

ANNEE : 2014-2015

CODE(S) :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
LE DIPLOME DE COMPETENCE EN OSTEOPATHIE ATMAN

PRESENTE ET SOUTENU

LE

A SOPHIA ANTIPOLIS

PAR

CORALIE Dedieu

TITRE DU MEMOIRE :

Prise en charge ostéopathique des victimes d'agression sexuelle

TUTEUR DE MEMOIRE :

CHRISTELLE Trividic

REMERCIEMENTS

A Christelle TRIVIDIC : vous avez accepté de m'encadrer pour la fin de mes recherches lorsque je n'avais plus de tuteur. J'avais un travail déjà bien avancé, mais qui n'avait jamais été relu par un ostéopathe. Je vous remercie de votre patience, de vos conseils et vos corrections.

A Céline DAVID, psychologue qui a pris en charge une patiente gratuitement. Pour tous vos conseils, et vos explications sur la partie psychologie.

A Ariane DOMERGUE, psychologue au commissariat d'Aix en Provence pour ses échanges et sa participation dans le recrutement des patientes.

A AIVI, de m'avoir accueillie dans le groupe de parole de Marseille et ainsi d'y rencontrer Bérengère, Flore, Emilie ainsi que Randal. A Isabelle AUBRY la directrice de cette association.

A toutes les psychologues qui m'auront suivie, écoutée, et conseillée : Marie-Emilie VRIET--N-DOUR, Sandrine NAVARRO, Charlotte SABBAH, Mme MARSEILLE, Caroline FANCIULLO, Shanti ROUVIERE, Fabienne RAYBAUD, Aude FIEVET.

A mes parents, à leur soutien, leur confiance, leur aide, et leur accompagnement quotidien jusqu'à l'obtention de mon diplôme d'ostéopathe.

A mon compagnon, Florent, pour m'avoir soutenue dans ce projet.

A ma cousine, Nathalie pour ses nombreuses lectures et corrections du mémoire.

Je tiens à remercier chaleureusement Mr BOZZETTO de m'avoir accueilli au sein d'Atman pour achever ma formation.

Et pour finir, à toutes les patientes, qui sont l'essence même de ce mémoire.

Merci de votre confiance.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
RESUME EN FRANÇAIS	7
RÉSUMÉ EN ANGLAIS	8
INTRODUCTION.....	9
1. RAPPELS.....	10
1.1 DEFINITIONS	10
1.1.1 Agression sexuelle	10
1.1.2 Viol.....	10
1.1.3 Inceste dans le dictionnaire.....	10
1.1.4 Inceste pour AIVI (Association internationale des victimes de l'inceste).....	10
1.1.5 Traumatisme	10
1.2 STRESS POST-TRAUMATIQUE	10
1.2.1 Définition.....	10
1.2.2 Les critères diagnostics du DSM IV pour l'état de stress post-traumatique	11
1.2.3 Moyens d'évaluation du stress post-traumatique.....	12
1.3 ANATOMOPHYSIOLOGIE	13
1.3.1 La symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique.....	13
1.3.2 La survie et le système nerveux	14
1.4 LES CONSEQUENCES DU TRAUMATISME	18
1.5 APPROCHE OSTEOPATHIQUE APRES UNE AGRESSION SEXUELLE	18
2. MISE EN PLACE DU PROTOCOLE	19
2.1 RECRUTEMENT DES PATIENTES.....	19
2.2 CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTES	19
2.3 PRISE EN CHARGE OSTEOPATHIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	20
2.4 ETUDE DE CAS	20
3. PROTOCOLE PSYCHOLOGIQUE	20
4. PROTOCOLE OSTEOPATHIQUE	21
4.1 PREMIERE SEANCE.....	22
4.1.1 Tests ostéopathiques.....	22
4.1.2 Correction ostéopathique.....	23
4.2 DE LA DEUXIEME SEANCE A LA QUATRIEME SEANCE.....	23
4.3 CINQUIEME SEANCE.....	23

5. RESULTATS	24
5.1 SARAH.....	24
5.1.1 Antécédents.....	24
5.1.2 Description de son traumatisme	24
5.1.3 Première séance	25
5.1.4 Deuxième séance.....	27
5.1.5 Troisième séance	29
5.1.6 Quatrième séance	31
5.1.7 Cinquième séance.....	33
5.1.8 Sixième séance	35
5.1.9 Résultats du protocole psychologique.....	37
5.1.10 Sondage.....	38
5.2 JESSICA.....	39
5.2.1 Antécédents.....	39
5.2.2 Description de son traumatisme	39
5.2.3 Première séance	40
5.2.4 Deuxième séance.....	42
5.2.5 Troisième séance	43
5.2.6 Quatrième séance	44
5.2.7 Cinquième séance.....	45
5.2.8 Sixième séance	47
5.2.9 Sondage.....	49
5.3 CLARA.....	50
5.3.1 Antécédents.....	50
5.3.2 Description de son traumatisme	50
5.3.3 Première séance	51
5.3.4 Deuxième séance.....	53
5.3.5 Troisième séance	55
5.3.6 Quatrième séance	57
5.3.7 Cinquième séance.....	59
5.3.8 Sixième séance	61
5.3.9 Sondage.....	63
5.4 JENNY.....	64
5.4.1 Antécédents.....	64
5.4.2 Description de son traumatisme	64
5.4.3 Première séance	65
5.4.4 Deuxième séance.....	67
5.4.5 Troisième séance	69

5.4.6	<i>Quatrième séance</i>	71
5.4.7	<i>Cinquième séance</i>	72
5.4.8	<i>Sixième séance</i>	74
5.4.9	<i>Sondage</i>	76
5.5	ELISA	77
5.5.1	<i>Antécédents</i>	77
5.5.2	<i>Description de son traumatisme</i>	77
5.5.3	<i>Première séance</i>	78
5.5.4	<i>Deuxième séance</i>	80
5.5.5	<i>Troisième séance</i>	82
5.5.6	<i>Quatrième séance</i>	84
5.5.7	<i>Cinquième séance</i>	86
5.5.8	<i>Sixième séance</i>	88
5.5.9	<i>Sondage</i>	90
5.6	SIBILLE	91
5.6.1	<i>Antécédents</i>	91
5.6.2	<i>Description de son traumatisme</i>	91
5.6.3	<i>Première séance</i>	92
5.6.4	<i>Deuxième séance</i>	94
5.6.5	<i>Troisième séance</i>	96
5.6.6	<i>Quatrième séance</i>	98
5.6.7	<i>Cinquième séance</i>	100
5.6.8	<i>Sixième séance</i>	102
5.6.9	<i>Sondage</i>	105
5.7	CLEMENCE	106
5.7.1	<i>Antécédents</i>	106
5.7.2	<i>Description de son traumatisme</i>	106
5.7.3	<i>Première séance</i>	107
5.8	VERONIQUE	109
5.8.1	<i>Antécédents</i>	109
5.8.2	<i>Description de son traumatisme</i>	109
5.8.3	<i>Première séance</i>	110
5.8.4	<i>Deuxième séance</i>	112
5.8.5	<i>Troisième séance</i>	114
5.8.6	<i>Quatrième séance</i>	116
5.8.7	<i>Cinquième séance</i>	118
5.8.8	<i>Sixième séance</i>	120
5.8.9	<i>Sondage</i>	123

6. ANALYSES.....	124
6.1 PREMIERE SEANCE.....	124
6.2 DEUXIEME SEANCE	125
6.3 TROISIEME SEANCE.....	125
6.4 QUATRIEME SEANCE	126
6.5 CINQUIEME SEANCE.....	126
6.6 SIXIEME SEANCE	127
6.7 L'ENSEMBLE DU PROTOCOLE	128
7. DISCUSSION	129
7.1 JUSTIFICATION DES CRITERES D'ELIGIBILITE	129
7.2 INTERPRETATION DES RESULTATS.....	129
7.3 ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE	130
7.4 INDICATIONS.....	130
8. CONCLUSION.....	131

Résumé en français

Environ 83 000 femmes, par an, sont victimes de viols ou de tentatives de viols.

En 2009 l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) a fait réaliser une enquête par l'IPSOS qui a déterminé qu'il y a deux millions de victimes d'inceste en France.

Quel que soit le type de violences sexuelles, les atteintes à la santé sont importantes.

L'état de stress post-traumatique engendre des troubles psychosomatiques que l'ostéopathie peut prendre en charge.

A l'aide de ce mémoire, nous verrons jusqu'où l'ostéopathie pourra améliorer l'état de santé des victimes.

Résumé en anglais

Approximately 83,000 women a year are victims of rape or attempted rape.

In 2009, AIVI commissioned a survey by IPSOS who determined that there are two million victims of incest in France.

Whatever types of sexual violence, damage to health are important.

Post-traumatic stress disorder causes psychosomatic disorders that osteopathy can support.

Using this memory, we will see how far osteopathy can improve the health of victims.

Introduction

Chaque année, en France, plus de 198 000 femmes entre 18 et 59 ans sont victimes de viol ou une tentative de viol (INSEE 2008, enquête Cadre de vie et sécurité), sans compter toutes autres formes d'agressions sexuelles.

Il y a mon sens un manque de prise en charge pour les victimes d'agressions sexuelles.

Moi-même ayant été victime d'une tentative de viol, l'impact psychologique et somatique étaient bien présents.

Je n'ose même pas imaginer celui des vraies victimes de viol.

C'est pour cela que j'ai voulu proposer une nouvelle prise en charge par l'ostéopathie.

J'ai réuni une équipe pluridisciplinaire pour les victimes comprenant un suivi psychologique et ostéopathique.

Cela n'a pas été facile, car bien souvent les associations m'ont fermé leur porte.

J'ai voulu m'orienter vers des psychologues afin de leur apporter les compétences ostéopathiques.

Il y a eu d'autres problèmes qui se sont présentés car leur méthode de travail n'étant pas les mêmes entre psychologues, la difficulté était de savoir comment objectiver leurs résultats.

Tout ce travail de recherche, de contacts, les rencontres avec les professionnels de santé ont été enrichissants sur le plan personnel.

Céline DAVID, psychologue participe à la réalisation de ce mémoire. Ainsi nous allons mettre en place une prise en charge ostéopathique combinée à la psychologique sur les patientes victimes d'agressions sexuelles.

Tardivement dans l'avancée du mémoire, je suis rentrée en contact avec l'association internationale des victimes de l'inceste (AIVI). Ainsi, je participe aux groupes de paroles d'aide aux victimes me permettant de leur proposer mon projet de mémoire. Cela m'enrichi et me permet de mieux m'adapter pour une meilleure compréhension et prise en charge des patientes.

Au travers de ce mémoire, je voudrais mieux comprendre et savoir comment aider les victimes d'agression sexuelle.

Qu'est-ce que l'ostéopathie pourrait apporter de plus dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle ?

1. Rappels

1.1 Définitions

1.1.1 Agression sexuelle

Selon l'article 222-22 du code pénal :

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

1.1.2 Viol

Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

1.1.3 Inceste dans le dictionnaire

Du latin « incestus » traduit par impur, souillé, sacrilège; l'inceste est le « non chaste ». Il est par ailleurs, défini par le dictionnaire comme « des relations sexuelles entre personnes dont le degré de parenté interdit le mariage ». Il s'agit principalement d'un degré de parenté par le sang. La société se protège ainsi de la dégénérescence génétique pouvant atteindre 40% lorsque des consanguins se reproduisent.

1.1.4 Inceste pour AIVI (Association internationale des victimes de l'inceste)

Selon AIVI, l'inceste concerne la famille de sang et la famille élargie. ainsi que la famille par adoption. Mais ce lien familial est avant tout pour la victime un lien de proximité, d'autorité, de confiance, de dépendance et d'amour. Ainsi, les agresseurs peuvent être dans la famille de sang : père, mère, frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante, cousin, cousine et dans la famille par alliance : beau-père, belle-mère, cousins, tante, oncle par alliance...

1.1.5 Traumatisme

Le traumatisme est un événement émotionnellement très douloureux durant lequel l'intégrité physique et/ou psychologique d'un individu a été menacé et/ou définitivement atteinte, laissant l'individu dans un sentiment de terreur et d'impuissance.

1.2 Stress post-traumatique

1.2.1 Définition

L'état de stress post-traumatique a été rigoureusement défini par des spécialistes de ce domaine et inscrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), aux côtés de tous les autres troubles psychiatriques. Le DSM le définit comme un trouble anxieux

caractérisé par des symptômes persistants de reviviscence (cauchemars, flashback), d'évitement et d'émoussement, et d'activité neurovégétative (difficulté d'endormissement, sursauts exagérés...).

1.2.2 Les critères diagnostics du DSM IV pour l'état de stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Note: Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- Impression ou agissements soudains «comme si» l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
- Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
- Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
- Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres);
- Sentiment d'avenir «bouché» (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes:

- Difficulté d'endormissement, sommeil interrompu;
- Irritabilité ou accès de colère;
- Difficulté de concentration;
- Hypervigilance;
- Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si:

- Aigu: Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
- Chronique: Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.
- Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.»

1.2.3 Moyens d'évaluation du stress post-traumatique

Les échelles ci-dessous seront utilisées par Céline David pour évaluer l'état psychologique des patientes.

- Echelle de l'état de stress post-traumatique : PCLS (Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale)

C'est un auto-questionnaire bref et simple évaluant les 3 sous syndromes principaux de l'état de stress post-traumatique.

Elle a été développée par un groupe de chercheur en 1993 selon les critères du DSM IV.

L'échelle est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes de l'état de stress post-traumatique présenté dans le DSM IV, coté par le sujet sur une échelle de 1 à 5.

Pour l'échelle PCLS une baisse de 5 à 10 points signifie un changement positif modéré, une diminution de 10 à 20 points définit un changement significatif de façon clinique du au traitement.

Annexe 1

- L'échelle de Beck ou BDI (Beck Depression Inventory)

Le questionnaire de dépression de Beck est une auto-évaluation de la dépression utilisée souvent dans la clinique et la recherche comme une mesure standard.

Annexe 2

1.3 Anatomophysiologie

1.3.1 La symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique

Le traumatisme est une expérience physico-psychologique, même quand l'évènement traumatisant ne cause pas de dommages corporels directs.

Il est maintenant avéré que les évènements traumatisants ont un impact aussi bien sur le corps que sur le mental.

Selon la définition de Hans Selye, le stress est « la réaction non spécifique du corps à une quelconque demande ».

La forme la plus extrême de stress est, bien entendu le stress qui survient lors d'un évènement traumatisant : c'est le stress traumatique.

Le stress post-traumatique est le stress traumatique qui persiste après l'incident traumatisant.

Ce n'est que lorsque le stress post-traumatique s'accumule au point qu'il produit les symptômes décrits dans le DSM IV que le terme de syndrome de stress post-traumatique peut être appliqué.

La perturbation somatique est au cœur de ce syndrome de stress post-traumatique.

Les personnes qui en sont affectées souffrent de beaucoup de symptômes physiques qui les effraient, semblables à ceux de l'hyperstimulation du système nerveux végétatif comme

l'accélération du rythme cardiaque, sueurs froides, respiration rapide, palpitations, hypervigilance et réactions de nervosité exacerbée (tressaillement).

Quand ils passent à l'état chronique, ces symptômes peuvent amener des troubles du sommeil, une perte d'appétit, des dysfonctionnements sexuels, et des difficultés de concentrations.

1.3.2 La survie et le système nerveux

L'hyperstimulation traumatique est induite par le système limbique « cf. figure 1 » localisé au centre du cerveau, bordant la région la plus interne des hémisphères cérébraux.

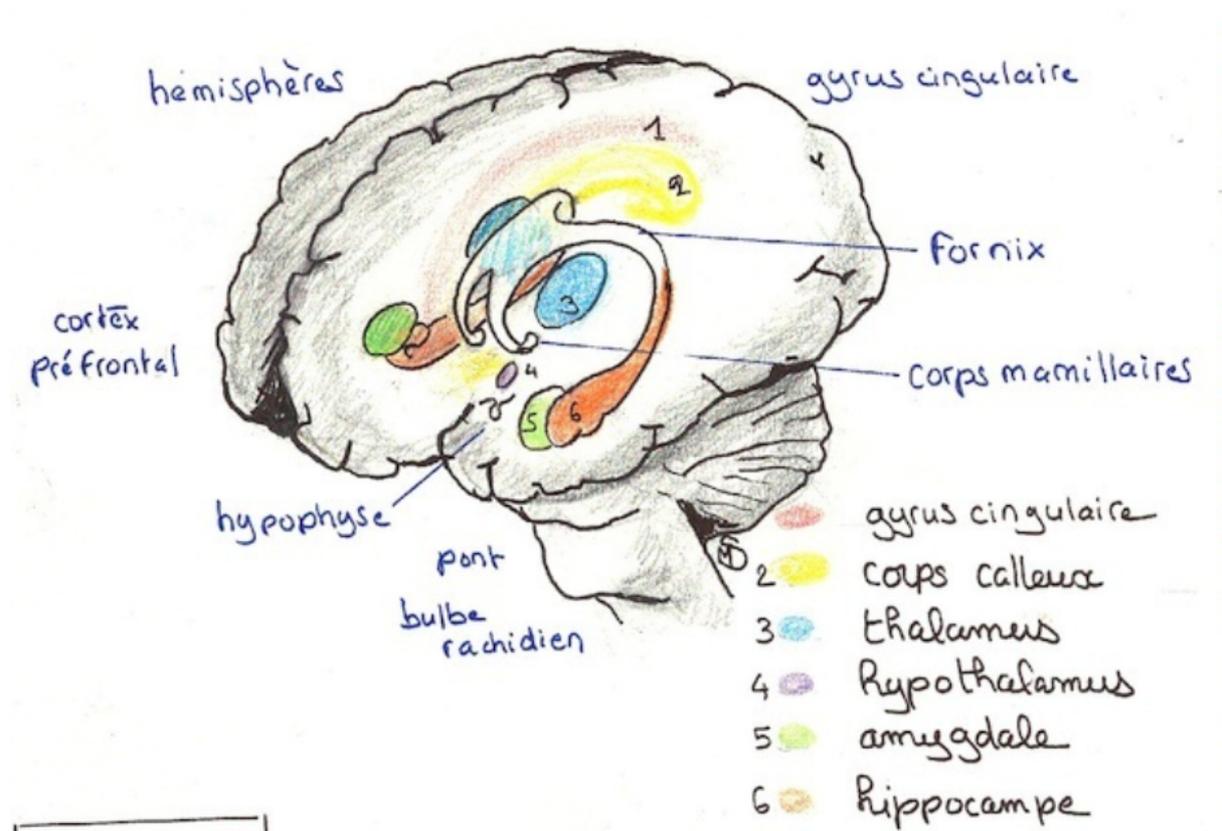


Figure 1: Anatomie système limbique ;

<http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/origine-et-mecanismes.html>

Cette partie du cerveau règle les comportements de survie et l'expression émotionnelle.

Elle s'occupe principalement des tâches de survie, comme manger, se reproduire et se défendre instinctivement par la fuite ou la lutte.

Elle influence aussi le processus de mémorisation.

Le système limbique entretient une relation étroite avec le système nerveux végétatif (SNV).

Il évalue une situation donnée et donne le signal au SNV soit de mettre le corps au repos soit de le préparer à l'effort.

Le SNV joue un rôle dans la régulation des muscles lisses et autres viscères.

Ses deux branches le sympathique et le parasympathique s'équilibrent mutuellement, quand l'une est activée, l'autre est inhibée.

Le sympathique est activé en cas d'effort et de stress.

Le parasympathique est activé en période de repos et de relâchement.

Le système limbique réagit en intensité maximum à la menace traumatique en libérant des hormones qui préviennent le corps de se préparer à l'action défensive.

Suite à la perception de la menace, l'amygdale envoie un signal d'alarme à l'hypothalamus ce qui déclenche l'activation du sympathique et la libération de CRH (corticotropin-Releasing hormon).

Ces actions se poursuivent indépendamment l'une de l'autre.

Premièrement, l'activation du sympathique va successivement stimuler les glandes surrénales pour qu'elles libèrent de l'adrénaline et de la noradrénaline afin de mobiliser le corps au combat ou à la fuite. Ceci se traduit par l'accélération de la respiration et du rythme cardiaque afin de fournir plus d'oxygène au corps et par le retrait du sang de la périphérie pour l'envoyer dans les muscles afin d'obtenir une plus grande rapidité de mouvement.

Au même moment, dans l'autre système, la CRH stimule la glande pituitaire pour qu'elle libère de l'ACTH (hormone adrénocortico-tropique) qui va à son tour stimuler les glandes surrénales, cette fois pour libérer le cortisol.

Dès que l'incident traumatique est passé le cortisol va stopper la réaction d'alarme et la production d'adrénaline et noradrénaline, aidant le corps à retrouver son homéostasie.

Ce système est appelé l'axe HHS (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) « cf. figure 2 ».

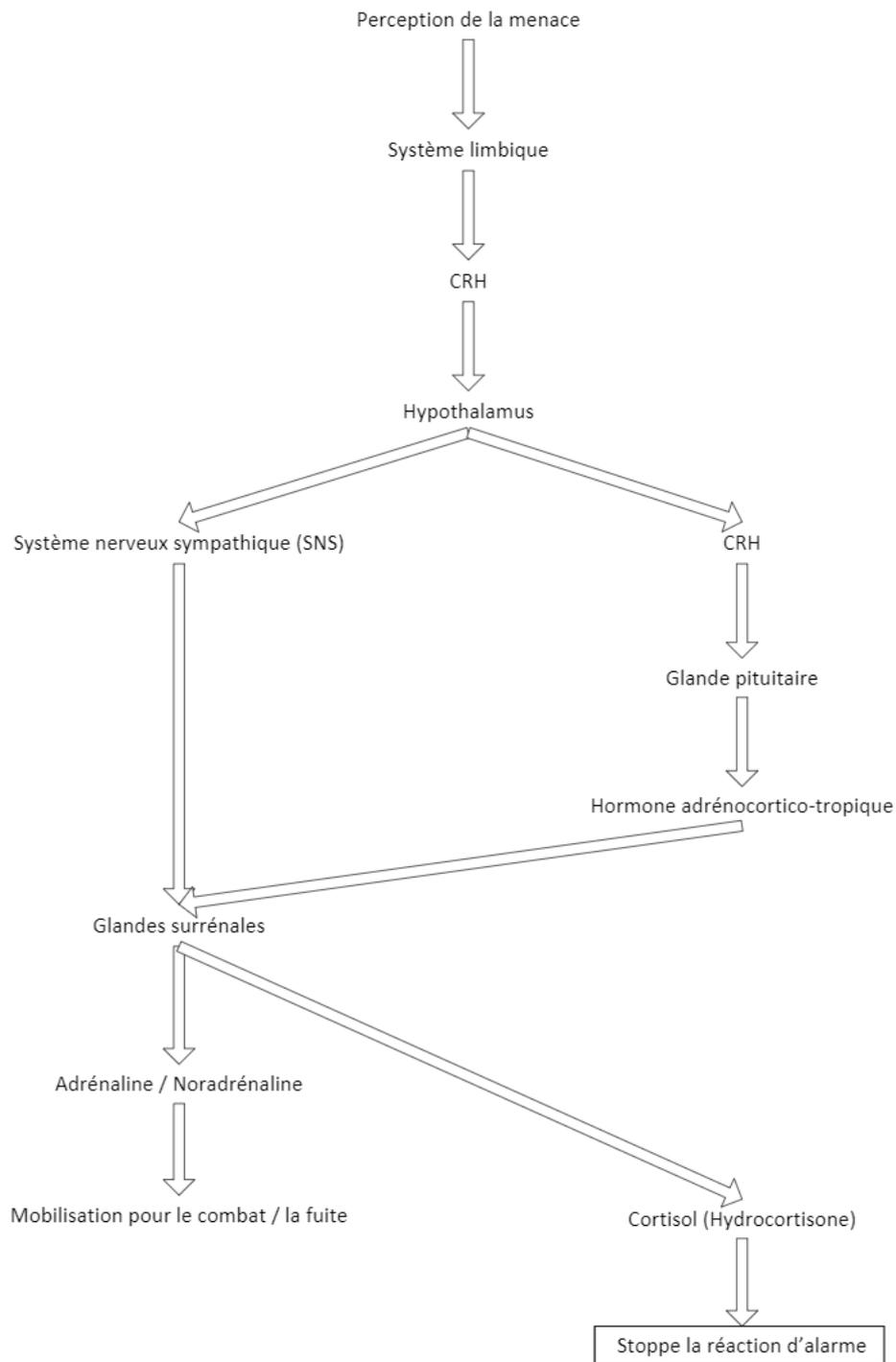


Figure 2 : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien : réponse normale à la menace ; Babette Rothschild, Le corps se souvient, Mémoire somatique et traitement du trauma, page 17

La raison pour laquelle il est important de connaître le fonctionnement de ce système dans le travail sur les traumatismes réside dans le fait que dans le cas du syndrome de stress post-traumatique, quelque chose se dérègle dans ce système.

Rachel Yehuda (1990) fut une des premières à découvrir que, dans les cas de ce syndrome, les glandes surrénales ne libèrent pas assez de cortisol pour stopper la réaction d'alarme «cf. figure 3 ».

