux le gérer que si nous n'en sommes pas conscients. » Pierre TRICOT (34)

Il faut être conscient que dans chaque relation praticien-patient, il y a une part de la consultation qui ne pourra être reproductible malgré tous les efforts du thérapeute.

Effectivement, nous avons pu voir que le toucher était non seulement patient dépendant mais aussi thérapeute dépendant. C'est précisément ce genre d'interaction que les essais cliniques s'efforcent de soustraire aux bénéfices éventuels d'une consultation ostéopathique ; puisque ce sont des effets qui restent très peu analysables, mesurables et palpables. Cependant, ils font partie intégrante du soin ostéopathique ; en sachant cela, nous pouvons nous demander si inclure un placebo face à l'ostéopathie dans ces études cliniques est réellement pertinent, est ce qu'il n'existerait pas une autre méthode de soin permettant d'évaluer le bénéfice à la fois somatique et psycho-émotionnel de l'ostéopathie ?

Conclusion

Nous avons pu voir que le toucher est utilisé depuis plusieurs années dans le domaine de la santé, et que plusieurs thérapies comme l'haptonomie, le mesmérisme possèdent des notions partagées avec l'ostéopathie. En effet, certains principes de la santé, selon ces thérapies manuelles, sont communs à la philosophie ostéopathique. Pourtant ce sens du toucher, qui semble capable d'engendrer des modifications tant physiologiques que psycho-émotionnelles, reste très peu étudié et on ne connaît encore pas suffisamment les effets qu'il peut avoir ; à quel moment et dans quels circonstances est-il capable de les transmettre. Ce manque d'étude sur ce sens peut être dû, selon plusieurs spécialistes, aux tabous autour du contact tactile.

De nos jours, dans notre société occidentale, il existe un certain essor autour des pratiques thérapeutiques mettant en jeu le toucher : la calino-thérapie, le toucher thérapeutique, le massage thérapeutique, la réflexologie, l'haptonomie en sont des exemples. Cependant ces pratiques semblent avoir, pour la plupart, des difficultés à être reconnues par le monde scientifique et la médecine allopathique ; tout comme l'ostéopathie. Dans le cadre de la pratique ostéopathique, le principal frein à sa reconnaissance scientifique est le manque d'études cliniques significatives ; et un des biais principal de ces études est le placebo, utilisé pour mettre en lumière les bénéfices propres au traitement ostéopathique.

Ce placebo, semble utile dans les études scientifiques dans la mesure où l'on recherche le bénéfice somatique d'une thérapie. Effectivement, le modèle de référence dans la santé à longterm été un modèle biomédical, considérant le patient comme un « corps-machine ». Mais, de nos jours, le modèle qui tend à devenir la référence dans la notion de santé est le modèle bio-psycho-social, incluant le patient à la fois dans sa dimension physique, psychologique et social. L'ostéopathie en ayant comme grand principe la globalité du patient, s'inscrit dans ce modèle actuel, c'est pour cette raison qu'il semble difficile d'étudier les résultats de cette thérapie seulement sur le plan physique en ne considérant pas ses bienfaits psychiques.

De plus, le toucher à pression légère délivré au groupe contrôle lors de la grande majorité de ces essais cliniques, semble être, malgré sa qualification de

placebo, à l'origine d'effets physiologiques qui pourraient être en capacité de soulager un patient.

Nous avons eu l'occasion d'analyser deux thérapies manuelles différentes, l'une cherchant à être expérimentale, la massothérapie, et l'autre, l'haptonomie qui se dit thérapie «expérientielle». L'haptonomie ne cherche pas à prouver scientifiquement ces bénéfices, notamment parce que son inventeur savait que ses bienfaits ne seraient pas quantifiables car trop compliqués à étudier et pour certains impossibles à mesurer. En ostéopathie, nous rencontrons également cette difficulté à mesurer les effets d'une technique, peut être simplement parce que les effets que nous produisons ne sont pas tous complètement mesurables et quantifiables grâce à la science actuelle.

« Il n'y a aucun doute sur le fait qu'il se passe des choses lors d'une manipulation et que l'on se sente mieux après. C'est bien de théoriser sur l'effet physiologique des manipulations. Mais quand nous avons une quantité énorme de preuves qui réfutent le mécanisme ou la justification des manipulations, il serait peut-être judicieux d'arrêter de véhiculer ces théories. Cela ne veut pas dire qu'il faut arrêter de manipuler, cela veut juste dire qu'il faut explorer d'autres pistes expliquant les mécanismes de ces effets. » Gregory LEHMAN²⁴

Ce toucher placebo utilisé dans les essais cliniques contrôlés randomisés est certes très discutable, essentiellement de part sa qualification de placebo. Mais il apporte également un regard critique sur les effets purement physiologiques de l'ostéopathie.

Dans le cas, ou nous voudrions continuer à étudier ces conséquences essentiellement somatiques alors l'utilisation d'un toucher placebo serait intéressant, mais pour se faire il faudrait au préalable avoir défini les caractéristiques précises d'un contact tactile dénué de toutes manifestations physiologiques. Pour cela, il faudrait envisager des études supplémentaires concernant ce sens du toucher, ainsi s'il existe un toucher que l'on pourrait définir, avec certitude, comme placebo, il pourrait être utilisé universellement dans les essais cliniques ostéopathiques.

²⁴ Physiothérapeute et chiropracteur canadien, il détient également un master en biomécanique. Il prône une approche de traitement basé sur le modèle bio-psycho-social.