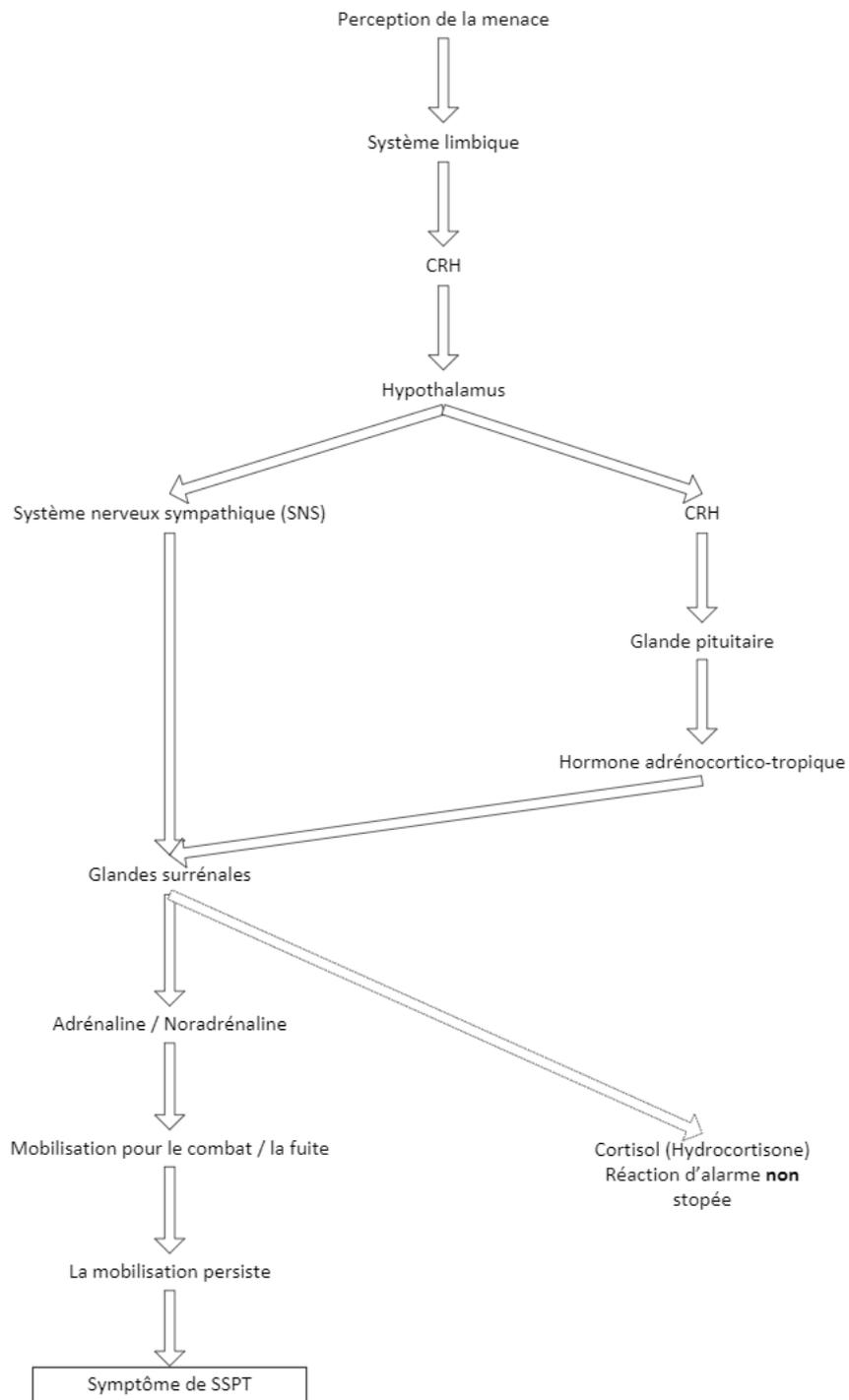


Figure 3 : Axe Hypothalamo-hypophysaire-surrénalien : réponse en cas de SSPT ; Babette Rothschild, Le corps se souvient, Mémoire somatique et traitement du trauma, page 18.

D'autres études ont démontrés que les personnes souffrant du syndrome de stress post-traumatique avaient des niveaux de cortisol plus bas que les témoins.

De ces études ressort la conclusion que la prolongation de la réaction d'alarme typique dans ce syndrome est due à une insuffisance de production de cortisol.

Ce système limbique continue donc à ordonner à l'hypothalamus d'activer le système nerveux végétatif, persistant à préparer le corps à la lutte ou à la fuite.

Cette activation chronique entraîne des symptômes physiques qui sont à la base de l'anxiété, de la panique, de la faiblesse, de l'épuisement, de la raideur des muscles, de problèmes de concentration, de troubles du sommeil, de troubles alimentaires, et de troubles digestifs.

1.4 Les conséquences du traumatisme

Les conséquences du traumatisme varient grandement en fonction de l'âge de la victime, de la nature du traumatisme, et du soutien perçu par la victime à la suite de celui-ci.

En général, les personnes atteintes d'un syndrome de stress post-traumatique souffrent d'une baisse de la qualité de vie à cause des symptômes intrusifs.

Elles peuvent vivre en alternance des périodes de suractivité et des périodes d'épuisement car leur corps souffre des effets de l'hyperstimulation traumatique du système nerveux végétatif.

Des rappels du traumatisme peuvent apparaître brusquement provoquant des attaques de panique. Elles deviennent craintives par rapport à leurs propres réactions.

1.5 Approche ostéopathe après une agression sexuelle

L'agression sexuelle comporte 2 types de traumatismes :

- Le traumatisme physique par la violence de l'acte. C'est une piste mécanique qui emprunte les voies fasciales (tissus de soutien et d'enveloppement comme les aponévroses), musculaires et éventuellement articulaires. Les membranes crâniennes se tendent puis se tordent sous l'effet de la tension et entraînent par adaptation des déséquilibres dans les fascias, désorganisent les chaînes musculaires et les lignes de gravité qui émergent du crâne, entraînant des désordres articulaires en bout de course.
- Le traumatisme psychique avec un impact neurovégétatif du stress qui sera une piste chimique, électrique et endocrinienne. Cette piste emprunte donc la voie de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Ces traumatismes ont des conséquences sur les composantes de la structure humaine (musculo-squelette-fasciale, neuro-végétatif et neuro-psychique).

Ainsi toute modification de la structure aura un effet sur la fonction. Cette modification entraînera une modification secondaire de la structure. De même qu'une modification de la fonction pour quelque cause agressive que ce soit entraînera une modification de la structure ayant à son tour des répercussions sur la fonction.

C'est le 2^{ème} principe de base de l'ostéopathie d'Andrew Taylor Still, affirmant les relations réciproques de la charpente du corps et du fonctionnement de l'individu. La structure gouverne la fonction. C'est par cette fonction perturbée qu'en découle le trouble fonctionnel (dysfonctionnement dans l'organisme).

Le 1^{er} des principes est l'unité du corps. C'est pour cela que chaque protocole est adapté pour une unique patiente qui possède sa propre histoire.

Le 3^{ème} principe est que l'ostéopathie est au service de l'homéostasie du corps par l'autorégulation, l'autodéfense et l'auto-guérison. L'ostéopathie supprime les barrages structurels aux voies de communications et laisse le corps puiser ses remèdes en lui-même.

Les 3 principes de base de l'ostéopathie peuvent justifier l'intérêt de l'aide que peut apporter l'ostéopathie aux victimes d'agressions sexuelles.

C'est une prise en charge globale et adaptée pour la patiente, où l'on rétablit la fonction en agissant sur la structure pour permettre au corps de retrouver son homéostasie.

2. Mise en place du protocole

2.1 Recrutement des patientes

Le recrutement des patientes victimes d'agression sexuelle est délicat.

Au début, le recrutement se faisait par prospectus décrivant le projet qui avaient été déposés au sein de pharmacie, cabinets médicaux.

Ensuite, je suis rentrée en tant que bénévole au sein de l'association internationale des victimes de l'inceste (AIVI) pour proposer l'aide ostéopathique à travers ce mémoire.

J'ai aussi été en contact avec la psychologue du commissariat d'Aix en Provence qui m'adresse des patientes quand elle pense que c'est judicieux.

C'est un sujet qui reste tout de même tabou, et donc une population difficile à approcher.

2.2 Critères d'inclusion des patientes

Les critères d'inclusions des patientes sont :

- Les femmes à partir de 18 ans.
- Victimes d'agression sexuelle comme le viol, les attouchements, l'inceste, et l'exhibitionnisme.

2.3 Prise en charge ostéopathique et psychologique

Le but de ce mémoire vise tout de même à montrer l'efficacité de l'ostéopathie pour les victimes d'agression sexuelle.

Cependant, je ne souhaitais pas prendre en charge des victimes sans leur proposer une aide psychologique si elles le souhaitaient.

Ainsi, les patientes avaient le choix de participer à ce projet avec ou sans suivi psychologique. La plupart des victimes consultent en première intention un psychologue ou psychiatre à la suite d'un tel traumatisme.

La prise en charge ostéopathique se déroulera sur 6 mois à raison d'une séance par mois.

La prise en charge psychologique débutera dans la semaine suivant la première séance ostéopathique avec deux séances par mois durant 3 mois.

A la fin du protocole psychologique, la psychologue et moi-même nous entretiendrons pour discuter de l'évolution de la patiente.

2.4 Etude de cas

Ce mémoire se réalisera sous forme d'une étude de cas.

Une étude de cas consiste à décrire le plus précisément possible le trouble dont souffre(nt) une ou plusieurs patientes, à instaurer le traitement ostéopathique et à suivre la ou les patientes en procédant régulièrement à une évaluation du trouble au moyen de critères préalablement définis.

3. Protocole psychologique

Céline David, psychologue va suivre les patientes qui le désirent.

Ce suivi se déroulera au sein de son cabinet, sur Venelles (13).

Elle propose une prise en charge sous forme de thérapie cognitive et comportementaliste sur une durée de 3 mois.

A la première séance, elle va évaluer le stress post-traumatique de la patiente par l'échelle PCLS et l'échelle de Beck qui évalue l'état de dépression.

A raison de deux séances par mois (pendant 3 mois), elle va accompagner les patientes.

A la fin de cette période, elle va réévaluer les patientes à l'aide des échelles de PCLS et de Beck.

4. Protocole ostéopathique

Les traitements ostéopathiques se dérouleront au sein du cabinet d'ostéopathie de Coralie Dedieu (Aix-en-Provence).

Les traitements ostéopathiques seront propres à chacune des patientes. Les traitements seront globaux et non définis.

Le traitement ostéopathique sera objectivé par un tableau répertoriant différentes manifestations cliniques non organiques.

Ces manifestations cliniques seront quantifiées par les patientes en début de chaque séance ostéopathique sur une échelle de 0 à 10.

		Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6
Manifestations cliniques digestives	Dyspepsie						
	Troubles transit						
	Eructions						
	Difficultés à digérer						
	Ballonnement						
	Brulure d'estomac						
Manifestations cliniques cardio-vasculaires	Sensation douleur thoracique						
	Sensation essoufflement						
Manifestations cliniques respiratoires	Sensation constriction						
	Blocage diaphragme						
Manifestations cliniques de la sphère ORL	Maux de tête						
	Acouphènes						
Manifestations cliniques génito-urinaire	Douleur mictionnelle aseptique						
	Algies pelviennes						
	Troubles de la libido						
	Vaginisme						
Manifestations psychiques	Dyspareunie						
	Anxiété						
	Angoisses						

	Perte/prise de poids						
	Troubles sommeil						
	Troubles mémoire concentration						
	Irritabilité, agressivité						
	Troubles appétit						
	Asthénie						
Manifestations cliniques ostéo-articulaires et musculaires	Douleurs articulaires						
Autres manifestations							

Figure 4 : Tableau des manifestations cliniques

Comme nous pouvons le voir, la dernière manifestation sera optionnelle et définie par la patiente, qui souhaite que l'on travaille dessus.

4.1 Première séance

Cette première séance débute par une prise de contact avec l'explication du déroulement du protocole, un recueil de données administratives, ainsi que les antécédents médicaux et chirurgicaux.

Ensuite, la patiente décrit l'agression sexuelle qui est un moment délicat et douloureux.

La patiente complète le tableau des manifestations cliniques en évaluant les troubles sur une échelle de 0 à 10.

Cette séance se poursuit par un protocole de tests globaux de la patiente.

Cette étape a été particulièrement sensible pour deux patientes. Pour Clara qui était dérangée par le fait que l'on puisse pratiquer l'écoute de son sacrum et pour Elisa, car il a fallu qu'elle fasse la description de son traumatisme (d'où le déclenchement de plusieurs grosses crises d'angoisse).

Personnellement, cette étape m'a permis d'être plus vigilante, plus délicate dans ma façon de me comporter avec les patientes. J'ai dû être à l'écoute, en même temps, de leurs émotions et de leur gestuelle. Rien ne doit être laissé au hasard.

4.1.1 Tests ostéopathiques

Les dysfonctions écrites sont celles qui étaient les plus importantes.

D'ailleurs, lors de cette première séance, j'ai compris l'intérêt essentiel de trier, par ordre de pertinence, les dysfonctions car elles sont nombreuses et importantes.

4.1.2 Correction ostéopathique

L'agression sexuelle est considérée comme un véritable traumatisme qui va engendrer certaines dysfonctions clés.

Selon les dysfonctions, la correction sera adaptée au cas par cas à chaque patiente.

4.2 De la deuxième séance à la quatrième séance

Ces séances débutent par une anamnèse qui évalue la séance précédente.

La patiente complète ainsi le tableau des manifestations cliniques.

Ensuite, la séance se poursuit par les tests et corrections adaptées.

4.3 Cinquième séance

Cette séance débute par une anamnèse qui évalue la séance précédente.

De nouveau, la patiente complète ainsi le tableau des manifestations cliniques.

Ensuite, vient le protocole de tests qui permet d'évaluer la tenue du traitement précédent ainsi qu'une correction adaptée à chaque patiente.

Pour tenir compte de la fragilité des patientes, l'intégration des tests du périnée n'a pu être réalisée qu'à partir de cette cinquième séance.

En effet, la confiance s'est construite progressivement au fil des séances bien que pour certaines patientes cela ait encore été délicat à cette étape du processus.

4.4 Sixième séance

Cette étape débute par l'anamnèse qui évalue la séance précédente.

Comme pour les précédentes séances, la patiente complète le tableau des manifestations cliniques.

Pour clôturer le protocole, la patiente répond à un ultime sondage (Annexe 3)

Tests ostéopathiques et recueil des données de cette dernière séance.

5. Résultats

Pour respecter l'anonymat, les prénoms des patientes sont fictifs.

5.1 Sarah

Sarah est une patiente de 48 ans.

Profession : Comptable en entreprise.

Protocole avec suivi psychologique.

5.1.1 Antécédents

1971 : chirurgie du canal artériel

1978 : accident de la voie publique

1979-1981 : Inceste de l'âge de ses 13 ans à ses 16 ans. L'agresseur est son oncle (le mari de la sœur de sa mère).

1993 : naissance de sa fille

2007 : extraction de trois dents de sagesse

2012 : conisation d'une tumeur du col de l'utérus

5.1.2 Description de son traumatisme

L'inceste est resté secret jusqu'en 2006. L'année des 13 ans de sa fille. C'est à ce moment-là qu'elle a pris la décision de casser le secret de son inceste et elle a engagé des démarches d'aide auprès d'associations pour entamer des poursuites contre son oncle. Malheureusement pour elle sa réaction était tardive et le glas de la prescription des 20 ans avait sonné. Au moment où nous avons commencés le protocole, elle était encore en procès contre son oncle.

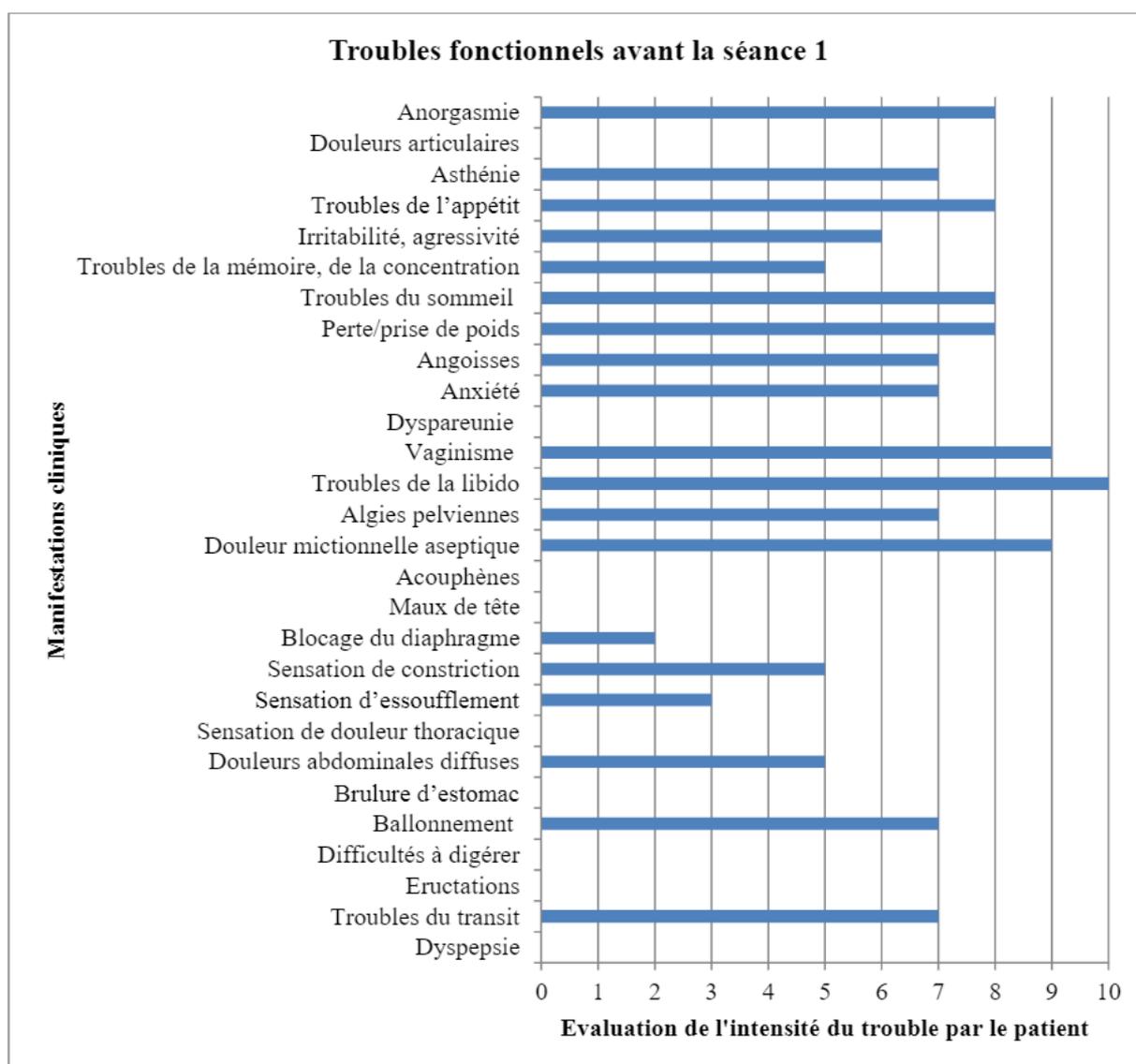
Ce traumatisme l'a détruite. Son oncle lui a volé quelque chose.

Sa famille, côté maternel, s'est détournée d'elle.

Sarah clame qu'elle est allergique aux hommes.

Elle n'a aucun plaisir lors de rapports sexuels. C'est ainsi qu'elle définira la manifestation optionnelle par l'anorgasmie.

5.1.3 Première séance



Sarah se plaint de constipations avec 2 selles par semaine.

Durant le procès, il y a eu une douleur mictionnelle aseptique qui l'obligea à aller aux urgences, sans cause apparent. Hors tableau, en même temps il y avait eu une poussée d'eczéma.

Sachant que Sarah est actuellement célibataire, elle n'a pas la possibilité d'avoir des relations intimes pour pouvoir évaluer les troubles de la libido, le vaginisme ainsi que son anorgasmie. Ce sont des manifestations qui lui posaient quand même problème lorsqu'elle était en couple.

Elle est boulimique avec un besoin incessant de se remplir, ainsi que de la potomanie.

Elle fait des insomnies vers 3H du matin avec une grande énergie, ou elle fait du grand ménage.

Sentiment de colère, elle est très remontée contre son oncle. Très irritable, se sent explosive.

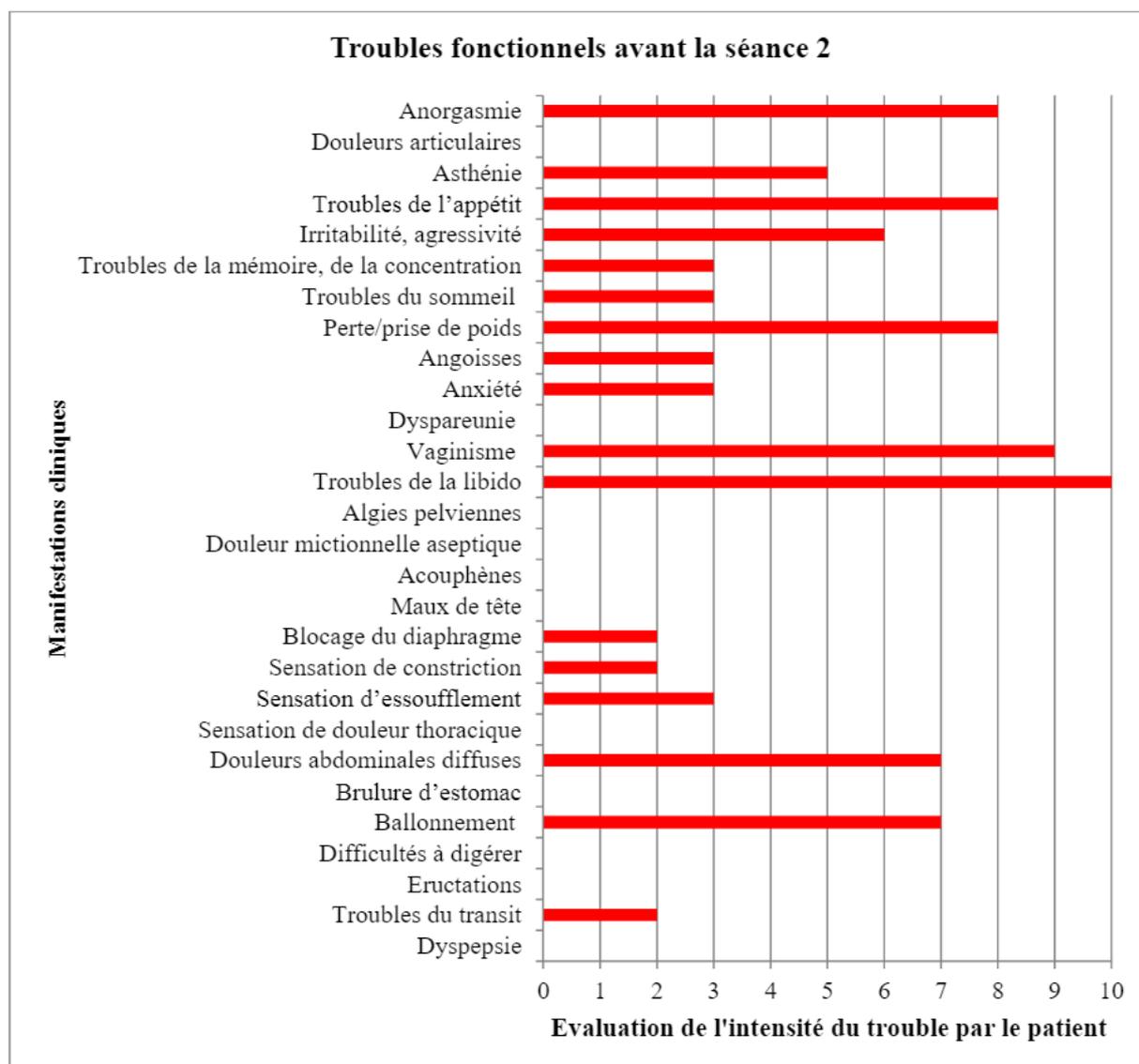
La perte de poids est une manifestation qui la gêne beaucoup, elle suit un régime draconien pour y remédier.

Test et corrections :

- Inflexion gauche du sacrum.
- Rotation postérieure d'iliaque droit.
- Coupole gauche basse avec un pilier droit.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de side-bending-rotation gauche, strain latéral droit à axe non respecté, rythme très lent et diminué en amplitude.
- Membrane de tension réciproque, composante longitudinale antérieure droite, postérieure droite, composante transversale droite.
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacré.

5.1.4 Deuxième séance

Deux jours avant la séance, Sarah s'est accidentellement tapée la tête sur une rambarde d'escalier au niveau du malaire gauche, hématome.



Elle se sent moins constipée, 4 selles dans la semaine.

Lors du procès, elle est restée sans émotions face à son oncle ce qui était différent des fois précédentes.

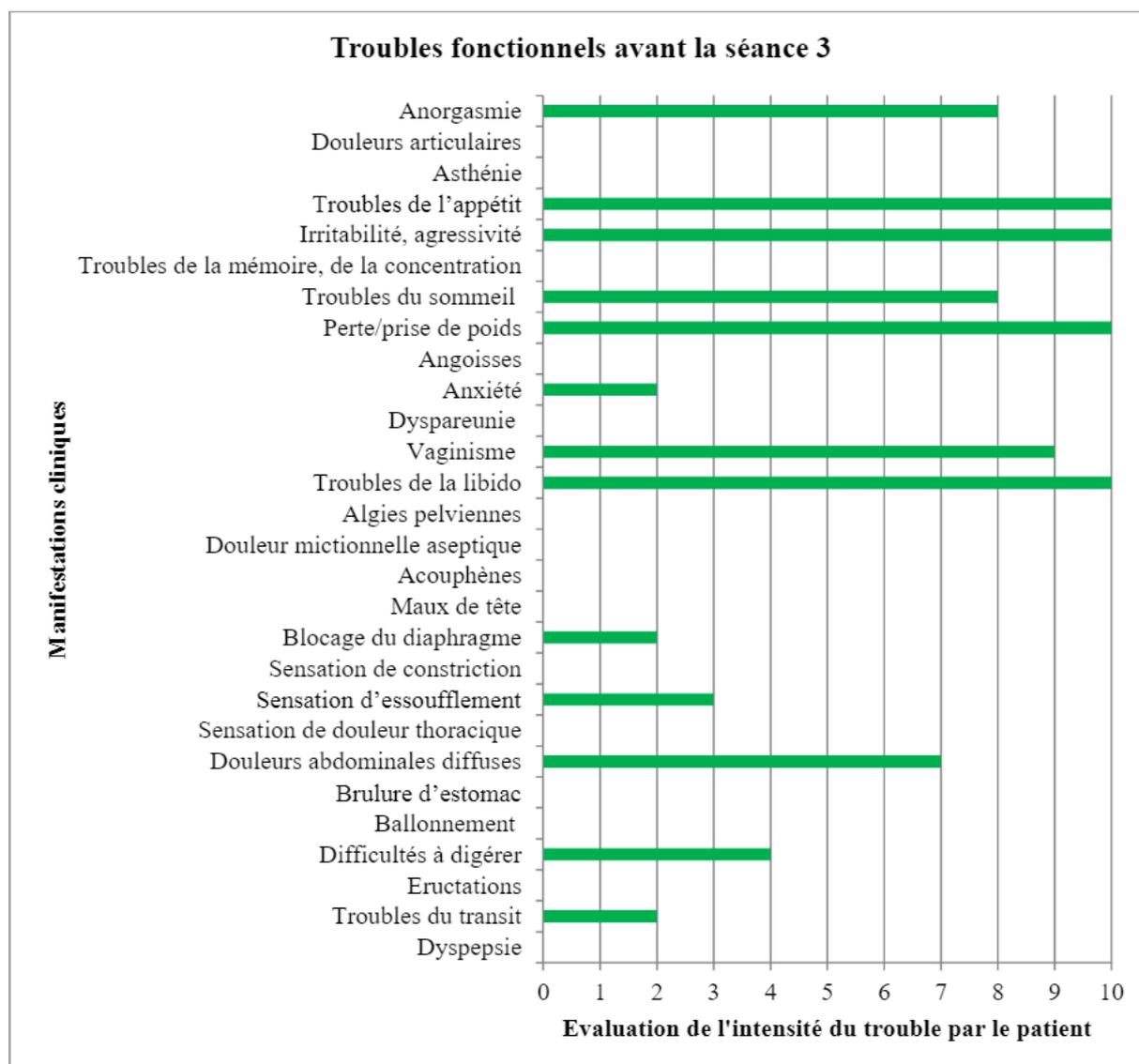
Tests et corrections :

- Coupole gauche basse, pilier droit
- Rein droit
- Psoas droit
- Motilité plèvre viscérale du poumon gauche
- Mobilisation de la plèvre pariétale par rapport à la plèvre viscérale du poumon gauche

- Plèvre médiastinale du poumon gauche
- Ligaments vertébro-pleuraux, vertébro-péricardiques, suspenseurs du dôme gauche
- Lamé thyro-péricardique
- Décompression synchondrose sphéno-occipitale
- Torsion gauche synchondrose sphéno-occipitale + malaire gauche
- C5

5.1.5 Troisième séance

Lors de cette troisième séance, Sarah venait d'apprendre qu'elle avait perdu le procès contre son oncle.



Cet échec au procès a eu une répercussion négative sur son corps.

Depuis la réponse négative du procès, crise de boulimie, avec le besoin de se remplir. Une alimentation pas variée avec certains repas faits exclusivement de glace et de pâte à tartiner.

Par contre, elle ne s'est pas sentie ballonnée, mais avec des douleurs abdominales sus-mésocoliques.

Elle a dû prendre du Lexomil* pour dormir, car son sommeil s'était dégradé. Par contre, elle ne se sent plus fatiguée.

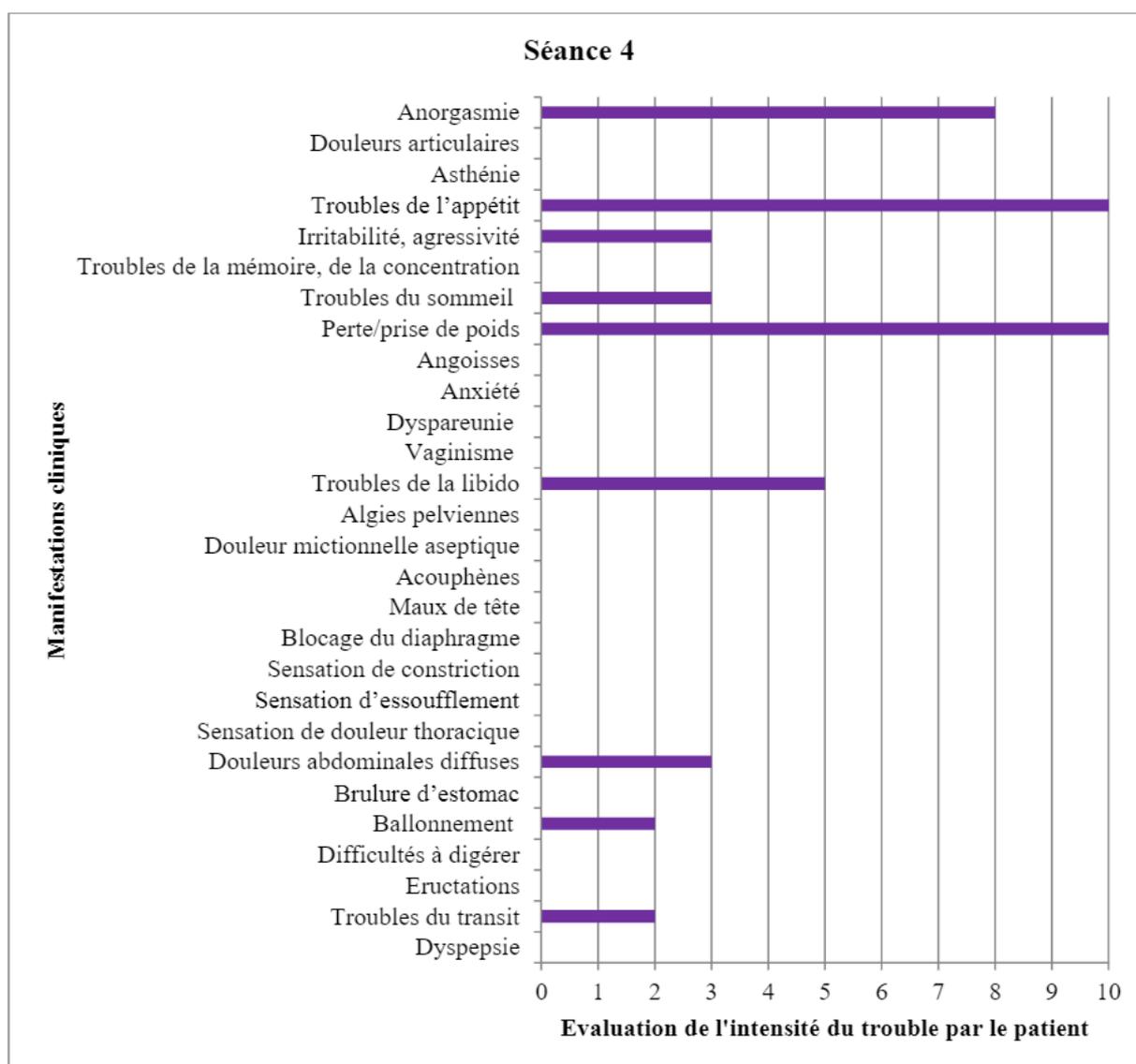
Tests et corrections :

Lors de la deuxième séance, le rein droit avait été corrigé, cependant, lors de cette troisième séance, c'est le rein gauche qui était en dysfonction.

Du fait du procès, il se trouve que la synchronisation du crâne-sacrum était ralentie alors qu'à la deuxième séance il y avait un mieux par rapport à la première séance.

- Rein gauche bas.
- Duodénum.
- Petit épiploon/plexus solaire.
- Estomac.
- D1.
- D7.
- Synchronisation crâne-sacrum.

5.1.6 Quatrième séance



Le protocole psychologique est terminé à ce stade.

Sarah se sent mieux.

Sarah a rencontré quelqu'un, un homme marié. Elle dit l'avoir utilisé pour se réadapter à sa vie de femme. Elle a pu constater qu'elle avait des envies. Elle n'a pas eu de douleurs lors de la pénétration. Avant, la pénétration n'était pas agréable pour Sarah, aujourd'hui cela ne la gêne plus. Elle n'a pas d'orgasme, mais ne trouve cela pas désagréable.

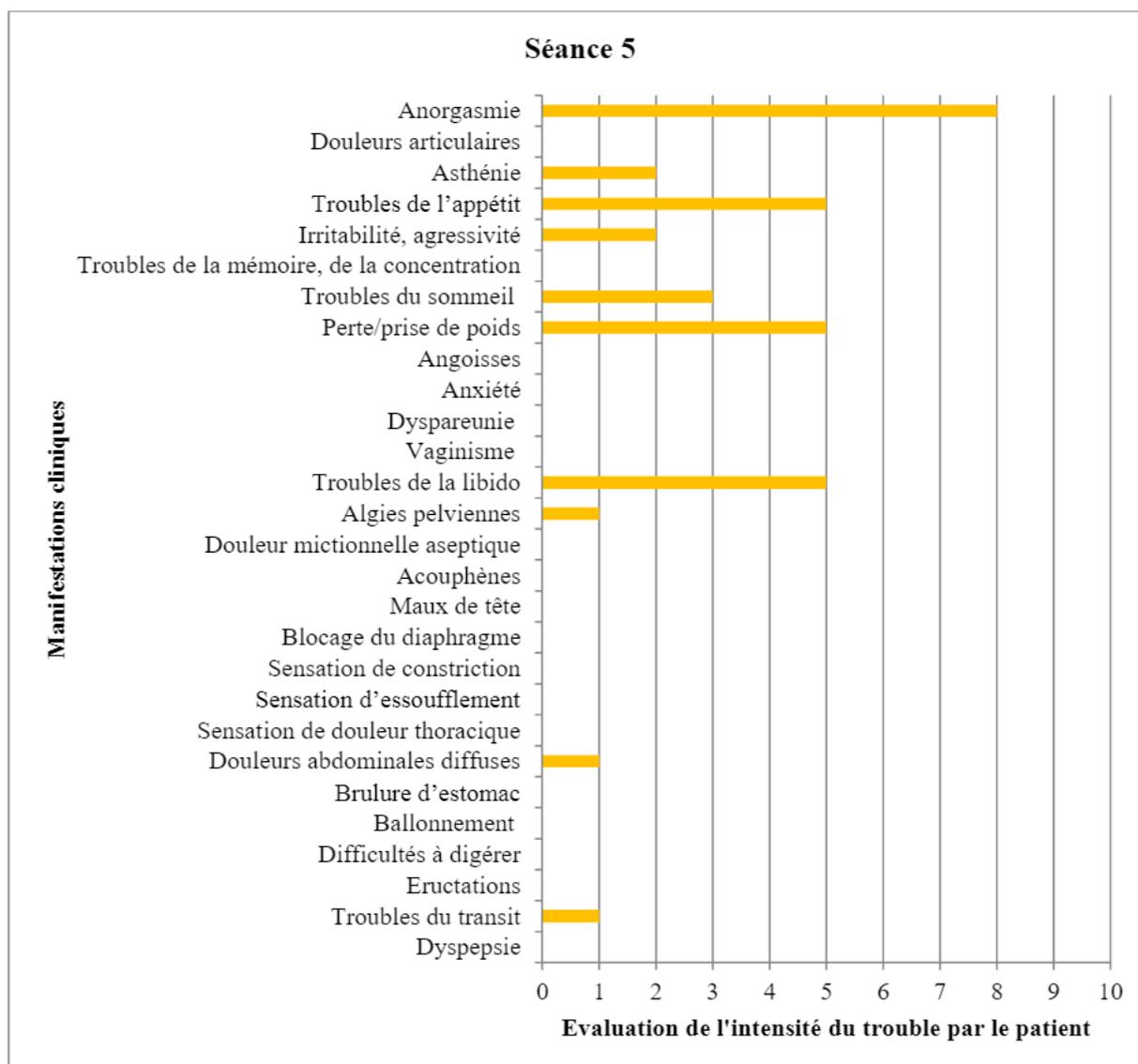
Tests et corrections :

Pour la correction, il a fallu réinformer la synchondrose sphéno-occipitale, ensuite l'axe de cette quatrième séance s'est fait autour du petit bassin.

- Pompage cervical
- Ouverture des trous de la base
- Décompression synchondrose sphéno-occipitale

- Fascia iliaca
- Manœuvre de Cathie bilatérale
- Ligament large droit
- Ligament vésico-utérin
- Lamé sacro-recto-génito-vésico-pubienne droite
- Soulèvement de la vessie

5.1.7 Cinquième séance



Sarah a eu quelques douleurs dans le petit bassin (utérus/vessie) suite à la dernière séance, ce qui peut être expliqué par le traitement de cette dernière séance.

Sarah a commencé une prise en charge par un hypnothérapeute pour travailler ses crises de boulimie. La première séance date de 10 jours. Elle suit tout de même en parallèle un régime draconien.

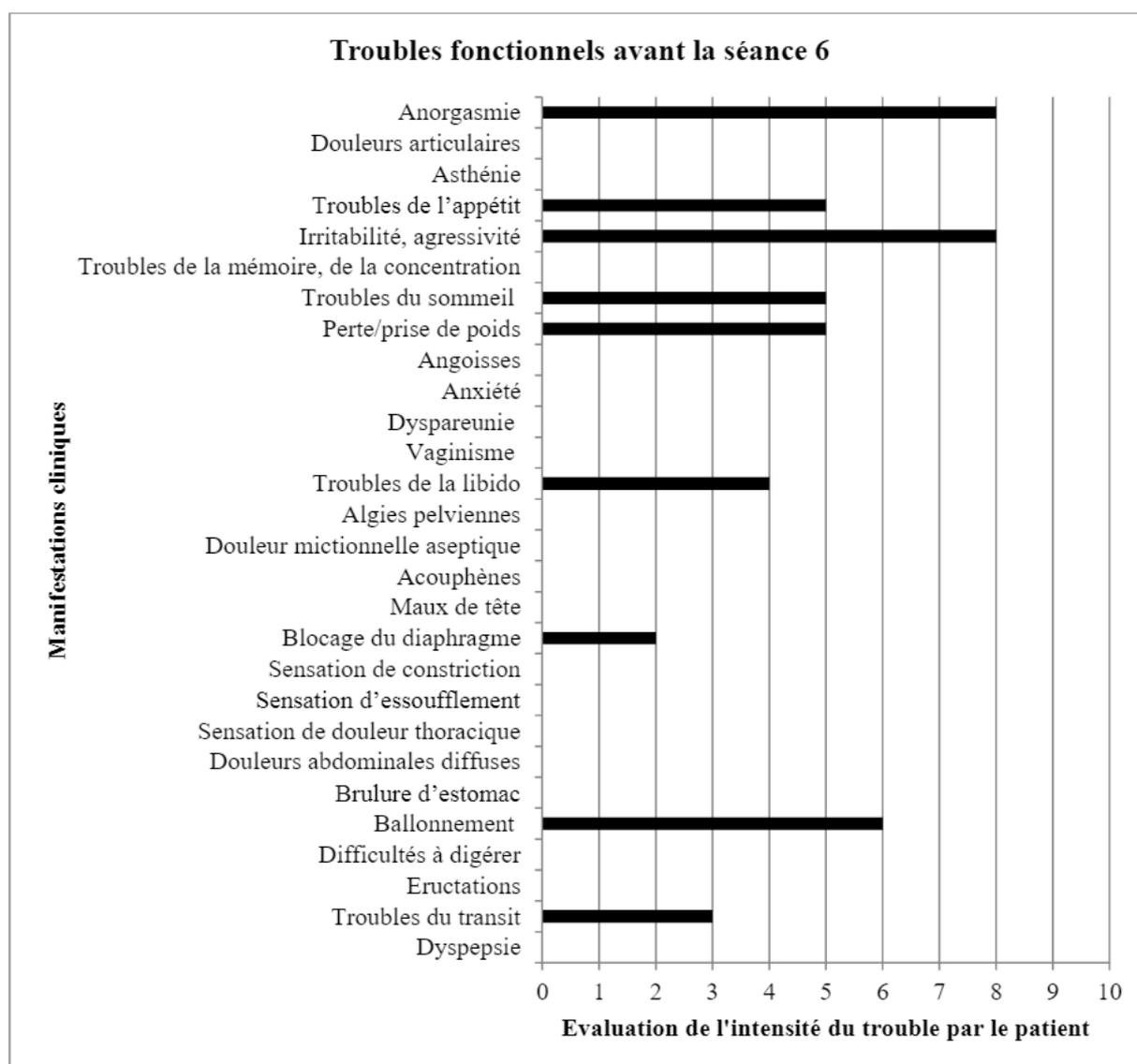
Tests et corrections :

Durant cette cinquième séance, le test du plancher pelvien s'est rajouté.

- Noyau fibreux central restriction vers la droite
- Cadran post du plancher pelvien restriction vers la droite
- Canal d'Alcock droit
- Petit épiploon/plexus
- Technique hernie hiatale estomac/œsophage

- Vessie/utérus
- Colon sigmoïde
- Trou déchiré postérieur droit
- Synchronisation crâne sacrum

5.1.8 Sixième séance



Ce mois-ci, il y a eu des contrariétés avec son amant. Il lui dit qu'il quitterait sa femme pour elle, mais il ne le fait pas, ce qui l'exaspère. Pour lui faire comprendre, alors qu'elle était en vacances sans nouvelles, elle a envoyé une carte postale sans enveloppe à son domicile, en espérant que ce soit sa femme qui la lise. A ce moment-là, il ne s'est plus manifesté.

Cet évènement, qui se rajoute au reste, lui fait perdre goût à la vie. Elle dit être « fatiguée par ces situations », elle a le sentiment de subir la vie. Enorme colère qui réveille cette rancune envers les hommes.

Elle est partie une semaine en vacances, où elle ne s'est plus tenue à son régime.

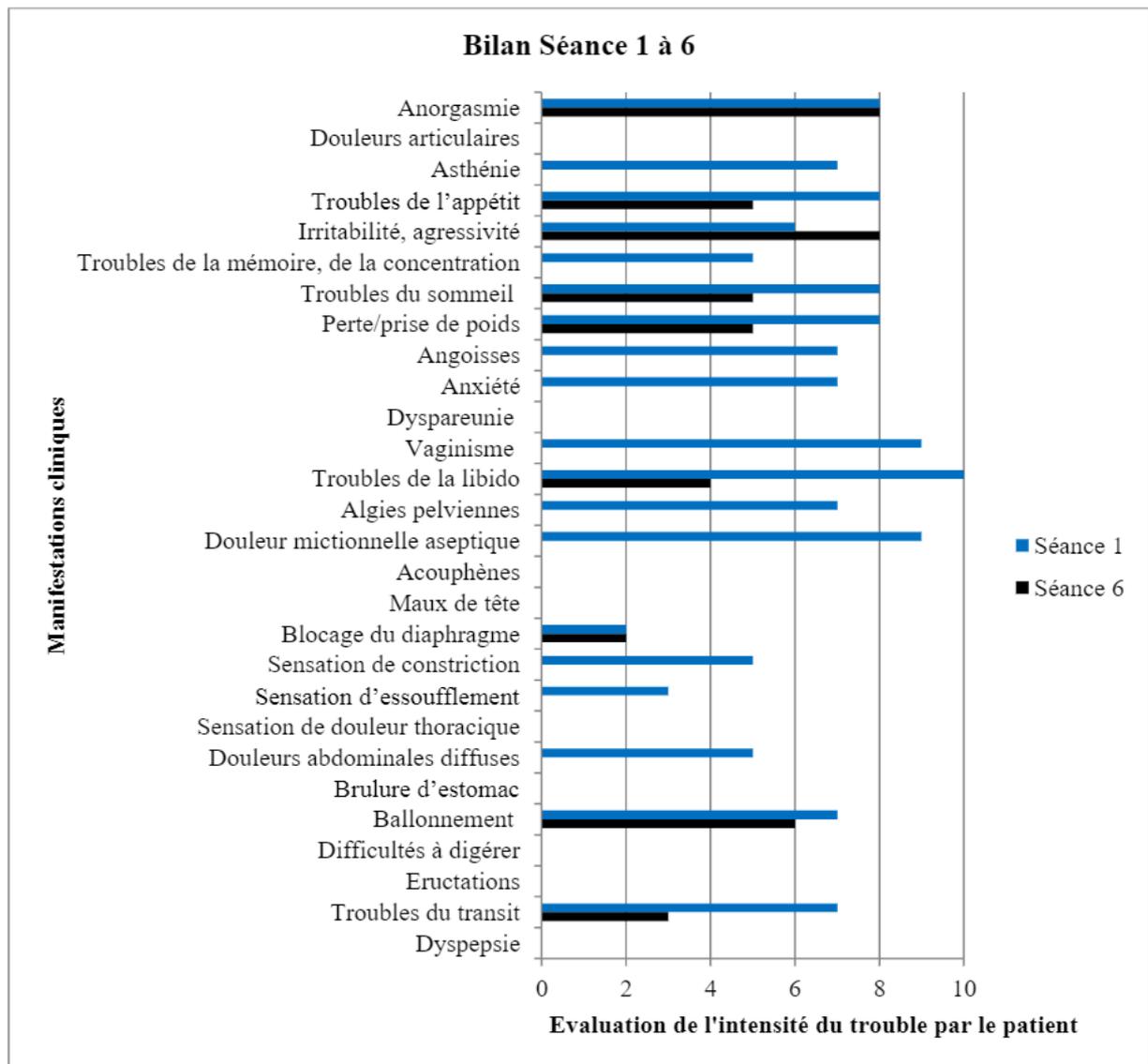
Depuis son retour de vacances, elle est constipée.

Il y a du désir dans sa tête, mais cela reste virtuel. Dès qu'il y a contact de peau contre peau, un blocage se réamorçe.

Tests finaux :

- C6
- D3
- L2
- L5
- Dôme pleural droit
- Temporal droit
- Maxillaire droit

Bilan Séances 1 à 6 :



5.1.9 Résultats du protocole psychologique

Sarah a également été suivie en thérapie cognitive et comportementaliste par Céline David durant trois mois.

Cette thérapie s'est terminée entre la troisième et la quatrième séance d'ostéopathie.

A la première séance l'échelle de l'état de stress post-traumatique (PCLS) était de 62 points, l'échelle de Beck (BDI) était de 1 point.

Au bout de trois de traitement pluridisciplinaire, l'échelle de PCLS est descendue à 31 points et l'échelle BDI était à 0 point.

Sur l'échelle PCLS, Sarah a diminué de 31 points ce qui est tout à fait significatif.

Pour l'échelle de Beck, à la fin du protocole, Sarah était à 0 point.

On peut en déduire, que la prise en charge pluridisciplinaire chez Sarah a amélioré son état et a stoppé l'aggravation de sa dépression sur cette période.

Avec Céline David, nous avons pu suivre l'évolution de Sarah chacune de notre côté. Par les tests psychologiques et par les tests ostéopathiques, il y a eu un effet positif sur Sarah.

Concrètement, il est difficile de savoir quelle thérapie a été plus efficace que l'autre.

A l'arrêt du suivi psychologique, les séances d'ostéopathies ont encore eu un bon impact sur Sarah.

5.1.10 Sondage

Sondage réalisé à la sixième séance.

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquez votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« Du bien être lors des séances et des jours qui ont suivis les séances. Une libération des tensions, une libération dans le mental. Une facilité au lâcher-prise des problèmes ».

Combiné au suivi psychologique, qu'est-ce que l'ostéopathie vous a apporté en plus ?

« La possibilité de pouvoir parler de mes ressentis avec une personne qui a une qualification psychologique, parler des choses que l'ostéopathe a fait parfois ressentir lors des séances ».

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« Pour l'aide qu'elle apporte dans la reprise en confiance en soi, pour l'apprentissage et la reprise de conscience de son corps et de ses peurs ».

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

5.2 Jessica

Jessica est une patiente de 25 ans.

Elle est sans emploi.

Protocole sans suivi psychologique.

5.2.1 Antécédents

1993 : chute dans les escaliers.

1995 : entorses de la cheville gauche entraînant une laxité ligamentaire et des douleurs.

1999 : fracture en motte de beurre du poignet gauche.

2000 : entorse cervicale.

2001 : accident de la voie publique sans séquelles.

2002 : épanchement de synovie du genou gauche.

2004 : viol collectif par trois camarades du collègue. Elle avait 15 ans.

2008 : traitement au LASER d'un condylome du col de l'utérus.

5.2.2 Description de son traumatisme

Suite au viol, Jessica a été déscolarisée et a engagé des poursuites judiciaires.

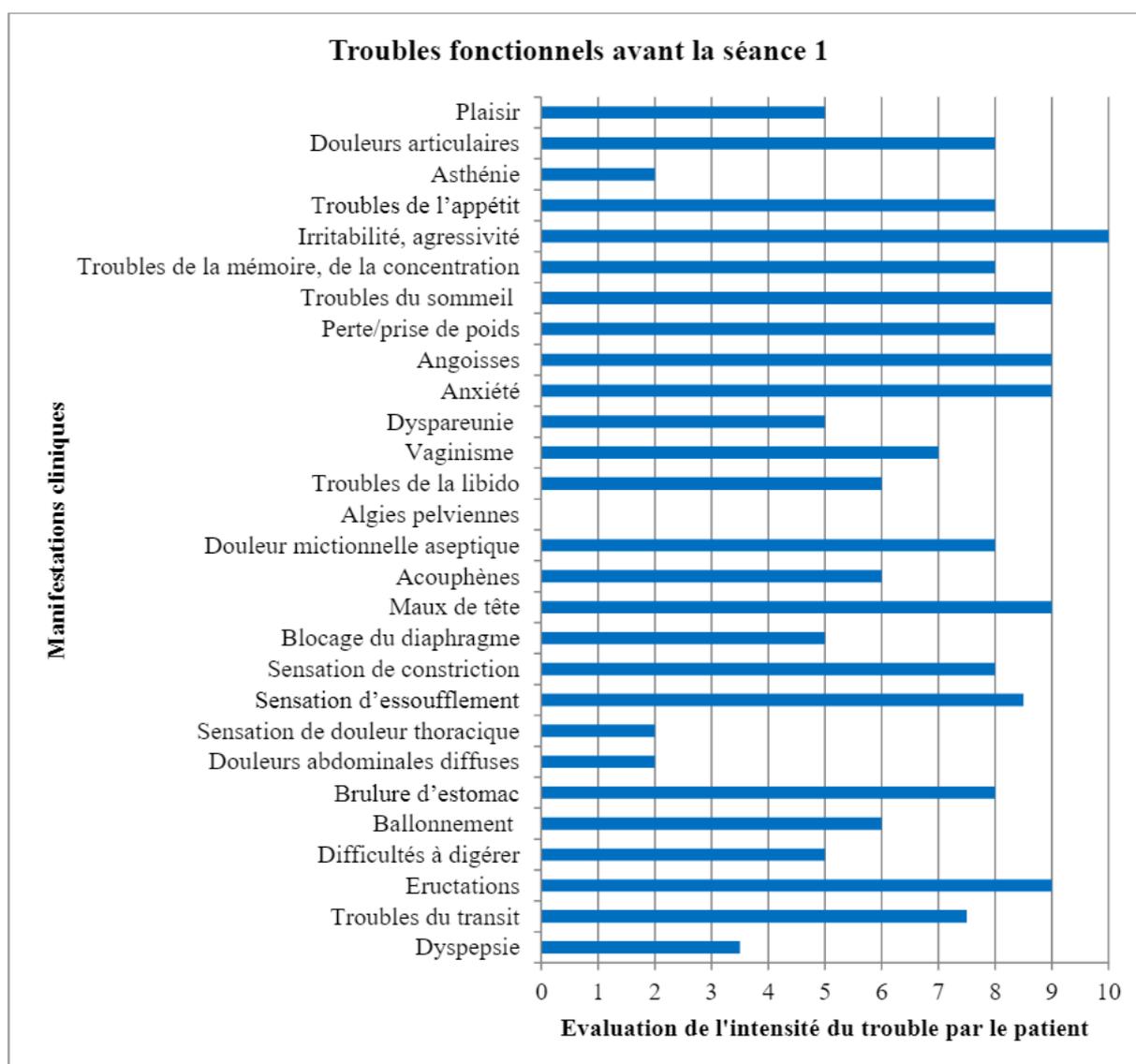
Huit années de procès et de douleurs qui n'ont pas suffi à punir équitablement les agresseurs selon Jessica.