Cependant, dans la mesure où nous voudrions étudier les bénéfices de l'ostéopathie autant sur la santé mentale et psychique d'un patient que sur sa santé physique ; il serait intéressant d'envisager une autre forme d'essais cliniques, sans utiliser de placebo, afin de mettre en lumière l'entièreté de l'efficacité de l'ostéopathie sur la globalité du patient.

Bibliographie :

1. Field T. Les bienfaits du toucher. Paris: Payot; 2003.
2. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
3. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
4. Sutherland WG. Enseignement dans la science de l'ostéopathie. SCTF. SCTF; 2006.
5. Ackerman D. Le livre des sens. Paris: B. Grasset; 1999.
6. Bourgeois P, Planells R, Fumelli G. Ostéo Les sciences fondamentales. Foucher. Paris: Hatier; 2017.
7. Selouani D. Physiologie des récepteurs sensoriels. 2019 Année universitaire - 2020;7.
8. Lydia Denworth. A fleur de peau. Cerveau Psycho. 2016 Feb;(74).
9. Field T. Pregnancy and labor massage. Expert Rev Obstet Gynecol. 2010 Mar;5(2):177-81.
10. Soigner la douleur par la thermothérapie - Conseils santé [Internet]. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.pharma-gdd.com/fr/soulager-la-douleur-par-thermotherapie>
11. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Mar 28;3:CD009290.
12. Guers C. Le toucher dans la relation thérapeutique en ostéopathie [Dissertation]. [Lyon]: Isostéo lyon; 2008.
13. Comment le corps humain ressent-il la température ? [Internet]. Planet-Vie. [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/animaux/systeme-nerveux-et-systeme-hormonal/comment-le-corps-humain-ressent-il-la>
14. DU PONT DE ROMEMONT B. Effet des contraintes mécaniques appliquées aux fibroblastes humain lors de la reconstitution d'un modèle de peau in vitro : étude de faisabilité. [Faculté de pharmacie institut des sciences pharmaceutiques et biologiques]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
15. Sapa M-C, Sagot J-C, Touvenot G, Xavier F, Hidalgo Diaz J-J, Facca S, et al. Comparison of tactile sensitivity measured with a new digital esthesiometer

- (Beam Test) relative to Semmes-Weinstein monofilament analog esthesiometer. *Hand Surg Rehabil.* 2019 Sep;38(4):242–5.
16. Thomas JDJ, Monson JP. Adult GH deficiency throughout lifetime. *Eur J Endocrinol.* 2009 Nov;161 Suppl 1:S97–106.
 17. Hernandez-Reif M, Ironson G, Field T, Hurley J, Katz G, Diego M, et al. Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *J Psychosom Res.* 2004 Jul;57(1):45–52.
 18. Cofler M. *Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression de troubles du comportement de la personne âgée démente.* [Bordeaux]: Collège des sciences de Bordeaux; 2016.
 19. Braverman ER. *Un cerveau à 100%.* New York: Thierry souccar editions; 2007.
 20. Ackerley R, Backlund Wasling H, Liljencrantz J, Olausson H, Johnson RD, Wessberg J. Human C-tactile afferents are tuned to the temperature of a skin-stroking caress. *J Neurosci Off J Soc Neurosci.* 2014 Feb 19;34(8):2879–83.
 21. Kuehn ED, Meltzer S, Abaira VE, Ho C-Y, Ginty DD. Tiling and somatotopic alignment of mammalian low-threshold mechanoreceptors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2019 May 7;116(19):9168–77.
 22. Consoli SG. Le moi-peau. *médecine/sciences.* 2006 Feb 1;22(2):197–200.
 23. La pyramide de Maslow : la théorie des besoins - Psychologue.net [Internet]. psychologue. [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://www.psychologue.net/articles/la-pyramide-de-maslow-la-theorie-des-besoins>
 24. LES TOPIQUES FREUDIENNES (3 pages - 74 ko).pdf [Internet]. [cited 2021 Mar 17]. Available from: [https://www.psychanalyse.com/pdf/LES%20TOPIQUES%20FREUDIENNES%20\(3%20pages%20-%2074%20ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LES%20TOPIQUES%20FREUDIENNES%20(3%20pages%20-%2074%20ko).pdf)
 25. Anzieu D. *Le moi-peau.* Paris: Dunod; 1985. 254 p. (Psychismes).
 26. COQUILLAT Q. *L'amour au coeur de l'intention ostéopathique* [Dissertation]. [Lyon]: Isosteo Lyon; 2019.
 27. Haptonomie - CIRDH [Internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from: <https://www.haptonomie.org/fr/>
 28. La Maison des Maternelles et des Parents. *Tout savoir sur l'haptonomie - La Maison des Maternelles* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=ro1eem3AVCs>
 29. BRUN L. *La place de l'intention en ostéopathie* [Dissertation]. [Lyon]: Isosteo Lyon; 2020.

30. DESPOUY S. L'intention thérapeutique en ostéopathie aujourd'hui [Dissertation]. [Lyon]: Isostéo lyon; 2020.
31. Gas V. Light touch study [RBM]. [Lyon]: Isosteo Lyon; 2013.
32. Belhoste B. Mesmer ou la chute du magnétiseur. Pour Sci. 2015 Sep;(455).
33. Loussouarn S. Histoire de "l'approche biodynamique" en ostéopathie. [Pantin]: Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique; 2014.
34. Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Vannes: Sully; 2002.