Durant ces années, elle a subi d'autres violences sexuelles. Elle en a déduit qu'elle les attirait ! Elle se sent coupable de ce qui lui arrive.

L'angoisse et l'anxiété sont les troubles les plus pertinents à ce traumatisme.

La manifestation optionnelle décrite par Jessica sera le fait de ne pas avoir de plaisir.

5.2.3 Première séance



Jessica se plaint de dyspepsie selon certains éléments déclencheurs (stress).

Toutes les semaines, plusieurs migraines au niveau de l'hémi-frontal droit accompagné de nausées et vertiges.

Elle a énormément de difficulté à s'endormir et ne dort seulement que 4H par nuit.

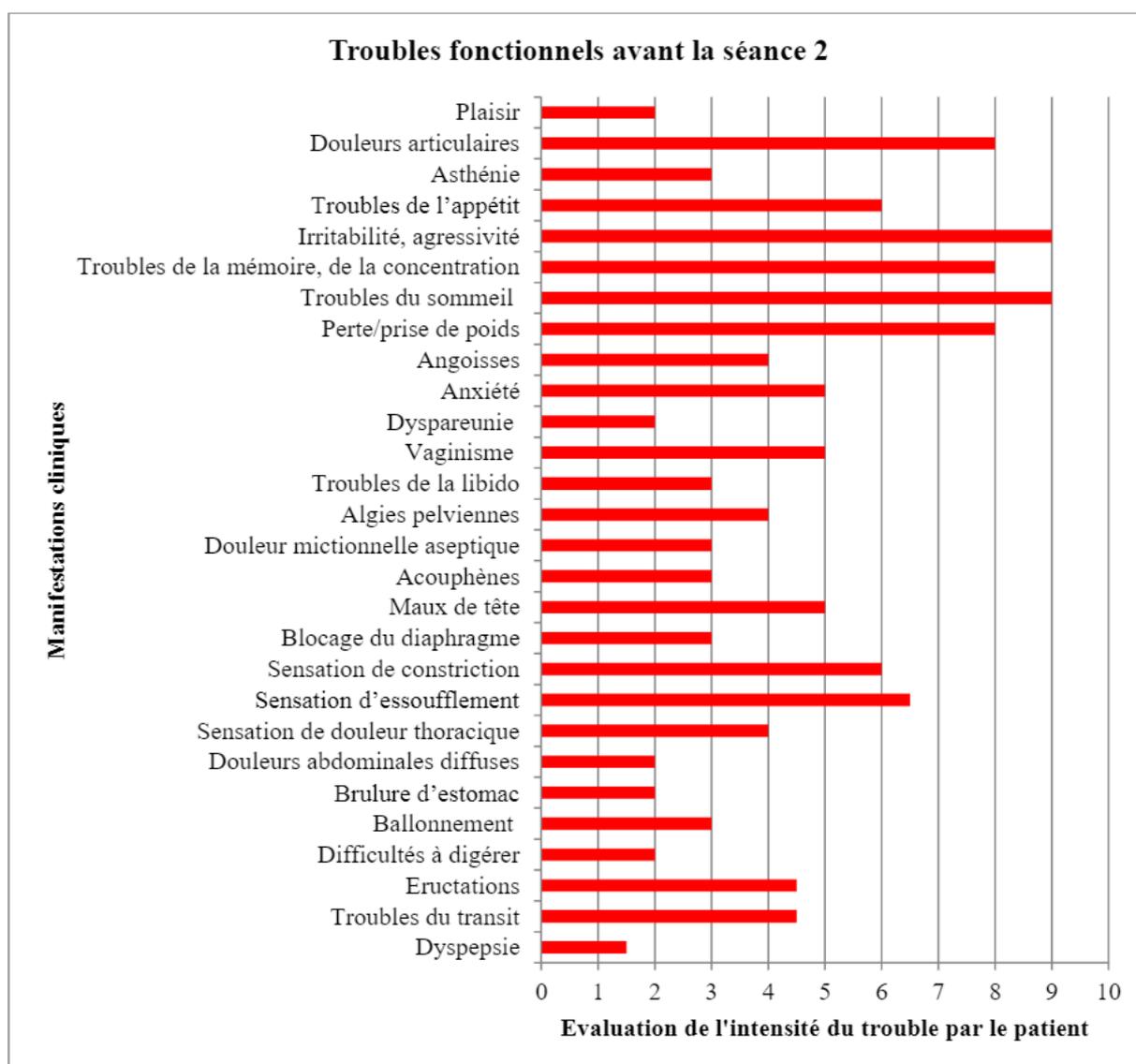
Elle a de nombreuses douleurs articulaires, aux coudes, cervicales et genou gauche.

Tests et corrections :

- Inflexion gauche du sacrum
- Rotation antérieure de l'iliaque gauche
- Coupole gauche basse avec un pilier droit.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de side-bending-rotation droite, strain latéral gauche à axe non respecté.

- Membrane de tension réciproque, composante longitudinale antérieure droite, postérieure gauche, composante transversale droite.
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacré.

5.2.4 Deuxième séance



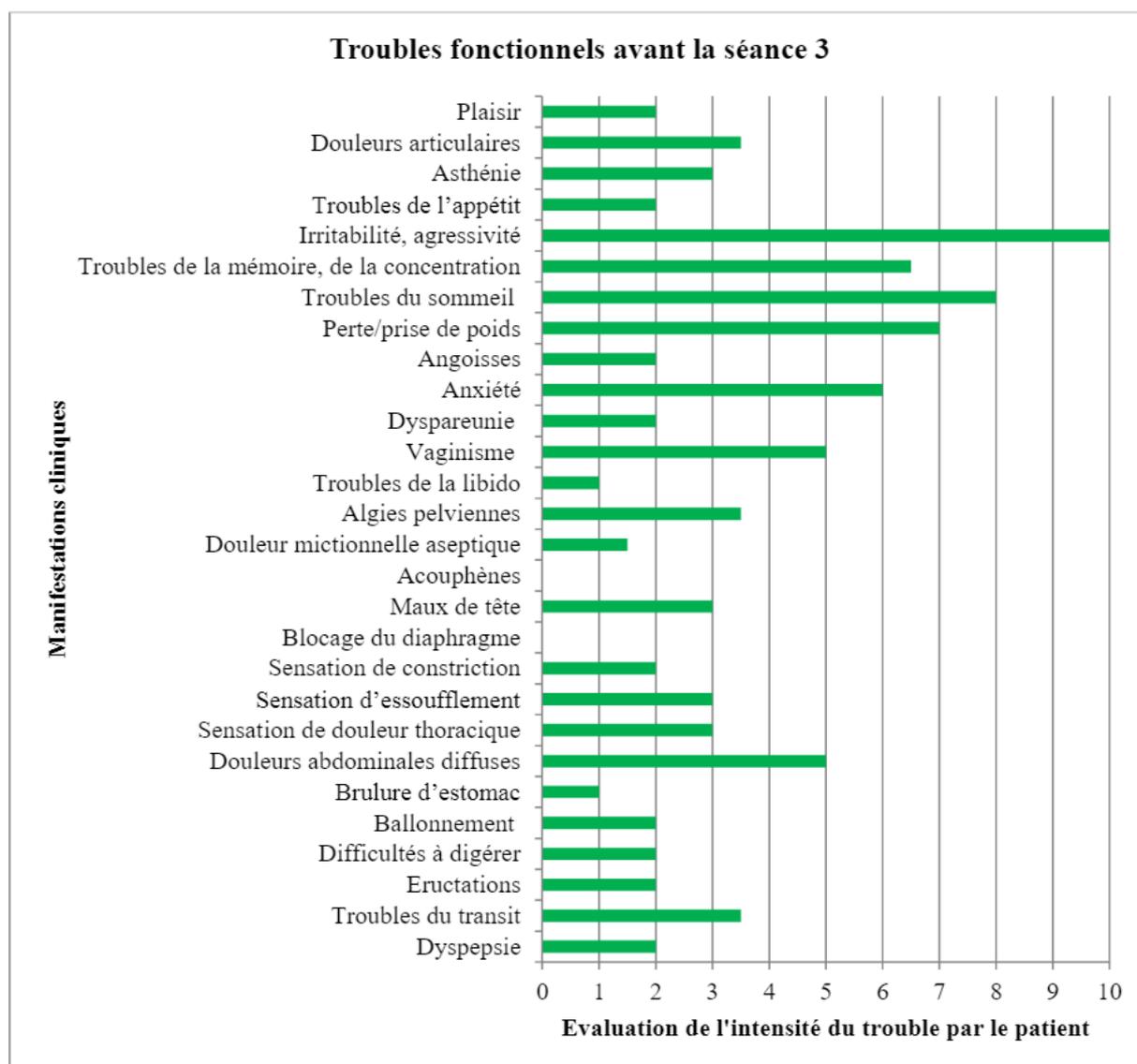
Gonalgie gauche avec impotence fonctionnelle descendant jusqu'au niveau de la cheville gauche avec toujours les dorsalgies, et cervicalgies.

Tests et corrections :

- Talus gauche antérieur
- Tibio-fibulaire supérieure gauche antéro-externe
- Fémoro-tibiale gauche en rotation interne
- Membrane interosseuse du membre inférieur gauche
- Rotation antérieure iliaque gauche
- D5
- Equilibration du sternum
- Synchronisation crâne sacrum

5.2.5 Troisième séance

Durant ce mois-ci, il y a eu des conflits avec son petit-copain.



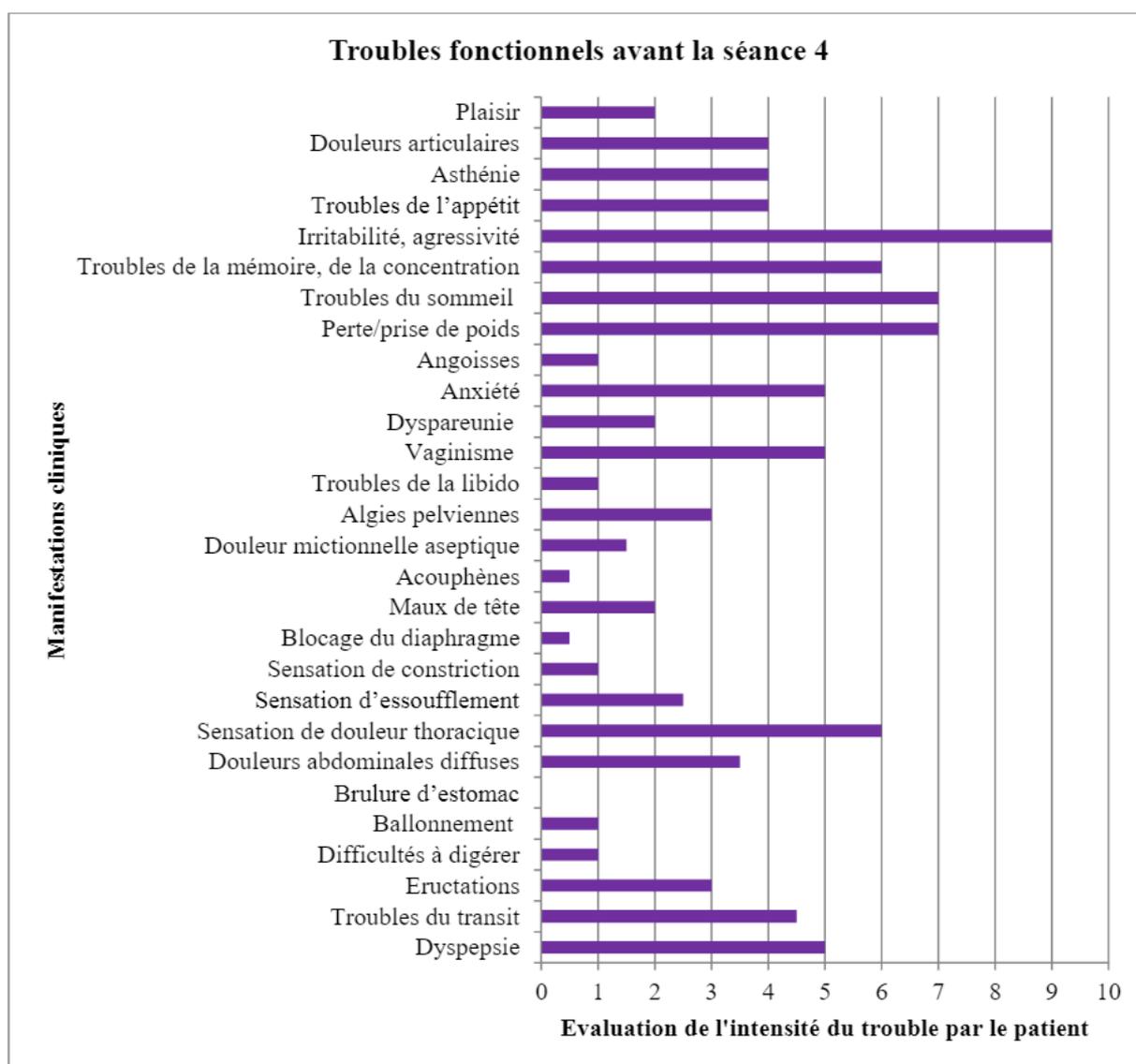
A cause des conflits avec son copain, l'anxiété et l'irritabilité augmentent.

Depuis la dernière séance, diminution des douleurs au niveau du genou gauche.

Tests et corrections :

- Coupole gauche basse, pilier droit
- Duodénum
- Foie petit épiploon
- Intestin grêle entéroptose
- Colon
- Décompression L5S1
- D10 et L3

5.2.6 Quatrième séance



Problème à déglutir, brûlure, avec mécanisme de vomir alors qu'elle est émétophobe.

Douleurs au poignet gauche, coudes, et des cervicalgies.

Tests et corrections :

- Pompage cervical
- C0-C1
- Duodénum
- Œsophage/estomac (hernie hiatale)
- Petit épiploon/plexus solaire
- D6
- Lunatum gauche postérieur
- Membrane interosseuse de l'avant-bras gauche

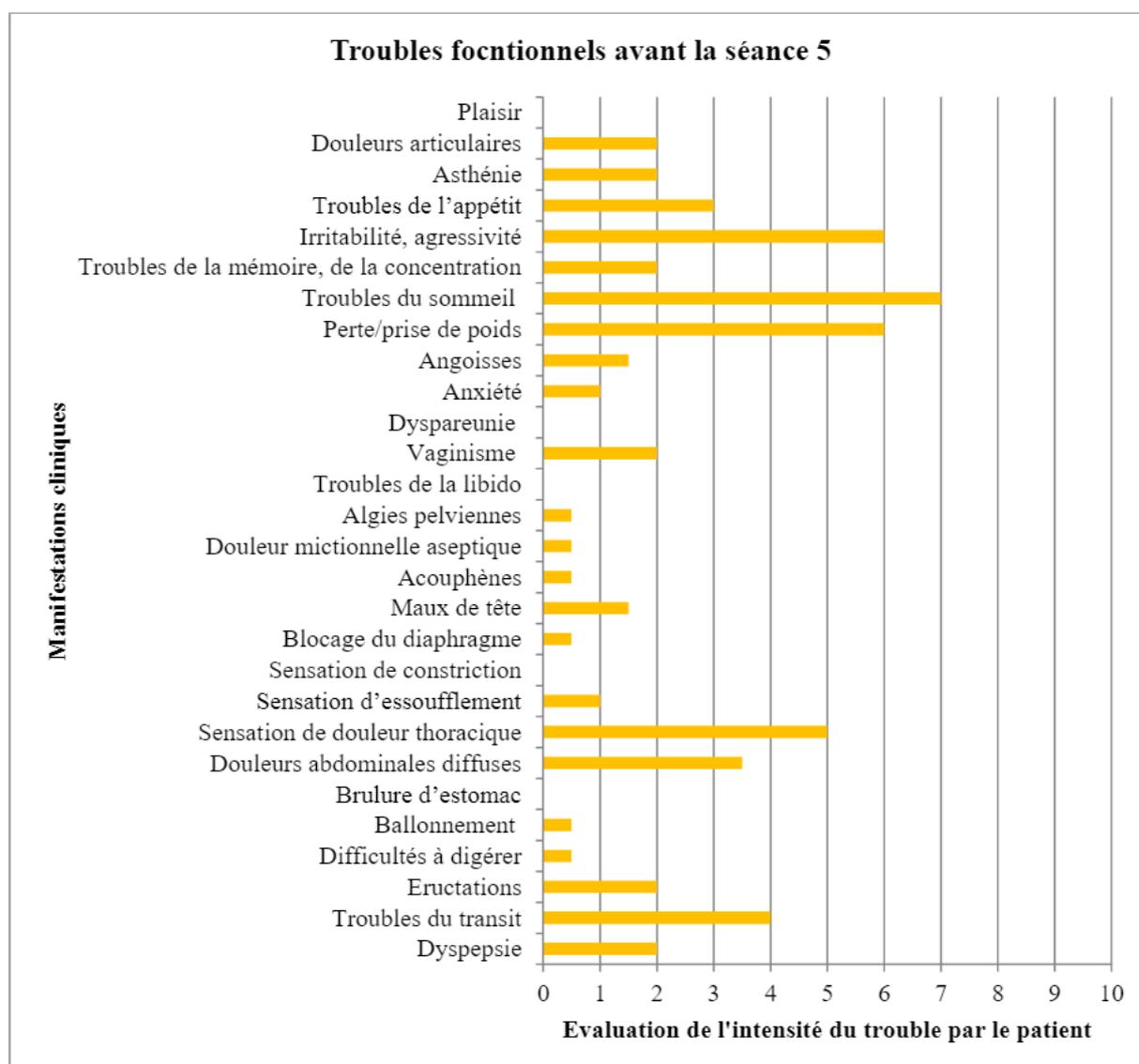
5.2.7 Cinquième séance

En Juillet, Jessica a commencé une nouvelle activité professionnelle. Ce fut très difficile pour elle physiquement ce qui mettra un terme à son contrat de travail.

En vue de ces circonstances, elle a pris quelques semaines de repos chez son père ce qui empêchera de faire la cinquième séance au bout d'un mois. La cinquième séance aura lieu deux mois après la quatrième séance.

Malgré tout le moral est bon.

Deux semaines après le retour chez elle, elle aura une alimentation exclusivement à la semoule car elle ne trouvera pas l'envie d'aller faire des courses. Ce qui entrainera des carences avec des crises d'hypoglycémie ainsi que des crises d'angoisses provoquées par la peur de tomber (malaise) ou de vomir.



Légère difficulté à digérer malgré son alimentation exclusive à la semoule, de même pour les ballonnements.

Prise de rendez-vous chez l'ophtalmologue, découverte d'astigmatisme de l'œil droit. Le port de lunettes améliore les migraines.

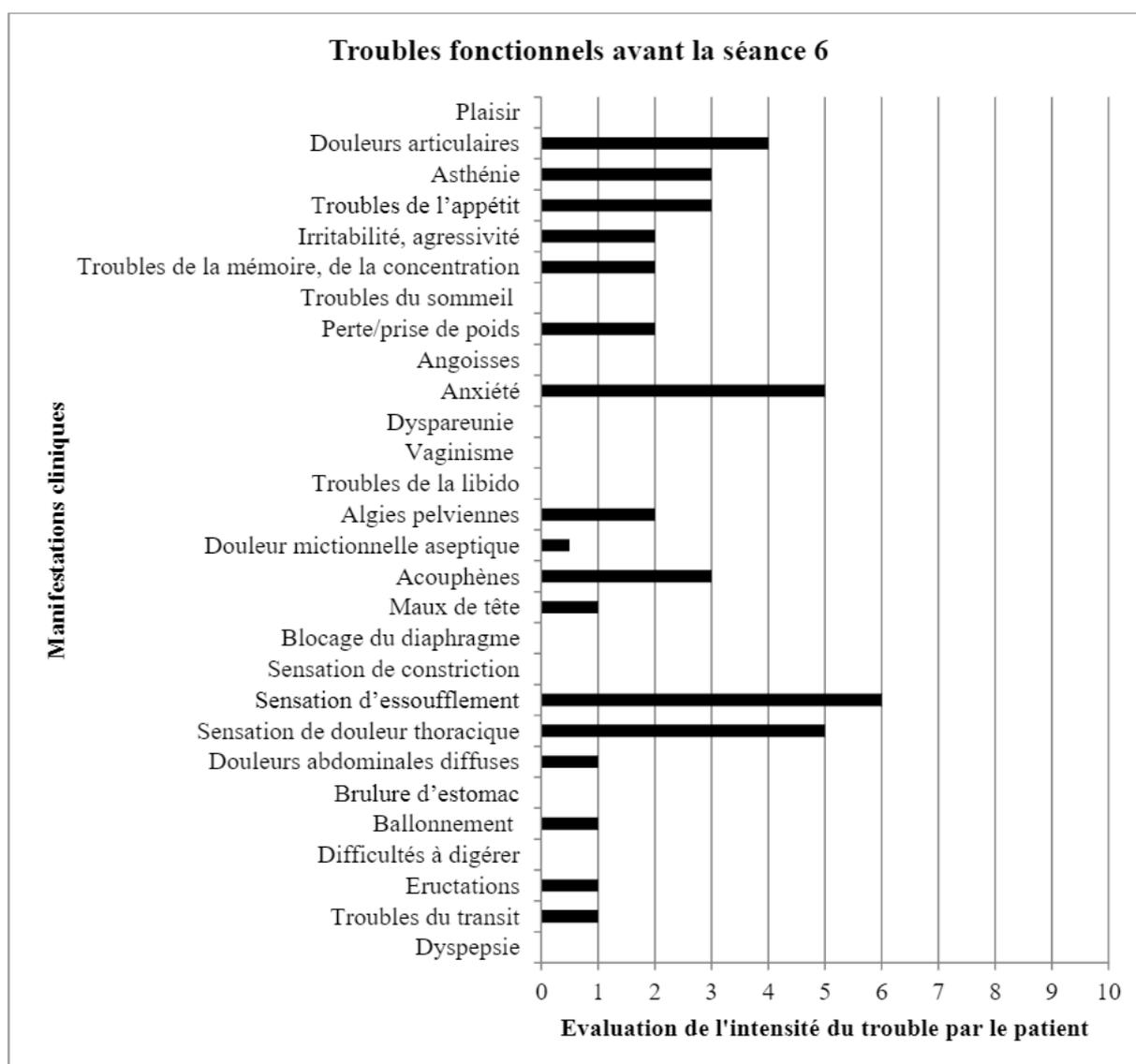
Réagit de manière plus posée, elle est moins irritable, gagne en sagesse dit-elle.

Elle a moins de douleurs au poignet gauche, ainsi qu'aux dorsales et cervicales, mais des douleurs à la cheville gauche.

Tests et corrections :

- Protocole de base du bassin en réflexologie
- Plancher pelvien hypertonique
- Noyau fibreux central en mobilité
- Noyau fibreux central en restriction postérieur et gauche
- Canal d'Alcock droit
- Sphincter d'Oddi + valvule iléo-caecale
- Sidération du tendon calcanéen gauche + membrane interosseuse du membre inférieur gauche

5.2.8 Sixième séance



Se sent plus essoufflée à cause du stress de sa nouvelle formation, à l'approche des examens.

L'anxiété est remontée à cause de ses cours et de quelques conflits avec son copain.

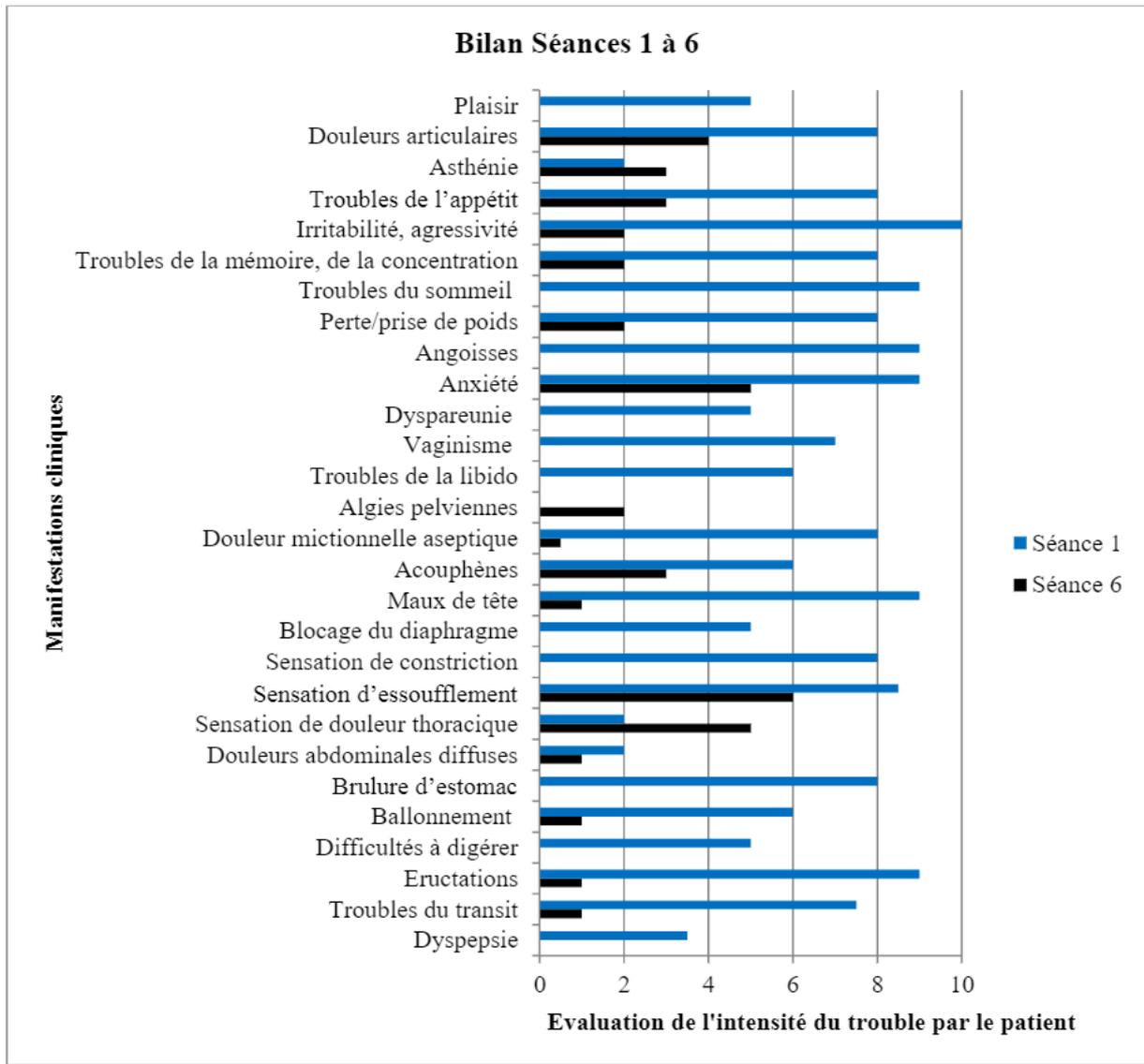
Elle se plaint de douleurs au poignet gauche qui sont revenues. Mais le travail effectué lors de la dernière séance au talon d'Achille gauche a été bénéfique.

Tests finaux :

- D3
- K3 gauche
- Estomac
- Poignet gauche
- L2
- Intestin grêle

- Rythme cranio-sacré satisfaisant.

Bilan séance 1 à 6 :



5.2.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquez votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« J'ai moins de douleurs cervicales, et je me sens plus sereine, ma digestion s'est nettement améliorée et je n'ai pas fait de crise d'angoisse depuis un moment ».

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« Les conséquences psychologiques ont des impacts physiques, l'ostéopathie peut grandement aider à retirer ces conséquences, les douleurs physiques en moins permettent d'améliorer la reconstruction psychique, les douleurs n'aidant pas le moral ».

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

5.3 Clara

Clara est une patiente de 52 ans.

Elle travaille dans la fonction publique.

Protocole sans suivi psychologique.

5.3.1 Antécédents

1976 : appendicectomie.

1979 : viol par un ami, elle avait 17 ans.

1979 : suite à l'agression, quatre crises d'épilepsie grand mal.

1980 : première grossesse.

1985 : deuxième grossesse.

1993 : dégénérescence des disques intervertébraux L3-L4, L4-L5 et L5-S1.

1995 : troisième grossesse.

2012 : chondropathie rotulienne droite.

2013 : ménopause.

2014 : un mois avant le début du protocole, tentative de suicide.

5.3.2 Description de son traumatisme

Ce viol a été son premier rapport sexuel.

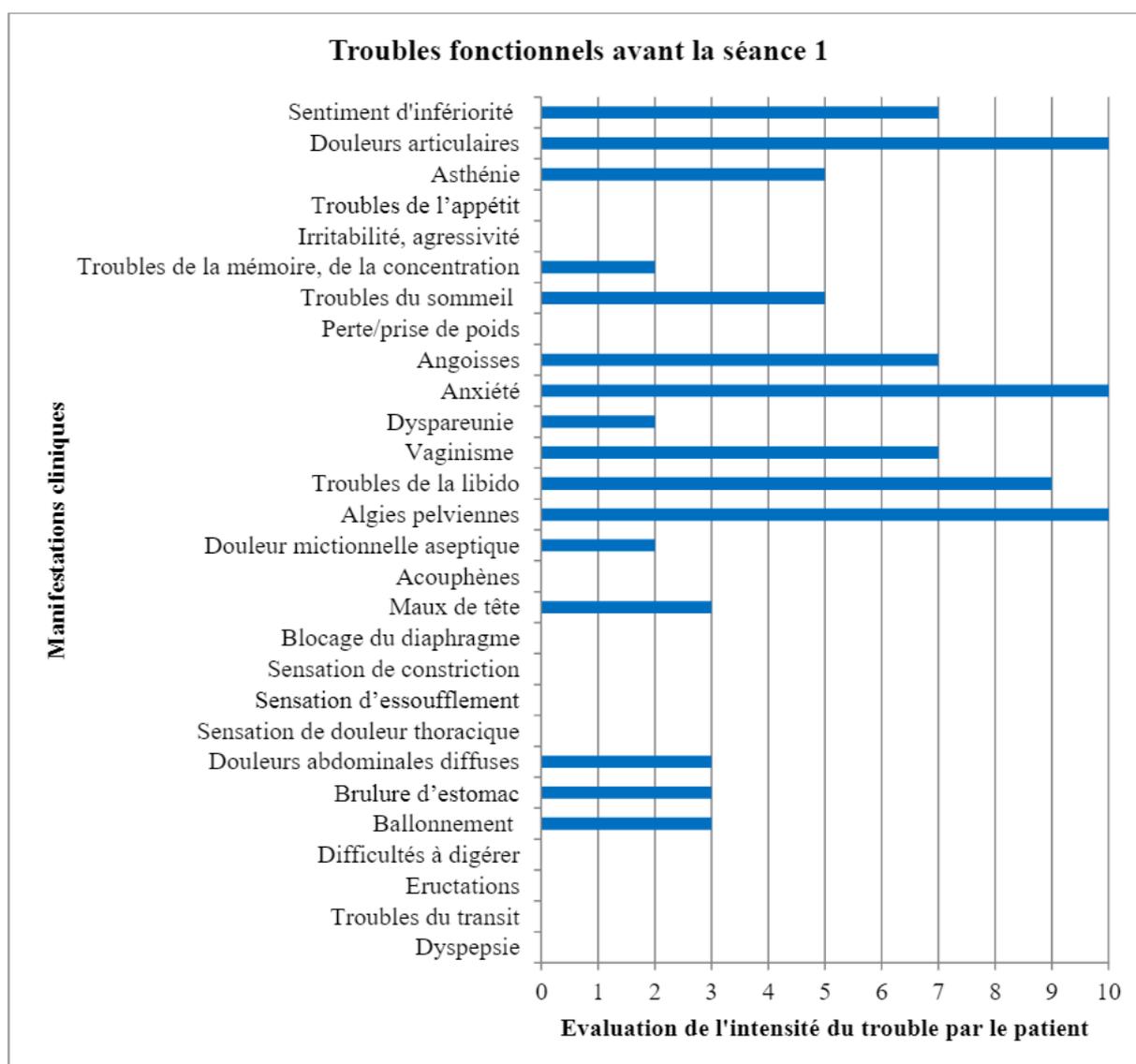
Les rapports sexuels sont très compliqués chez Clara, elle se sent sale, avec un besoin de se laver excessivement après une relation intime jusqu'à s'injecter des doses de Bétadine*.

Ce viol est resté secret jusqu'à certains événements douloureux qui ont fait remonter le traumatisme, c'était en 2006.

Actuellement, une à deux relations intimes avec son mari par an, et uniquement pour lui faire plaisir lors de l'anniversaire de celui-ci ou en période de vacances.

La manifestation décrite par Clara est l'infériorité vis-à-vis des autres. Elle est mal à l'aise devant du monde, peur de danser devant des personnes (s'est inscrite à des cours de danse).

5.3.3 Première séance



Clara se plaint de brûlure mictionnelle après les rapports.

Clara n'a pas de libido, du coup elle a le sentiment de rendre son mari malheureux. Clara et son mari ont très rarement des rapports, pour lui faire plaisir, ils vont en avoir lors d'évènement en faveur de son mari (anniversaire, Noël). Lors des rapports elle est très contractée.

Elle se plaint d'une gonalgie droite (chondropathie rotulienne), ainsi que des lombalgies.

Elle a des difficultés pour s'endormir, elle utilise du séresta*.

Elle se plaint de troubles de la mémoire et de la concentration, sûrement liés à séroplex* qu'elle prend.

Tests et corrections :

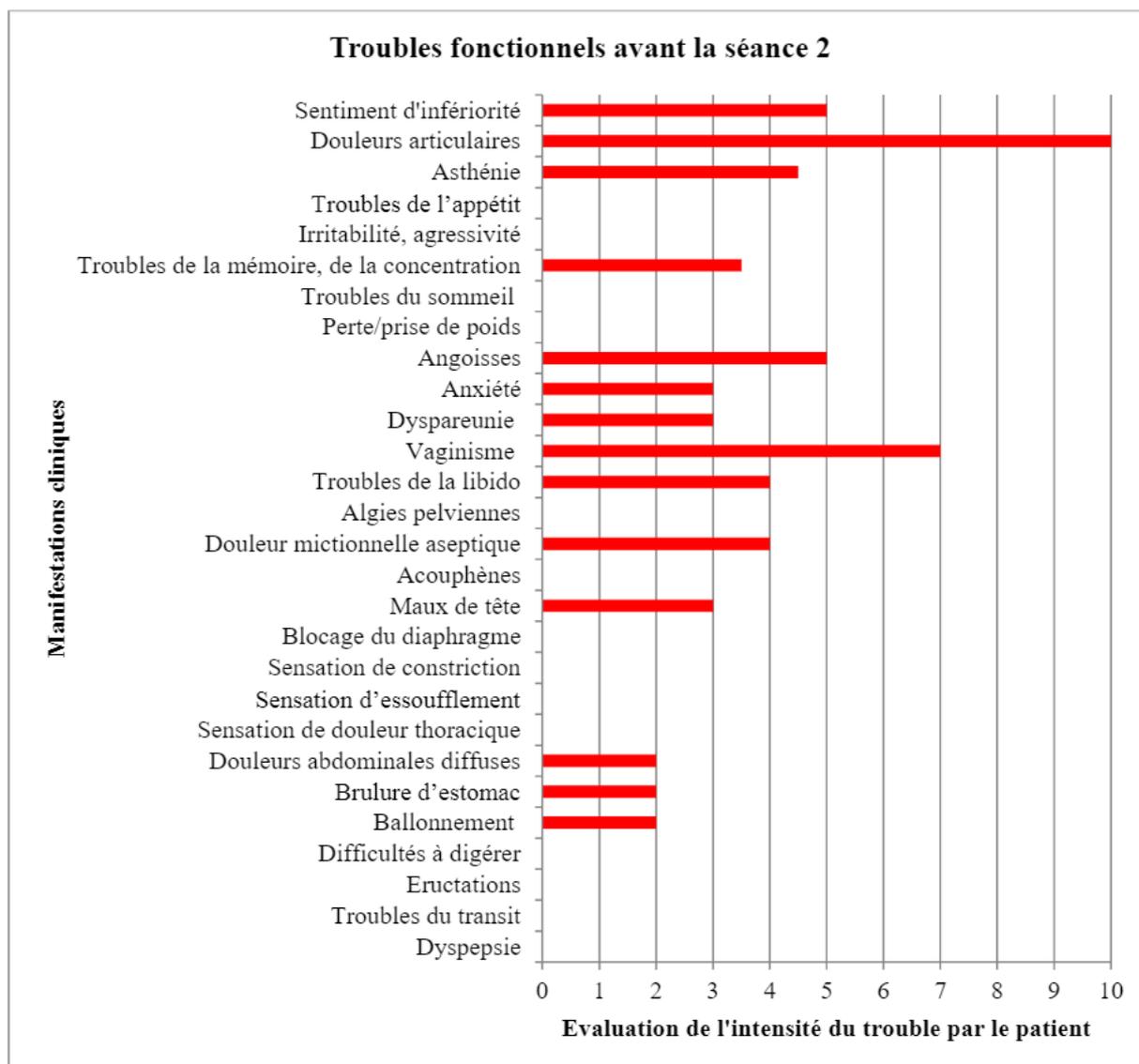
- Inflexion gauche du sacrum.
- Rotation antérieure de l'iliaque droit.

- Coupole gauche basse avec un pilier droit.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de side-bending-rotation droite, strain latéral gauche à axe non respecté, rythme très lent.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure gauche, postérieure droite, transversale droite et fosse cérébelleuse droite
- D8.
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacré.

5.3.4 Deuxième séance

Clara a chuté d'un escabeau avant cette deuxième séance.

Après la première séance, s'est sentie dans une bulle, c'était la première fois qu'elle ressentait cela.



Augmentation de la libido ce mois-ci, elle est allée vers son mari pour avoir une relation intime le soir même de la première séance. Dans le mois il y aura eu 2 relations intimes, qu'elle décida d'avoir. Elle avait plus de désir, ça ne lui était jamais arrivé.

Elle se sent moins anxieuse et moins angoissée, 5 crises d'angoisses uniquement dans le mois. Elle ressent plus d'assurance vis-à-vis des autres.

Tests et corrections :

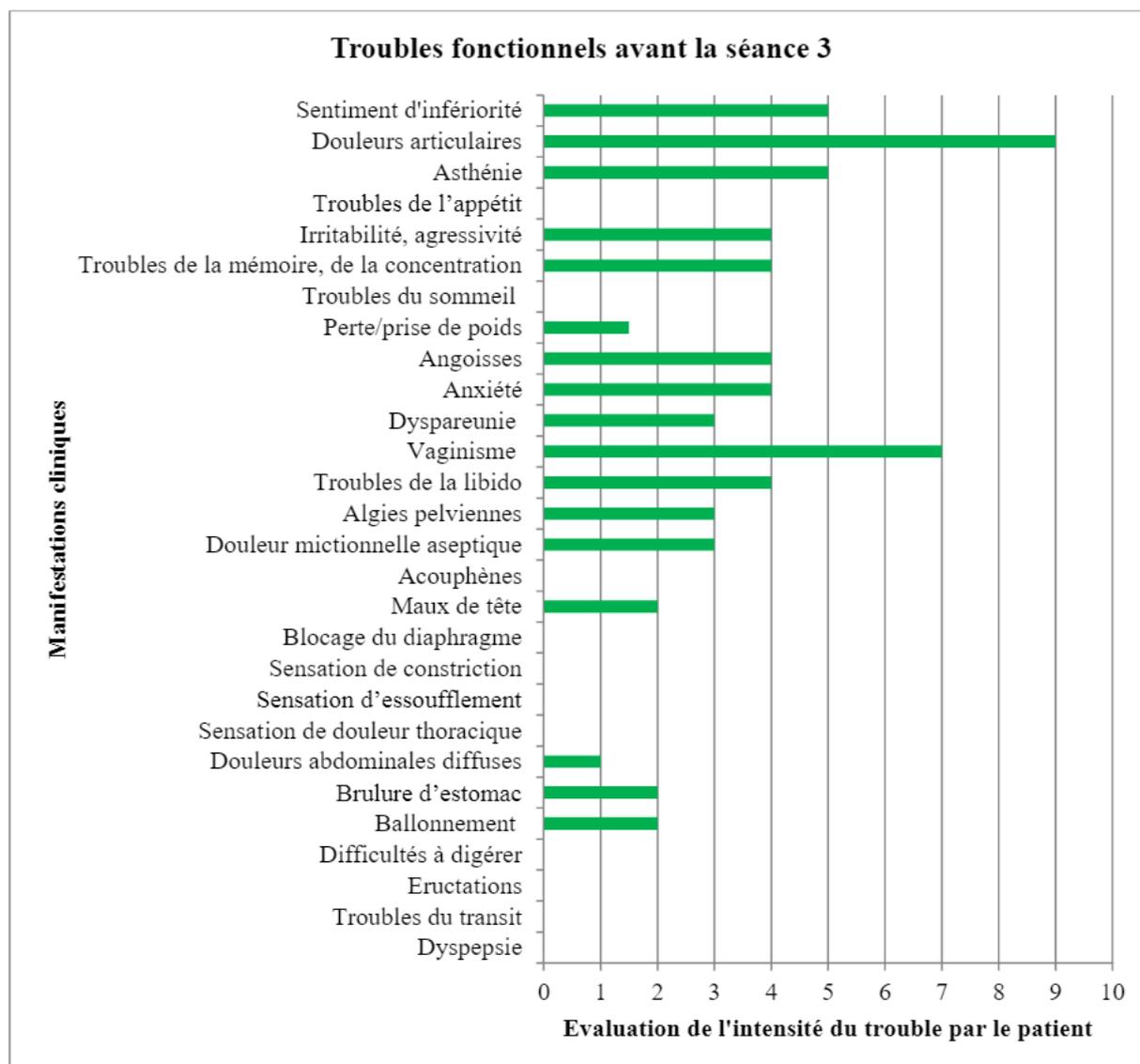
- Torsion G/G du sacrum.
- Coupole gauche basse, pilier droit
- Estomac

- Motilité plèvre viscérale du poumon gauche
- Mobilisation de la plèvre pariétale par rapport à la plèvre viscérale du poumon gauche
- Ligament sterno-péricardique inférieur gauche
- D10
- Synchronisation crâne sacrum

5.3.5 Troisième séance

Ce mois-ci, Clara a arrêté les antidépresseurs brusquement car elle s'en sentait capable. Malheureusement c'était prématuré. Elle a replongé dans la dépression et son médecin lui a dit de reprendre son traitement.

Elle a l'habitude d'avoir des palpitations en voiture. Elle n'en a pas eues depuis les séances. Elle se demande si c'est en relation avec le travail effectué ensemble.



Elle est partie en week-end avec son mari, ils ont eu des rapports, elle n'a pas voulu refuser ses avances, alors qu'avant elle l'aurait fait. Elle a passé de bons moments avec son mari.

Du fait qu'elle soit partie en vacances avec son mari elle a pris 1 kilogramme.

Elle se sent plus zen depuis les séances.

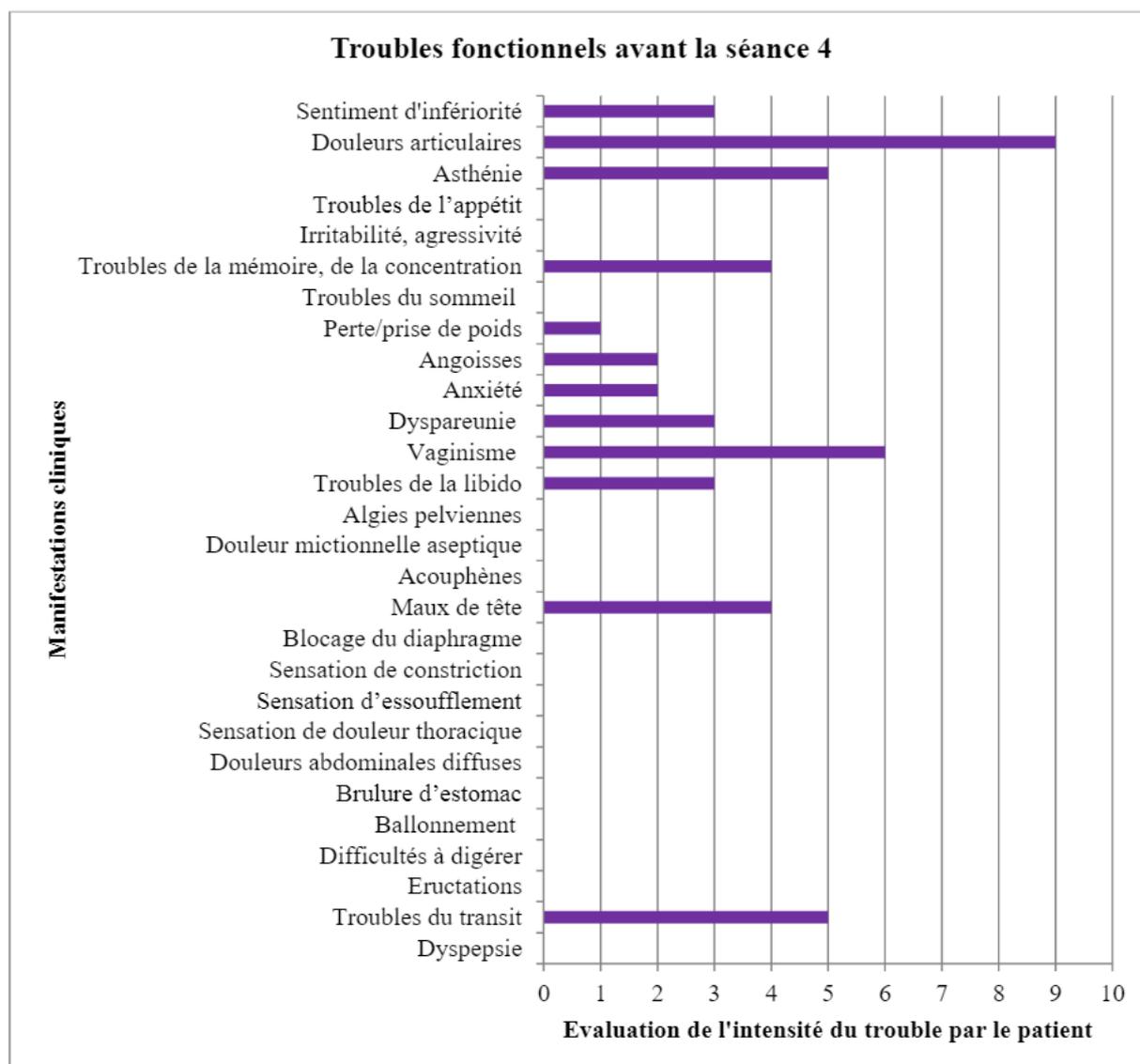
Tests et corrections :

- Pompage cervical
- Drainage des sinus veineux du crâne

- Coupole gauche basse
- Duodénum
- Petit épiploon/ plexus solaire
- Racine du mésentère
- Colon
- D8

5.3.6 Quatrième séance

A arrêté de voir le psychiatre, depuis 1 mois, compte arrêter les antidépresseurs toute seule. Avec son mari tout va bien, des weekends passés ensemble, bons moments, deux relations intimes dans le mois sans infection par la suite. Elle est heureuse avec son mari.



Maux de tête en barre frontale le mardi et jeudi, au travail car il y a beaucoup de bruit.

Lors de la pénétration, elle a du mal à se relâcher. Peur d'intrusion au moment des rapports, d'être sale.

Elle se sent plus sereine, plus détendue. Il y a eu qu'une crise d'angoisse calmée par Seroplex* dans le mois.

Elle a pris 1 kilogramme du fait des week-ends avec son mari ou elle a profité.

Tests et corrections :

- Inflexion gauche du sacrum
- Ouverture des trous de la base
- C0C1C2
- Duodénum
- Jonction iléo-caecale
- Racine du mésentère
- Racine sigmoïde + sigmoïde

5.3.7 Cinquième séance

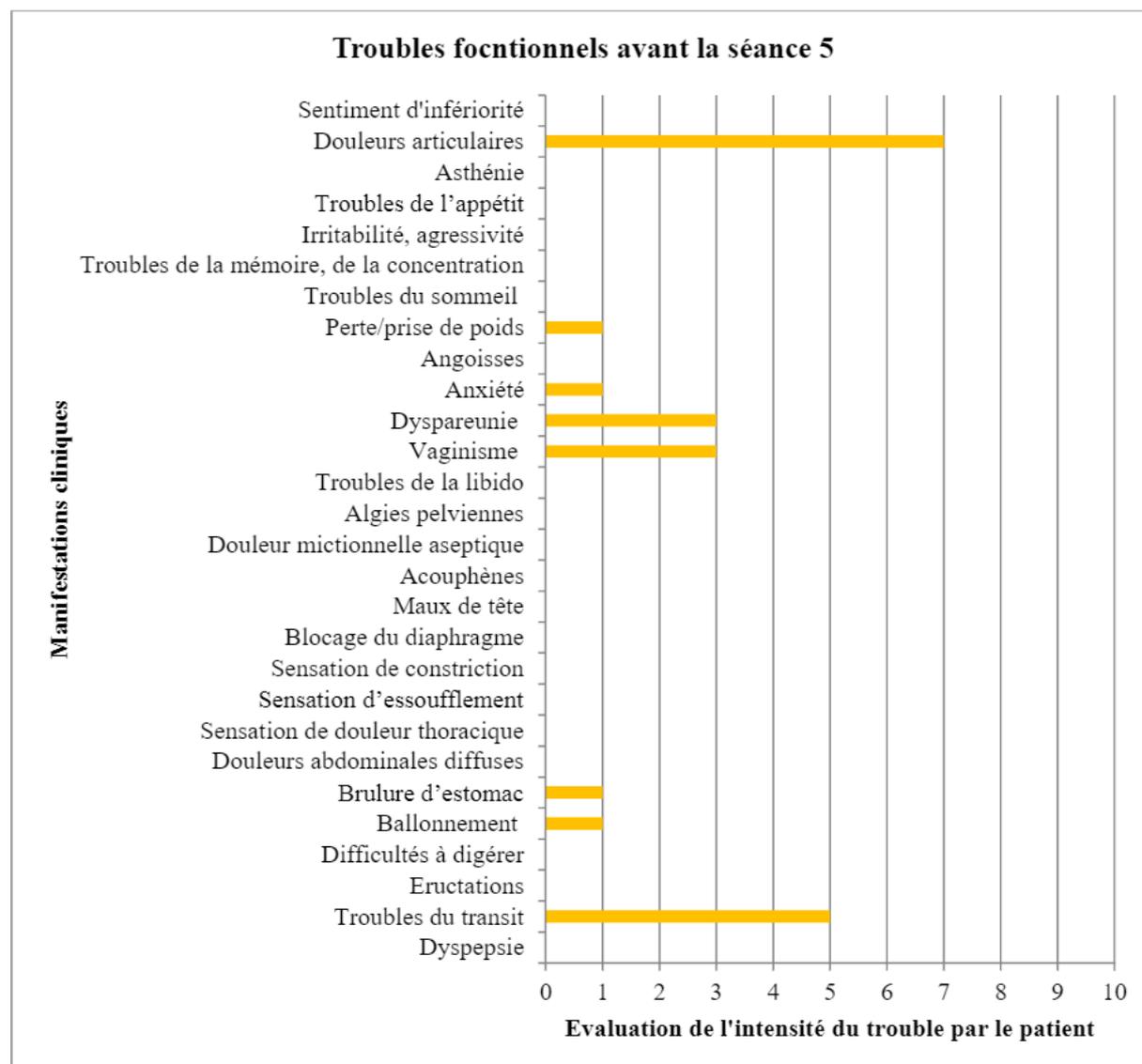
Durant ce mois-ci Clara a arrêté la cigarette.

Il y a eu le suicide d'un ami de travail mi-août, cela a été un évènement douloureux pour elle.

Elle n'a plus d'idée suicidaire.

Se sent bien.

Fait beaucoup de progrès personnellement dit-elle.



Beaucoup de sorties au restaurant qui ont entraînés des ballonnements et des brûlures d'estomac.

Parfois elle se freine l'envie d'aller vers son mari pour un câlin, par rapport aux réticences de se sentir sale après un rapport. Ce mois-ci 2 relations intimes sans infection.

Lombalgies de temps en temps.

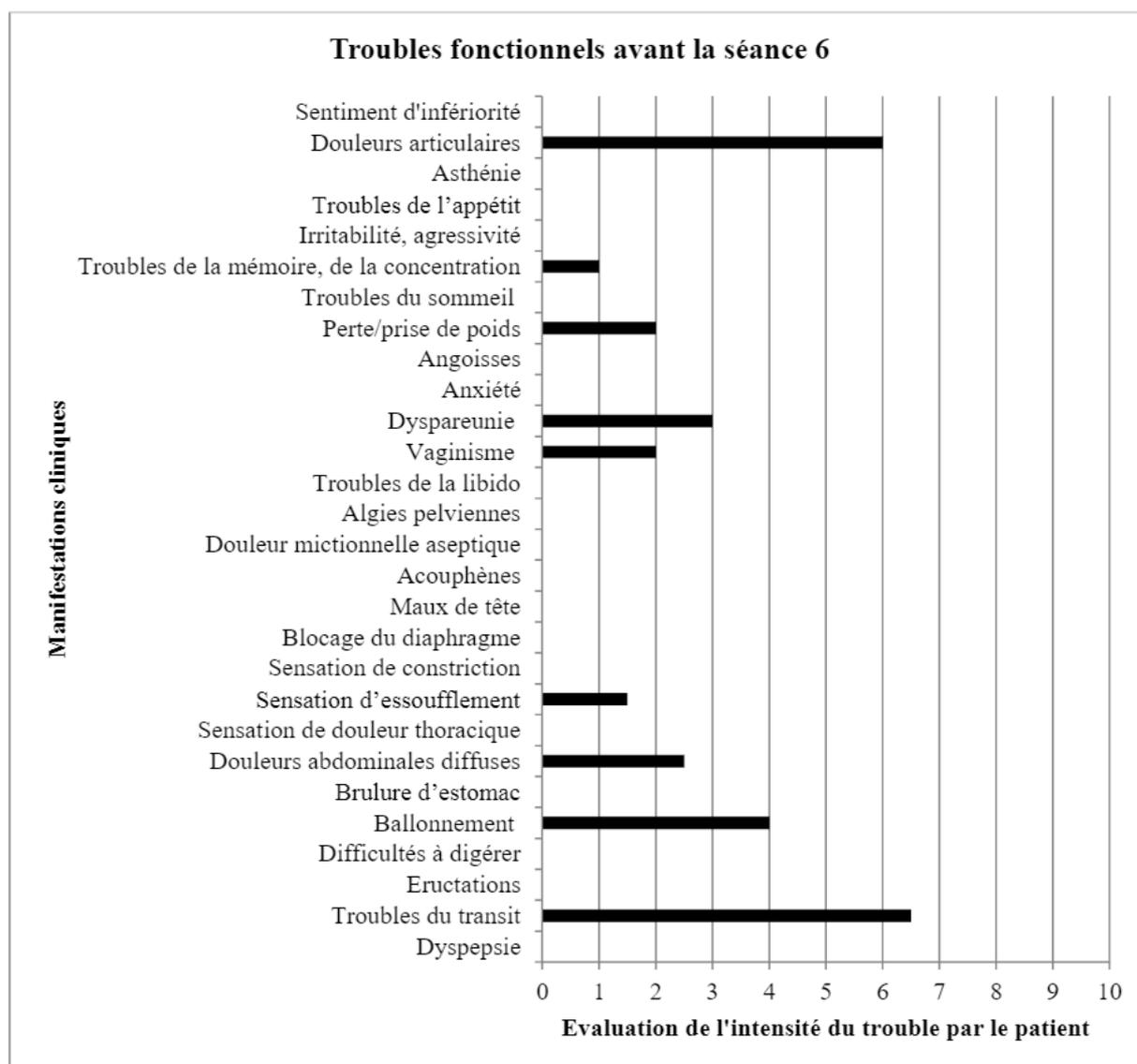
A repris confiance en elle, plus de sentiment d'infériorité envers les autres.

Tests et corrections :

- Protocole de base du bassin en réflexe
- Noyaux fibreux central en restriction gauche
- Cadran antérieur droit et postérieur gauche en restriction
- Canal d'Alcock gauche
- Colon sigmoïde
- Troisième et quatrième duodénum

5.3.8 Sixième séance

Très heureuse.



Revient d'une croisière de vacances où elle a pris 2 Kg.

A cause du changement de l'alimentation lors de son séjour, elle a eu de la constipation, et des ballonnements et des douleurs abdominales.

Elle s'est sentie essoufflée à cause des 2 kilogrammes pris.

Elle n'a plus du tout de crise d'angoisse, ni d'anxiété.

Elle se sent plus sûre d'elle.

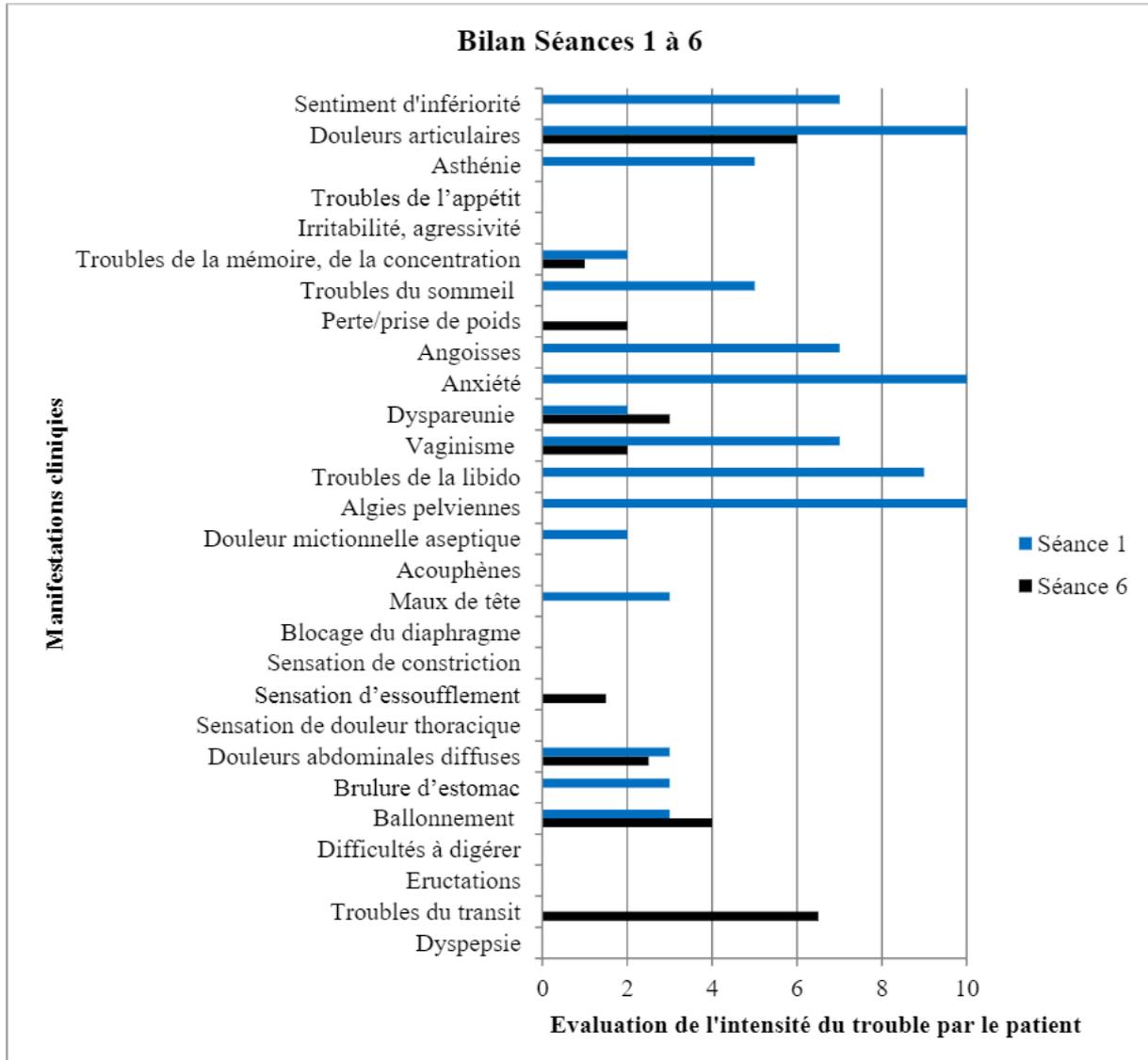
Les kilos en plus se sont répercutés sur ses gonalgies.

Tests finaux :

- C0-C1
- D9
- Estomac

- Genou droit/fibula droite
- Intestin grêle
- L1-L2-L3

Bilan Séances 1 à 6:



5.3.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquez votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« J'ai repris confiance en moi.

La relation avec mon mari s'est améliorée, nous avons de nouveau des rapports.

Après la séance j'avais l'impression d'être dans une bulle de bien-être.

Encore merci, je ne pensais pas que ces séances auraient un impact.

Je ne pensais pas en venant à ces séances pouvoir remonter la pente, j'étais dépressive après une tentative de suicide.

J'ai de nouveau l'envie de vivre, d'aimer, encore merci».

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« Pour moi ça a mieux marché qu'avec un psy »

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

5.4 Jenny

Jenny est une patiente de 28 ans.

Elle est agent de régulation en stock d'appartement de vacances.

Jenny est suivie psychologiquement depuis un an et demi en dehors du mémoire.

Elle fait partie de l'association internationale des victimes d'inceste (AIVI).

5.4.1 Antécédents

1986 : AVP traumatisme crânien pariétal droit, hospitalisation à la Timone.

1990 : abus sexuels à la maternelle par une femme et un homme, elle avait quatre ans.

1992 : chute d'une balançoire, perte des dents de lait.

2004 : anorexie mentale, hospitalisation pendant six mois.

2008 : dents de sagesse sous anesthésie générale.

2011 : choc sur la tête du coffre de la voiture, minerve cervicale.

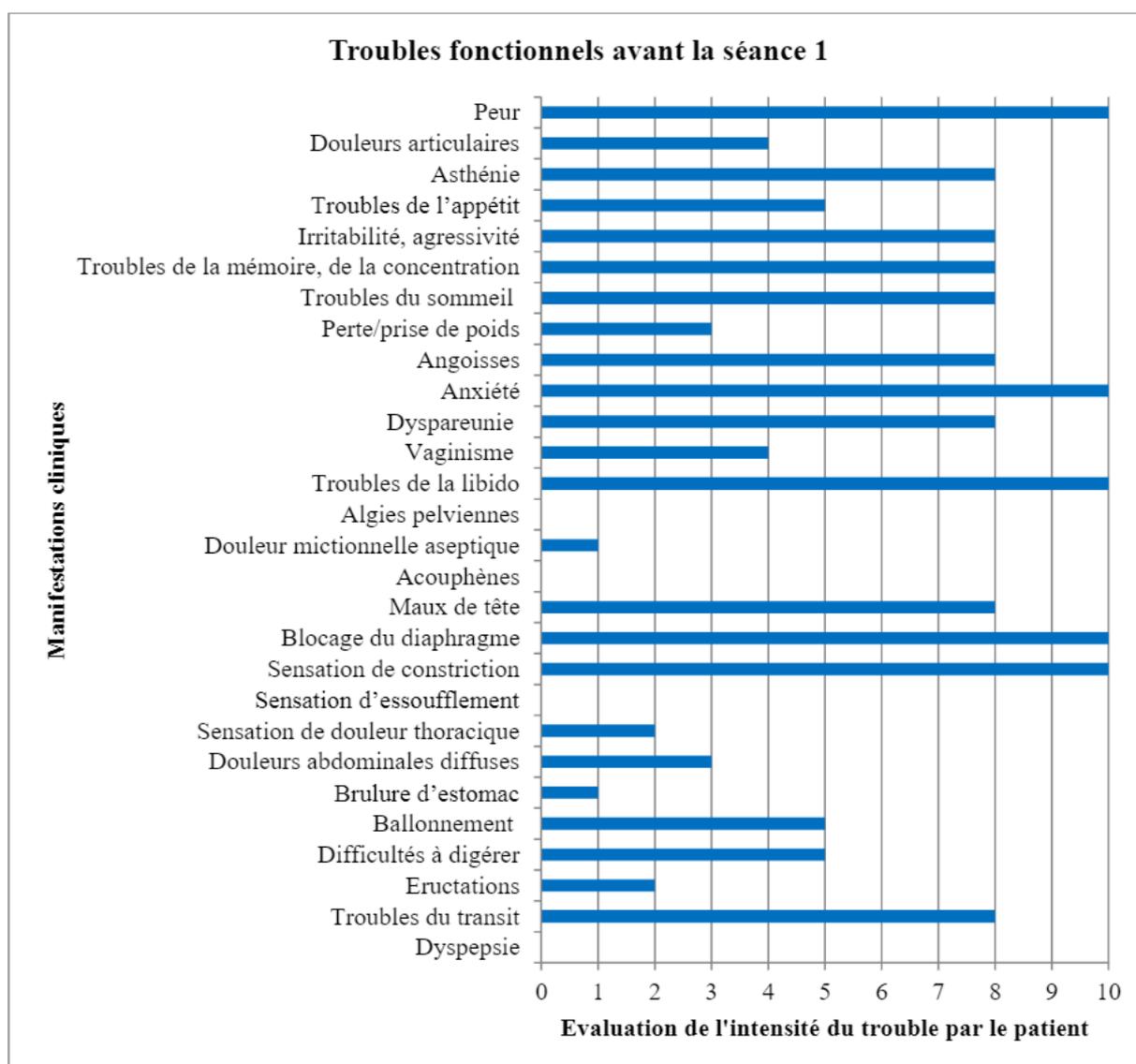
5.4.2 Description de son traumatisme

Jenny a été victime d'abus sexuels lors de sa jeune enfance.

Les souvenirs sont très flous, elle travaille avec une psychologue pour essayer de se remémorer les faits.

Elle a une grande peur générale, ce qui sera sa manifestation optionnelle, et sera un des objectifs de notre travail.

5.4.3 Première séance



Jenny se plaint de troubles du transit, notamment une alternance de constipation avec surtout des selles liquides qui s'accroissent avec le stress et les angoisses.

Elle a des migraines plusieurs fois par semaine au niveau fronto-pariétal droit, accompagné de sonophobie, photophobie, et parfois de nausées.

Jenny n'est pas à l'aise avec la sexualité, elle n'a pas vraiment de libido.

Elle aimerait prendre du poids, mais ne se pèse pas à cause de ces antécédents d'anorexie.

Elle a des difficultés pour s'endormir, avec une fois par semaine des cauchemars.

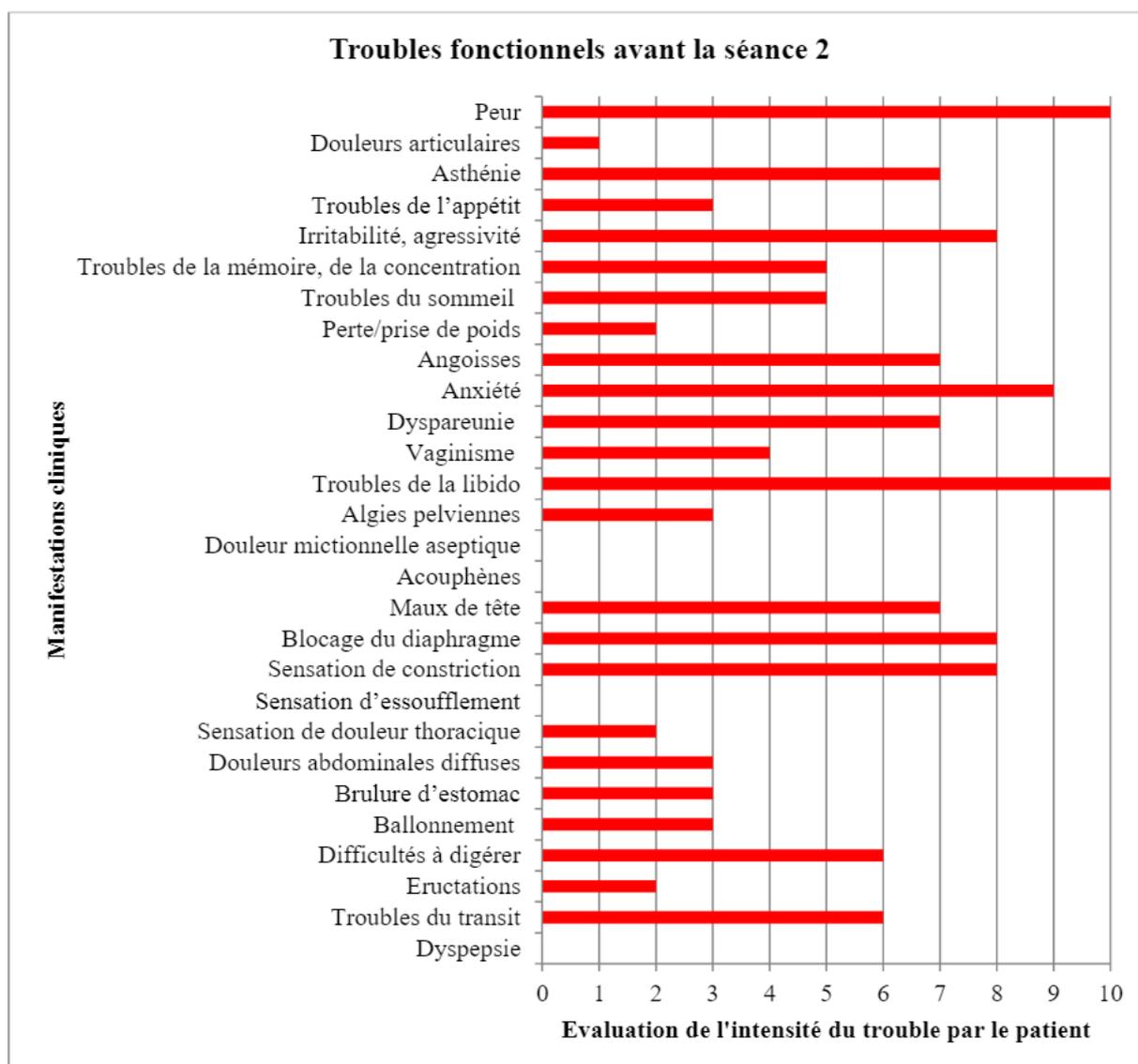
Elle se plaint de cervicalgies, douleur à l'épaule droite, dans le trapèze droit et la scapula droite.

Tests et corrections :

- Inflexion droite sacrée.
- Décompression L5-S1.
- C0C1.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de strain latéral axe non respecté gauche, side bending rotation droite.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite, postérieure droite et transversale droite.
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacrée.

5.4.4 Deuxième séance

Suite à la première séance, Jenny a ressenti une sacralgie intense qui ne durera que 2 jours.



Il y a eu des céphalées pendant 2 jours après la séance, plus après.

Jenny s'est plainte de douleurs dans le petit bassin pendant la période ovulatoire.

Elle aurait peut-être prit du poids.

Elle a mieux dormit, moins de rêves traumatisants.

Elle a eu l'impression d'avoir plus d'appétit ce mois-ci.

Suite à la séance, moins de cervicalgie et de douleur dans le trapèze droit.

Tests et corrections :

Il y a eu de grandes difficultés lors de la palpation des viscères de l'abdomen, c'est une zone très sensible pour Jenny.

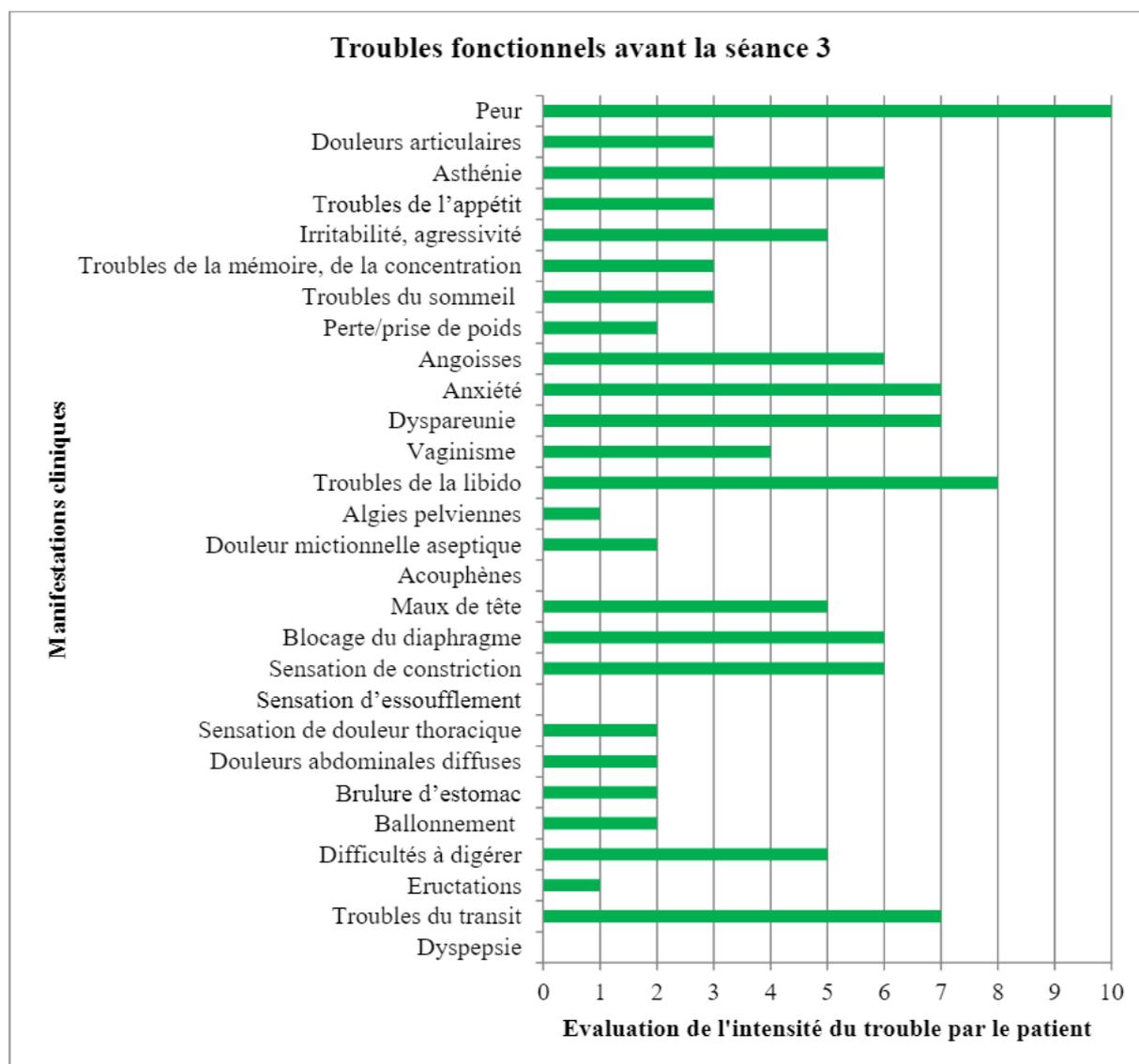
Durant la séance il y a eu un « lâcher prise ».

- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite.

- Sternum en restriction vers le haut et la droite.
- Coupole gauche haute et pilier gauche.
- Ligament transverso-pleural gauche et ligament costo-pleural droit.
- Ligaments vertébro-pleuraux.
- Mobilisation de la plèvre pariétale par rapport à la plèvre viscérale du poumon droit.
- Poumons et péricarde en fascia.
- C3 ERS droite.
- Synchronisation crâne/sacrum.

5.4.5 Troisième séance

Le lendemain de la deuxième séance, elle s'est sentie triste, est-ce une coïncidence avec le travail sur les poumons lors de la deuxième séance ?



Ce mois-ci, elle a eu 1 à 2 brûlures mictionnelles attribuées selon elle au port de pantalons serrés, et à la mauvaise hydratation.

Pour ces troubles de libido, elle prend les choses plus sereinement, cela prend moins d'ampleur qu'avant.

Elle dit avoir moins de pression aussi grâce à l'acquisition d'un bien immobilier.

Elle a mieux dormi, sauf cette nuit où elle a eu des difficultés d'endormissement car elle se posait beaucoup de questions sur cette séance.

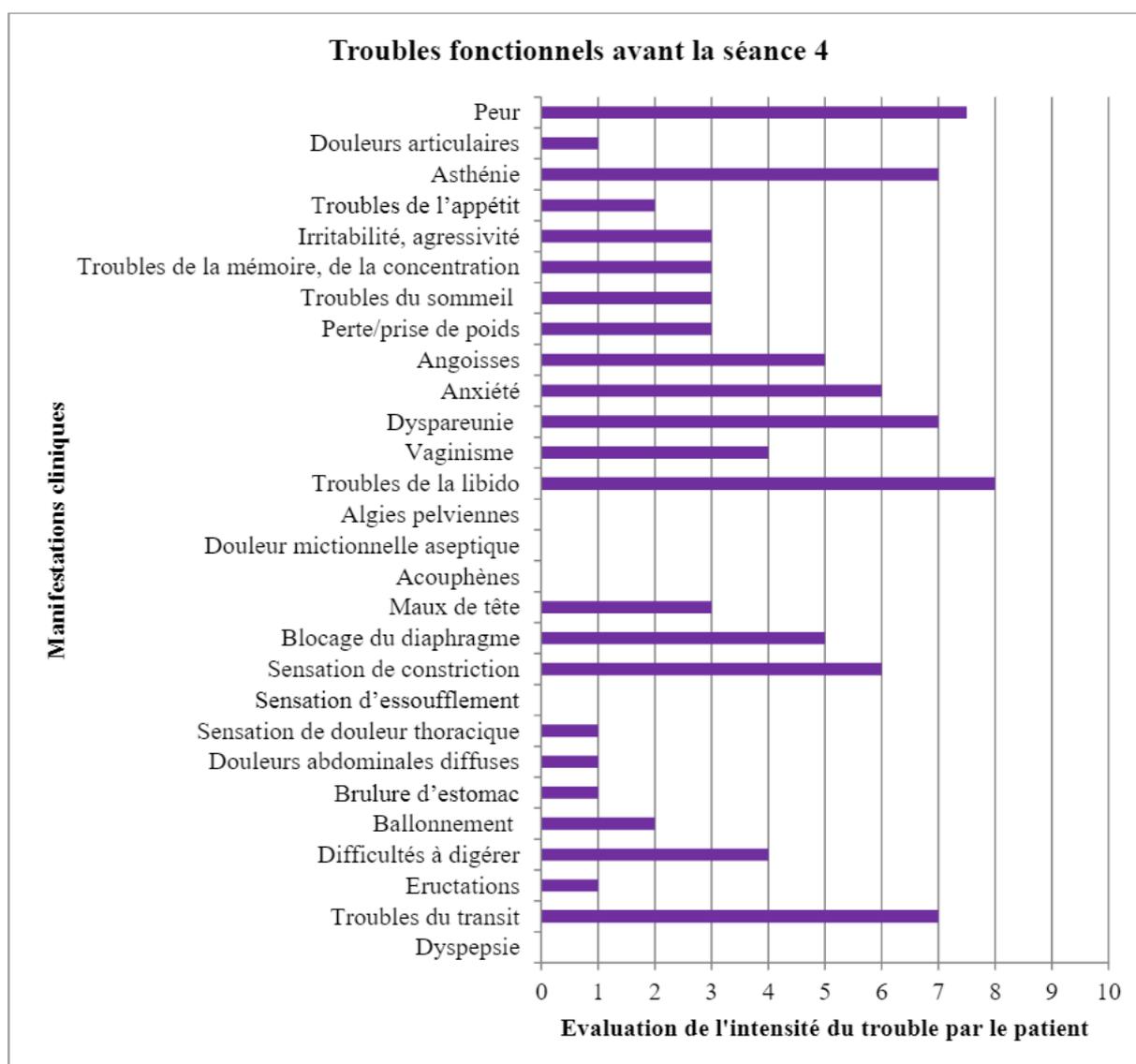
Elle a changé de travail, donc pour le moment elle a une meilleure concentration dans ce qu'elle fait.

Les douleurs articulaires ont augmentés du fait des travaux dans son nouvel appartement (tapisserie, peinture), de nouveau à l'épaule droite.

Tests et corrections :

- Pompage cervicales + ouverture des trous de la base.
- Coupole gauche basse.
- Sphincter d'Oddi.
- Foie, petit épiploon, plexus solaire.
- Duodénum/pancréas.
- Racine du mésentère.
- Caecum.
- Rein droit bas
- D9

5.4.6 Quatrième séance



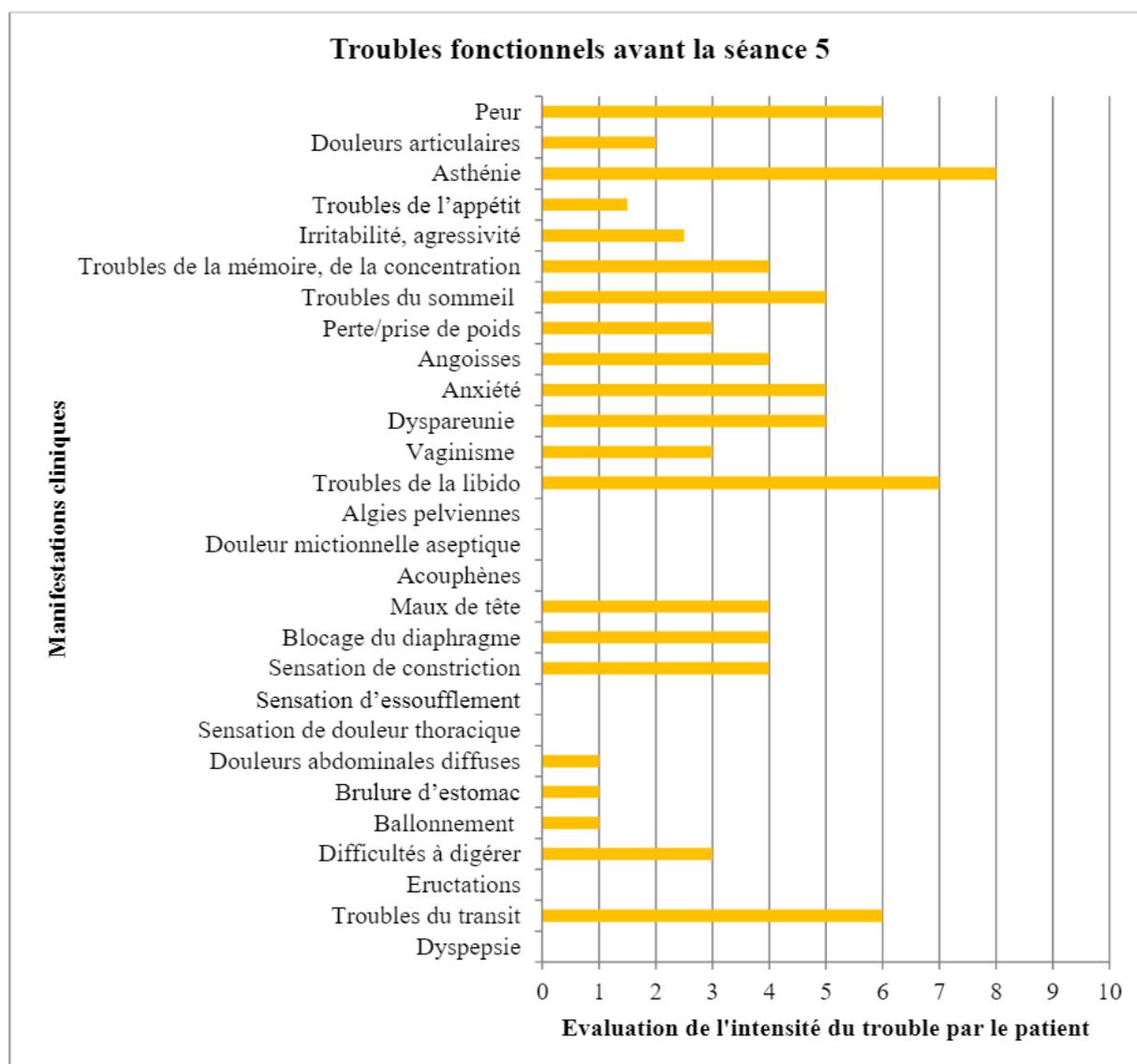
Elle se sent plus sereine, elle a compris que l'agressivité n'était pas le bon moyen pour s'exprimer.

Tests et corrections :

- Ouverture des trous de la base
- Foie/duodénum, sphincter d'Oddi
- Utérus
- Ovaire droit
- Ligament pubo-vésical gauche
- Lame sacro-recto-génito-vésico-pubienne droite
- Technique de soulèvement de la vessie
- Synchronisation crane-sacrum

5.4.7 Cinquième séance

Après la quatrième séance, il n'y a pas eu de symptômes particuliers, elle n'a rien ressenti.



Toujours de temps en temps des épisodes de diarrhée.

Après le groupe de parole, il y a beaucoup de relâchement, de pleurs suivies de maux de tête.

Elle se sent moins anxieuse et moins angoissée, elle commence à comprendre pourquoi, elle essaie de passer à autre chose.

Le sommeil est compliqué en ce moment, des difficultés pour s'endormir, des cauchemars depuis les événements de Charlie Hebdo du 7 janvier 2015.

Elle est plus consciente de son agressivité, elle anticipe pour mieux se contrôler.

Douleur au trapèze droit avec les travaux.

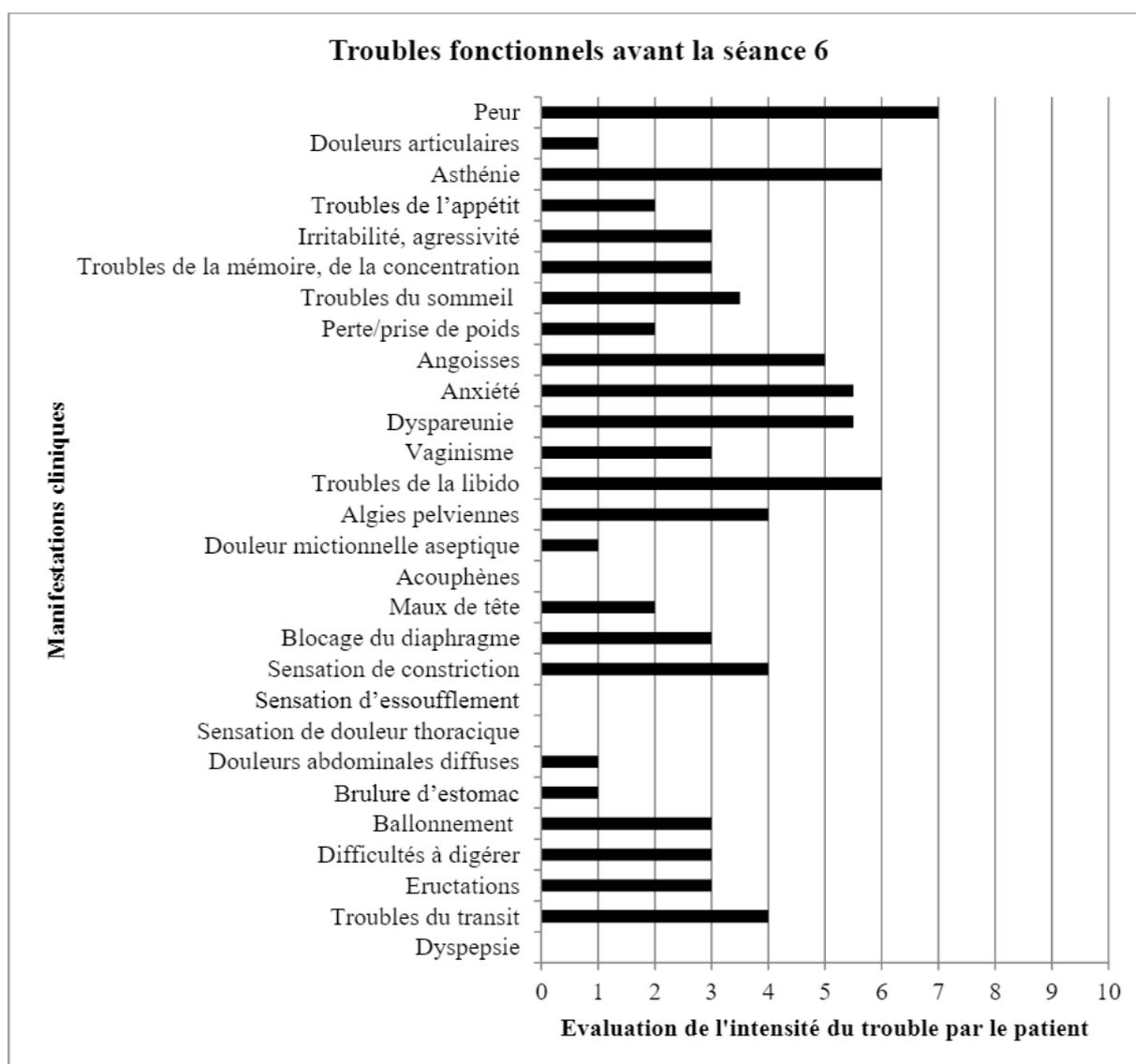
Elle se sent prisonnière de tous ces événements, elle ne peut pas l'effacer, elle a peur de l'homme qui abusa d'elle étant jeune, envers la femme elle a plus de la haine.

Depuis le début de l'année elle a engagé un détective pour retrouver les personnes concernées.

Tests et corrections :

- Ouverture des trous de la base.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite
- Hanche droite
- Piriforme droit
- Noyau fibreux central en restriction vers la droite et vers l'avant.
- Cadran postérieure droit du plancher pelvien.
- Canal d'Alcock gauche
- Soulèvement de la vessie
- Ligament ombilical médian (ouraque)
- D9
- Scapula droite, trapèze droit, K4 droite.

5.4.8 Sixième séance



Avec la pression au travail, l'anxiété et les angoisses augmentent.

En ce moment, elle a peur de l'avenir, comment ça va se passer.

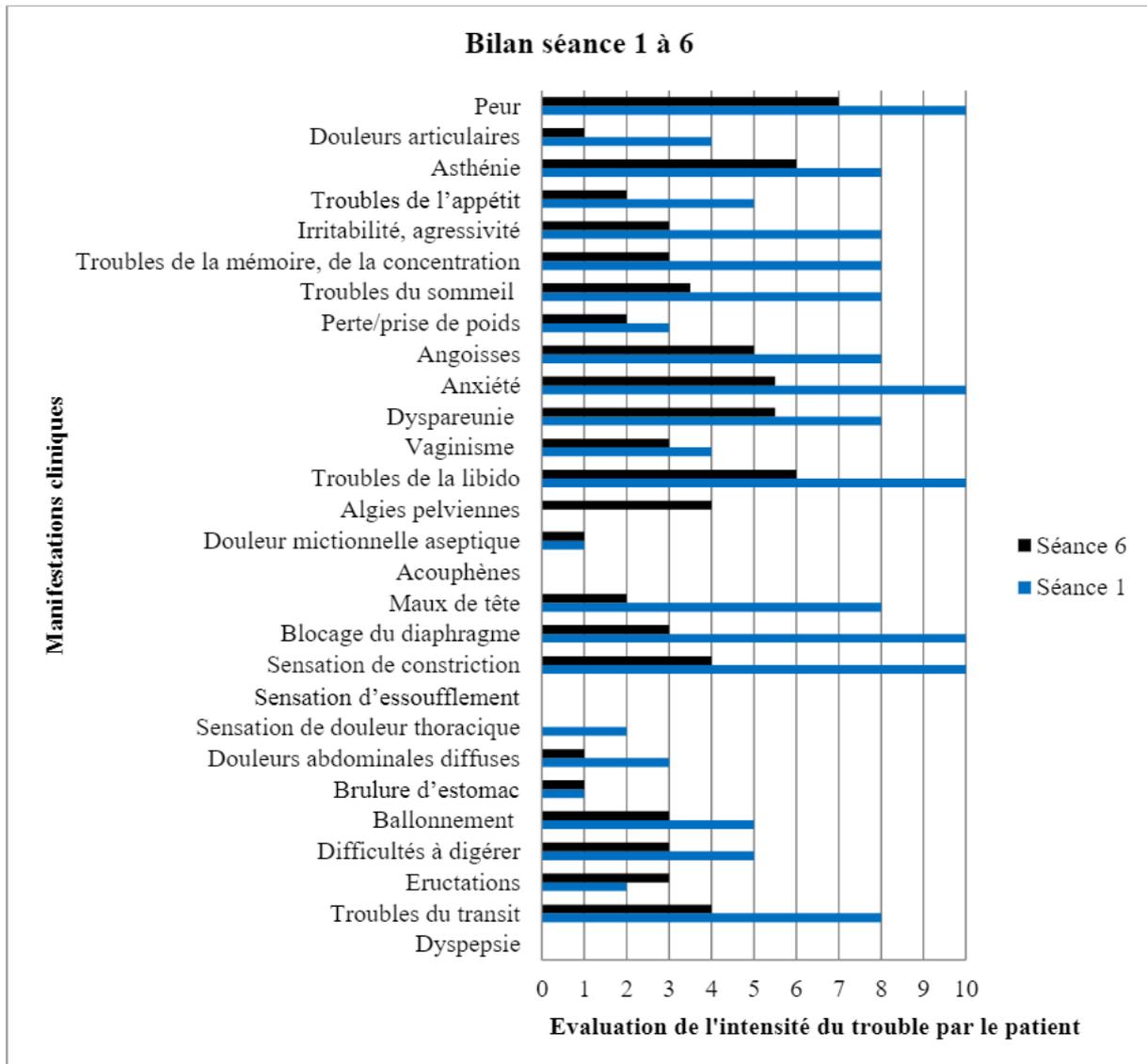
Les troubles du sommeil se sont rétablis depuis le mois précédents mais elle réfléchit beaucoup quand elle ne dort pas.

Tests finaux :

- C0-C1
- Duodénum
- Foie
- Torsion droite de la synchondrose sphéno-occipitale
- Sternum
- Rein droit

- L2

Bilan Séances 1 à 6:



5.4.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique (*autre psychologue*)
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquer votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« Je me sens mieux car je suis plus à l'écoute de mes ressentis, donc j'arrive un peu plus à lâcher prise et à accepter ce que je ressens.

Je me sens moins bloqué dans ma respiration, moins oppressé. »

Combiné au suivi psychologique, qu'est-ce que l'ostéopathie vous a apporté en plus ?

« Être à l'écoute de mes émotions, ça me permet de les laisser venir plus facilement dans le sens où j'ai pas besoin de chercher à mettre des mots dessus, juste de les accepter quand elles viennent. »

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« C'est important de traiter le corps, cela permet de proposer une autre approche que le suivi psychologique, ça peut aider à débloquer des choses, des émotions quand on n'arrive pas à parler ».

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

« C'est différent, cela n'est pas la même approche. La psychologue est plus basée sur les faits, et l'ostéopathe sur les ressentis quels qu'ils soient ».

5.5 Elisa

Elisa est une patiente de 36 ans.

Elle est de nationalité Russe, apprend la langue française à la Faculté d'Aix en Provence.

Protocole sans suivi psychologique.

5.5.1 Antécédents

1983 : chute d'une balançoire avec perte de connaissance. Sans séquelles.

1987 : exhibitionnisme d'un homme dans la cage d'escalier de son immeuble, elle avait 9 ans.

2008 : dorsalgie D5 D6 soulagée par la position allongée pendant plusieurs mois avec corset.

2008 : grossesse de sa fille, épisiotomie.

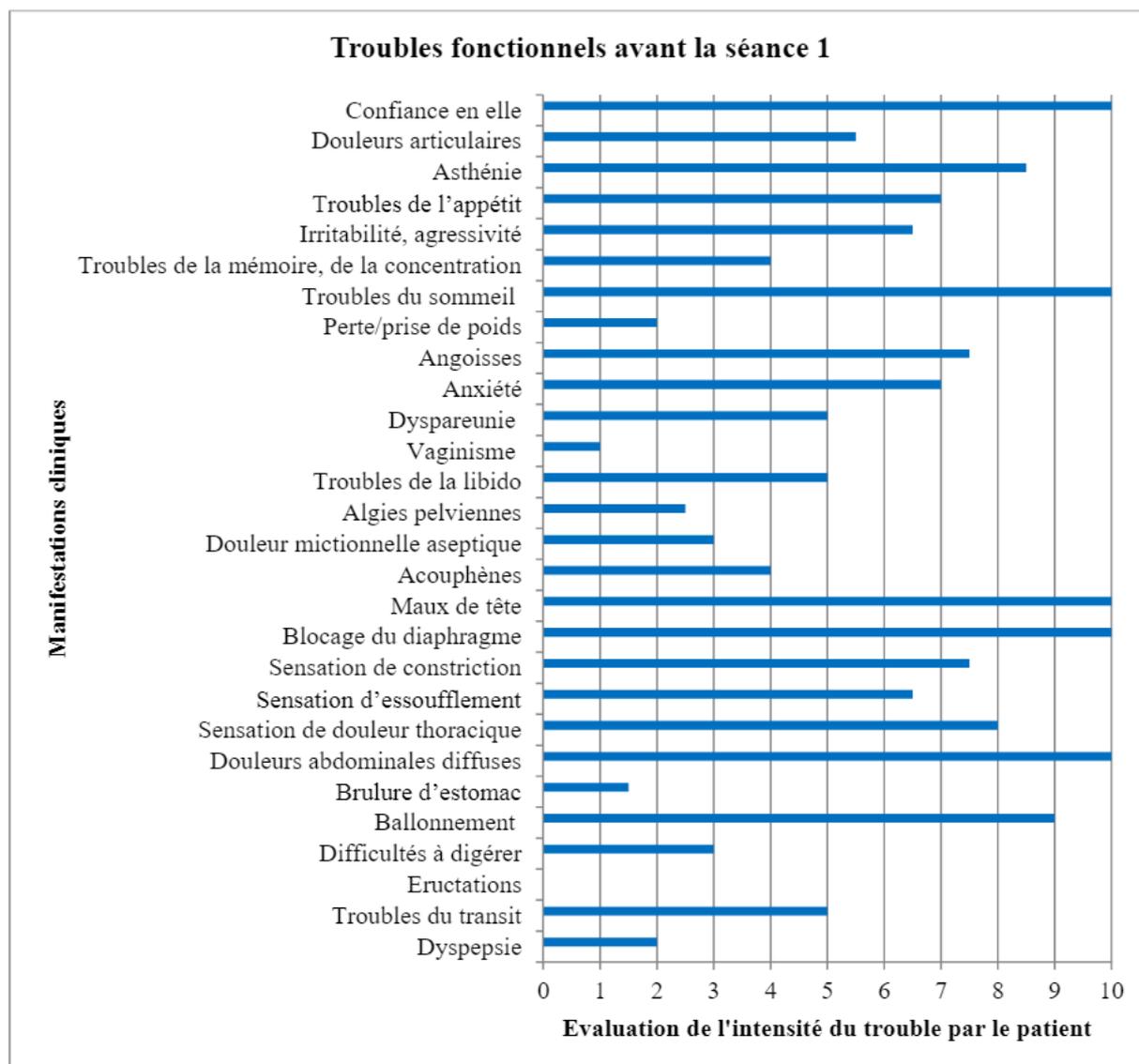
5.5.2 Description de son traumatisme

Agression très mal vécue, l'agresseur l'a obligée à le suivre, il s'est masturbé devant elle, l'obligeant à le regarder, puis il a éjaculé juste à côté d'elle, sur le mur, elle a pu s'enfuir et rentrer chez elle, ne voulant plus en sortir. Dès qu'elle aperçoit un homme lui ressemblant, un immeuble ressemblant à la scène, tout cela lui remémore ces horribles souvenirs.

5.5.3 Première séance

Avant de démarrer les cours pour apprendre la langue française, elle était complètement isolée, sans aucun « stimulus », aucune sortie, aucune vie sociale.

Elle est très complexée par son corps, car un homme lui a déjà dit qu'elle n'était pas belle.



Avec des épisodes de stress elle a facilement de la diarrhée.

Des blocages du diaphragme impressionnants, même pendant la séance, ou elle fait des crises d'angoisses où elle en perd sa respiration.

Douleurs occipitales lors de la conduite, et après une longue concentration.

Elle n'a pratiquement pas de relation intime avec son mari, elle ne désire pas son mari, mais avec d'autres hommes elle voudrait bien. D'ailleurs elle affirme que son mari l'a déjà violentée, elle en a peur. Ils ne s'aiment pas.

Manque énormément de confiance en elle.

Douleurs au bassin et entre les scapulas.

Elle dort très mal, avec récurrences de cauchemars (souvenirs de la scène dans la cage d'escalier).

Tests et corrections :

- Inflexion droite sacrée.
- Décompression L5-S1.
- Coupole gauche basse avec un pilier droit.
- Sternum en restriction vers le haut.
- C0-C1.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de strain vertical haut à axe respecté.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite, postérieure droite, transversale droite
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacré

5.5.4 Deuxième séance

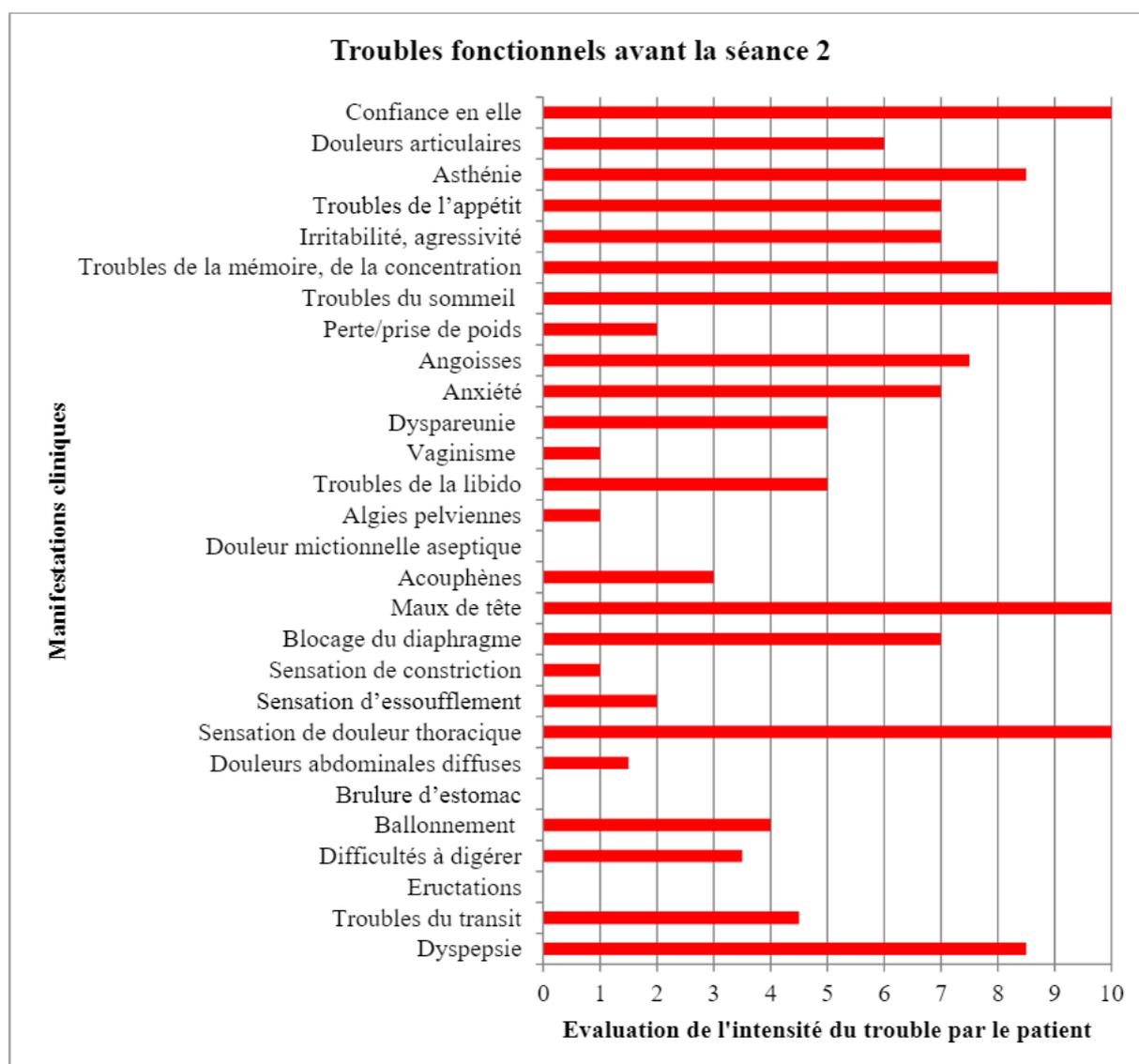
Il y a une quinzaine de jours, son mari l'a violentée. À ce moment-là, son père était présent (il arrivait de Russie pour rendre visite à sa fille). Il a subi la scène sans rien dire mais a eu une attaque cardiaque et a dû être hospitalisé.

Quand il était à l'hôpital, elle est allée au commissariat pour porter plainte (main courante) le gendarme n'a pas voulu prendre sa déposition car son mari a un statut diplomatique russe.

Elle se retrouve donc dans une impasse, elle a très peur, peur de ne jamais s'en sortir. Peur pour sa fille de ne pas pouvoir la protéger et de la perdre. Son mari est très autoritaire avec sa fille, voire violent.

A cause de cette période de stress intense, beaucoup de choses sont remontées à la surface.

Avant ces événements et après la première séance, elle se sentait mieux.



Les dyspepsies ont augmentées avec les angoisses, plus rien ne passe.

Par contre, chaque jour des maux de tête au niveau de l'occiput et en casque au niveau de tout le crâne. Se dit avoir la tête pleine, fatiguée.

Depuis ces événements, se sent très agressive contre tout, craint de ne pouvoir trouver une solution à cette situation. Se sent obligée d'être soumise, elle a interdiction d'agir.

Elle a perdu l'appétit, se nourrit sans avoir faim, c'est un nouveau trouble chez elle qu'elle n'avait plus depuis qu'elle était partie de Russie.

Tests et corrections :

- Rythme SSO très lent.
- Pompage cervical.
- Ouverture des trous de la base qui entraîna des nausées.
- Roulement des temporaux.
- Défibrosage de l'os hyoïde par rapport au cartilage thyroïde qui déclencha des pleurs et une crise d'angoisse.
- Lame thyro-péricardique.
- Ligament vertébro-pleural droit.
- Ligament suspenseur du dôme pleural droit qui engendra des pleurs et une crise d'angoisse.
- Synchronisation crâne sacrum.

Cette séance a été très compliquée pour moi dans sa gestion. Elisa a fait de multiples crises d'angoisses, à la limite de s'étouffer.

J'ai dû écourter la séance, je n'ai pas pu tester de nouveau, ni corriger tout ce que j'aurais voulu. Le simple abord de la zone thoracique et de la loge viscérale du cou a été révélateur de souvenirs profonds dont elle ne se rappelait plus.

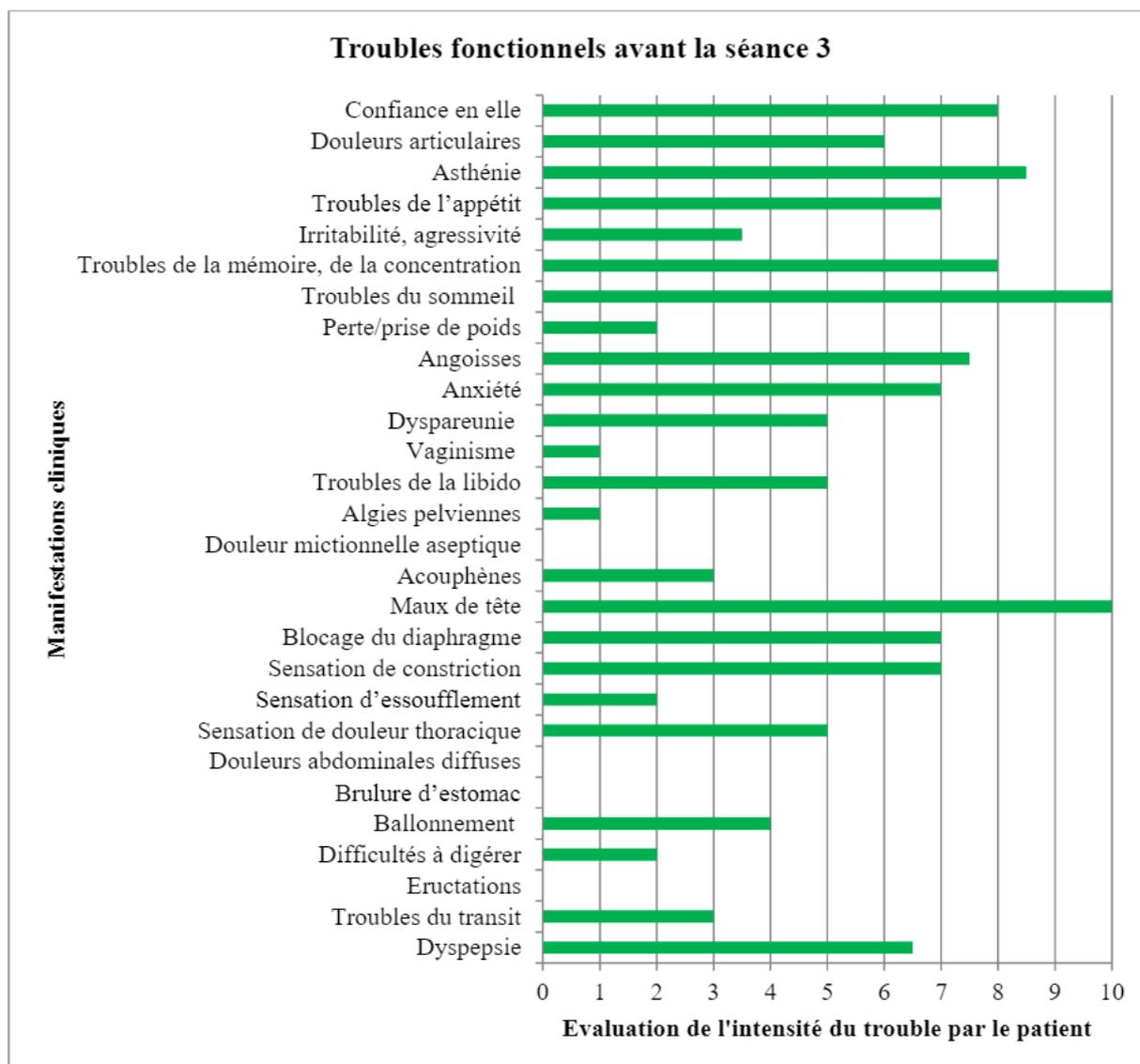
Cette séance m'a démontré à quel point le simple fait de toucher pouvait avoir un impact surdimensionné sur le psychisme des personnes.

5.5.5 Troisième séance

S'est sentie légère après la séance.

Elle a été rappelée par la gendarmerie, durant ce mois-ci, pour recevoir sa plainte. Les gendarmes lui ont demandé les coordonnées téléphoniques de son mari pour le convoquer.

Cela a déclenché une grande panique chez elle, elle n'a pas voulu leur donner par peur des représailles.



Beaucoup de cauchemars, de réveils en sursaut.

Trouble de la mémoire qui la gêne dans son quotidien (exemple : ne se souvient plus où elle a garé sa voiture et la cherche).

Elle se force à se nourrir.

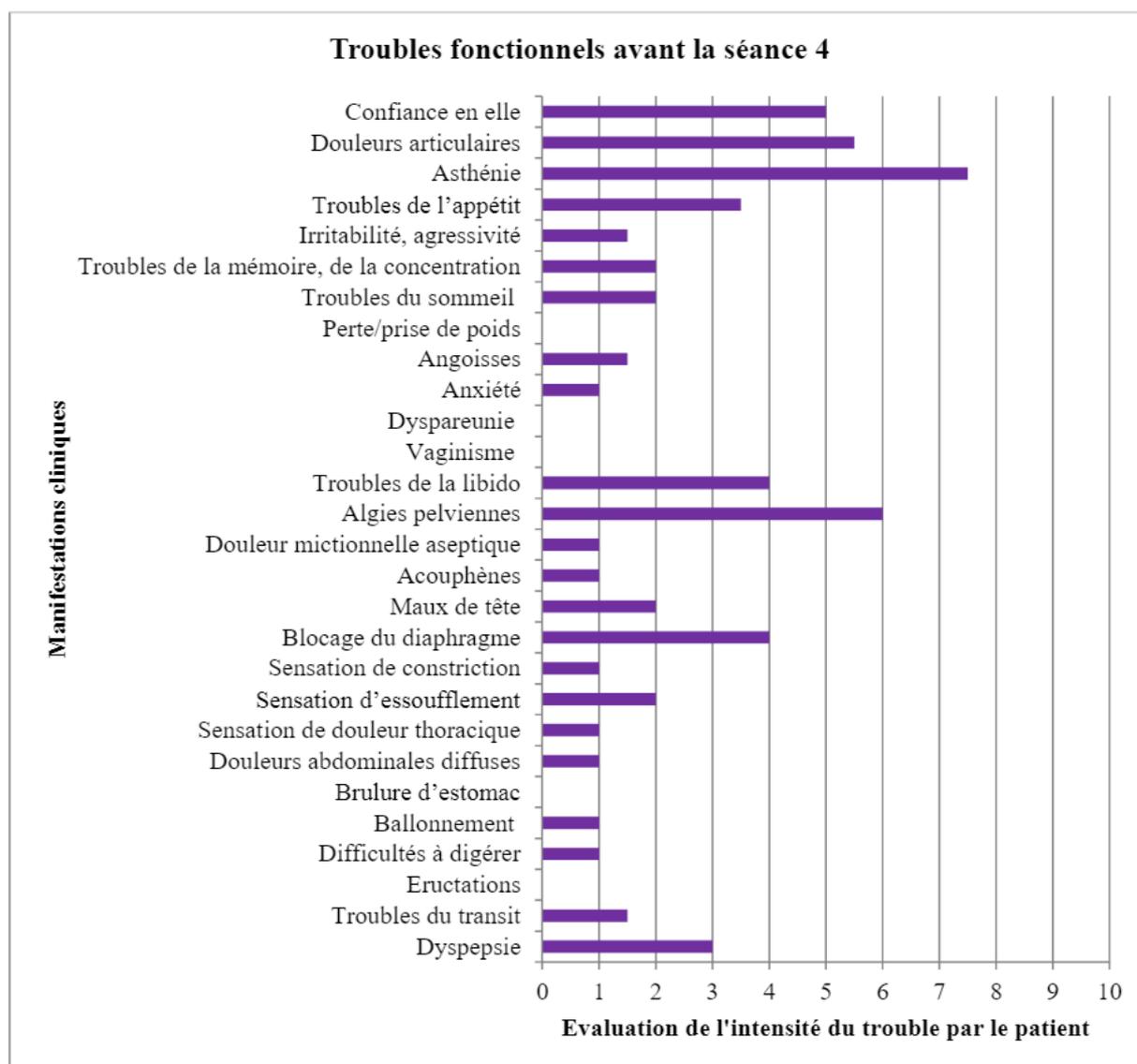
Tests et corrections :

- Ouverture des trous de la base
- Sphincter d'Oddi

- Duodénum/pancréas
- Foie/estomac, petit épiploon
- Racine du mésentère
- Entéroptose de l'intestin grêle
- D6-K6 gauche, scapula gauche

5.5.6 Quatrième séance

Durant la période des fêtes de Noël, il y a eu des conflits avec son mari.



Les maux de têtes sont liés à des difficultés avec l'école de sa fille.

Pendant ses menstruations, elle a eu des brûlures mictionnelles.

Après les fêtes de Noël, son mari a été gentil avec elle, elle a eu plus de désir envers lui, les rapports sexuels se sont mieux passés.

Elle ne se sent plus anxieuse comme avant, de même pour les angoisses. Une personne qu'elle n'avait pas revu depuis plus de 6 mois la trouvée plus calme.

Elle dort beaucoup mieux, les cauchemars sont rares, elle ne se lève plus la nuit pour aller uriner.

Elle est moins agressive, elle essaie d'être plus observatrice et de ne plus laisser ses émotions sortir comme avant.

Elle gagne en confiance, elle s'accepte plus.

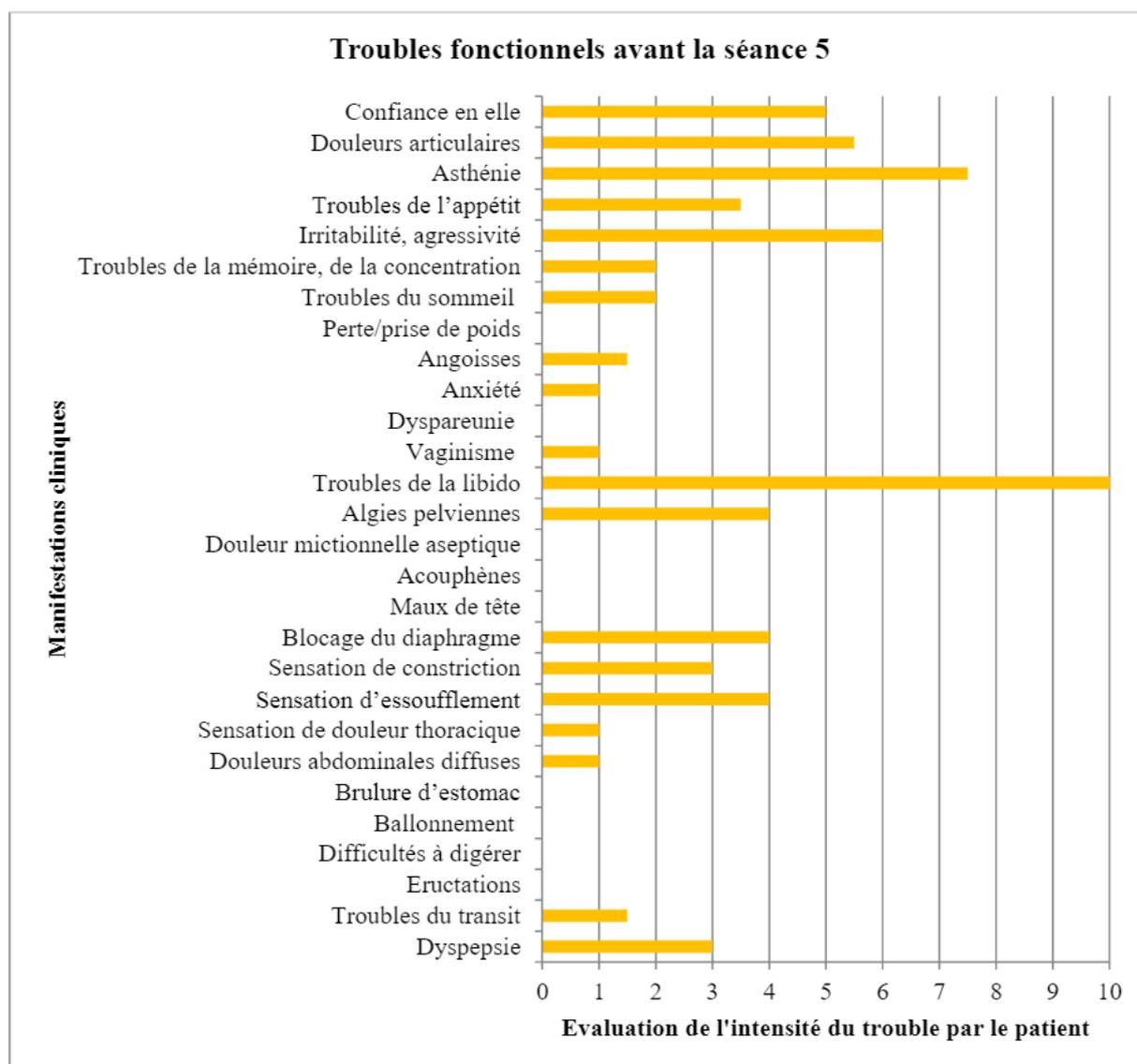
Les douleurs articulaires ont diminués, mais elle se plaint de douleurs au niveau de la sacro-iliaque droite et entre les scapulas.

Tests et corrections :

- Diaphragme lift.
- Rein gauche, psoas gauche.
- Sphincter d'Oddi, foie, vésicule biliaire.
- Duodénum, pancréas.
- Sacro-iliaque droite.
- D12.
- Travail des 2 scapulas.
- Synchronisation crâne-sacrum.

5.5.7 Cinquième séance

Ce mois-ci, son mari l'a interdit de sortir de chez elle, car sa voiture était en panne.



Quelques diarrhées lorsqu'elle annonça à son mari qu'elle consultait une ostéopathe.

Les douleurs abdominales surviennent si épisodes de stress.

Elle se sent essoufflée, car elle n'a pas pu sortir de chez elle de tout le mois.

Elle a eu des constrictions du thorax quand elle conduisait sa voiture en panne.

Douleurs dans le petit bassin, en lien avec une mycose vaginale.

Aucune libido à cause de la séquestration de son mari chez elle.

Elle est réveillée par les ronflements de son mari.

Elle est irritée par l'attitude de son mari, il ne fait pas réparer sa voiture, il lui coupe l'eau chaude lorsqu'elle se douche.

Le fait de rester chez elle enfermée, elle a perdu de son énergie.

Elle se plaint de douleurs entre les scapulas qui augmentent avec la fatigue, ainsi que depuis quelques jours des fourmillements dans le IV et V doigts de la main gauche, ainsi qu'une perte musculaire.

Tests et corrections :

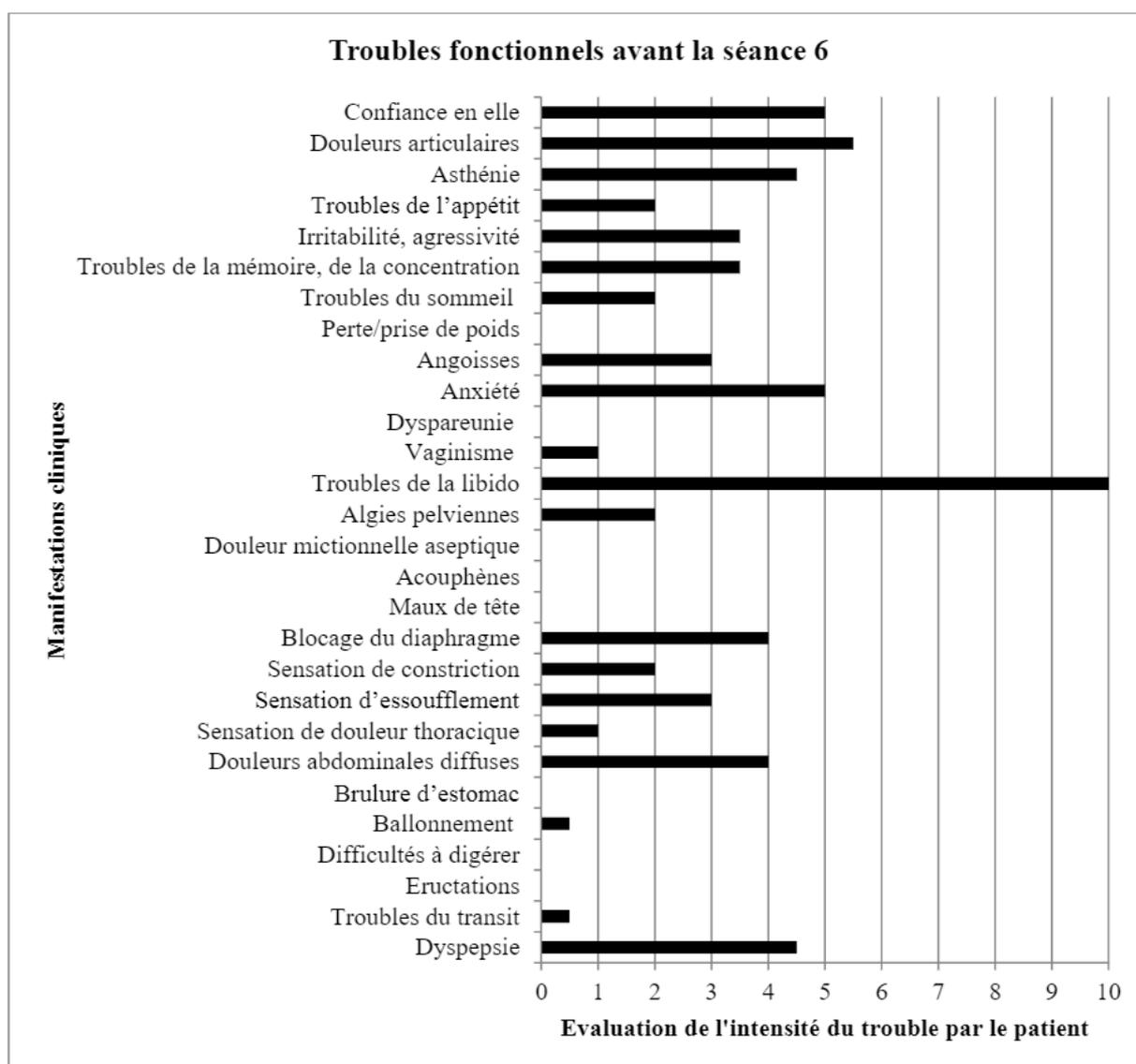
- C0-C1
- Epaule gauche, poignet gauche, membrane interosseuse de l'avant-bras gauche.
- Diaphragme
- Compression du IV ventricule

Elisa était bien trop perturbée pour travailler le plancher pelvien.

Ce jour-là, j'ai dû l'accompagner chez un médecin pour un examen gynécologique pour qu'il lui prescrive un traitement pour sa mycose vaginale.

Elle n'était pas allée chez un médecin depuis 5 ou 6 ans, depuis qu'ils sont en France.

5.5.8 Sixième séance



Durant le mois le transit était idéal, il y a eu juste un évènement perturbateur qui déclenchera des diarrhées toute une nuit.

Quelques ballonnements après un petit-déjeuner copieux inhabituel.

Le fait de ne pas arriver à inspirer totalement ne la dérange plus comme avant, elle arrive mieux à le gérer.

Elle est anxieuse de son avenir, de celui de sa fille et du comportement de son mari.

Elle est très angoissée par la violence que son mari peut avoir envers elle et sa fille.

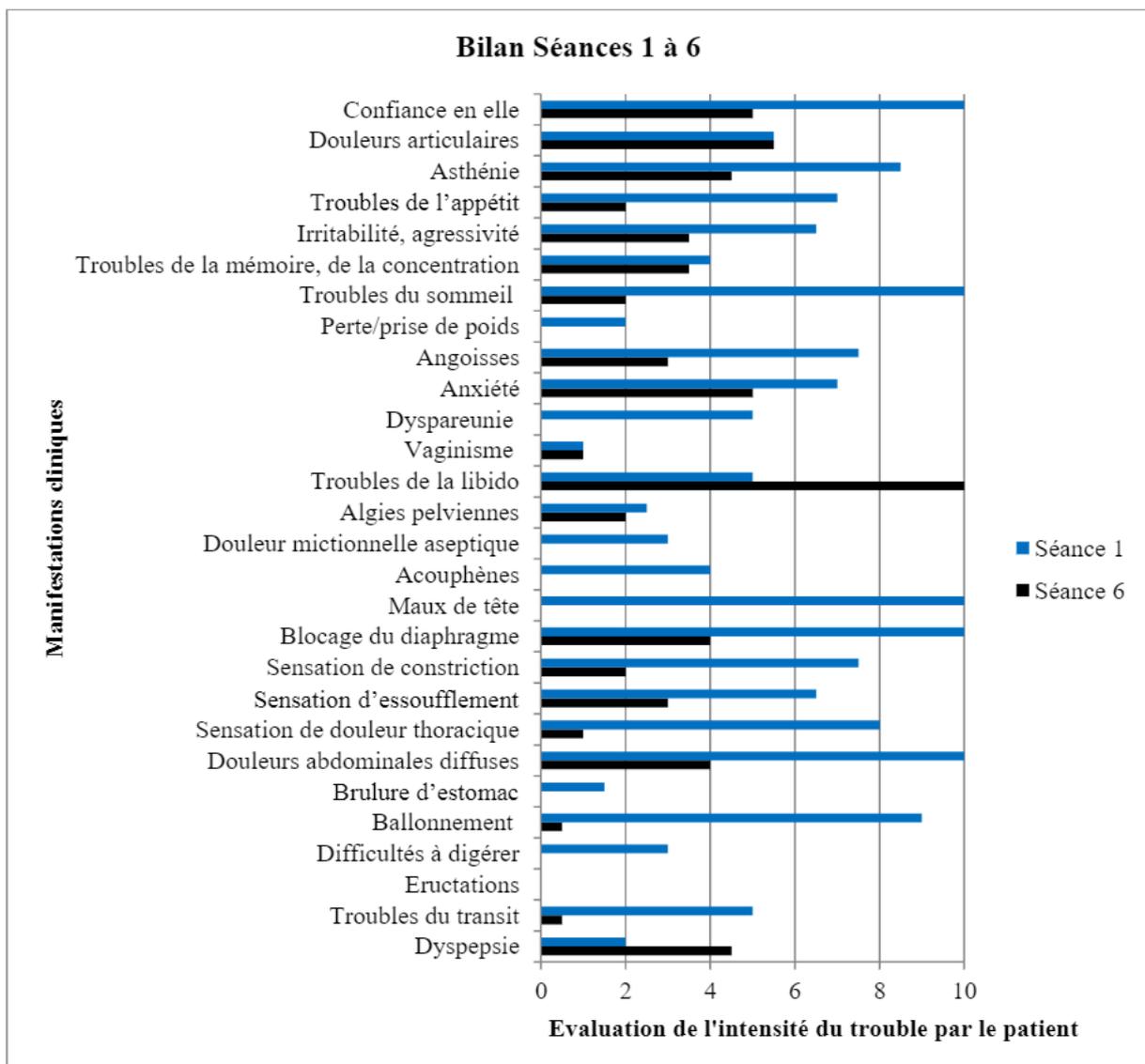
Elle n'a plus les douleurs dans le bras gauche, ni les fourmillements, ces symptômes sont partis quelques jours après la 5ème séance. Toujours une douleur entre les scapulas.

Tests finaux :

- D3
- Membrane de tension réciproque transversale droite

- Dôme pleural droit
- Vessie
- Utérus
- Ovaire droit
- Lame SRGVP droite
- Foie
- Colon ascendant
- Cadran antérieure droit du plancher pelvien
- Noyau fibreux central en restriction vers la gauche

Bilan Séances 1 à 6:



5.5.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquer votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« Je suis devenue plus sûre de moi, la douleur est partie. Je peux me sentir beaucoup mieux et plus concentrer sur mes sentiments et émotions et je vois la raison de ma souffrance. Je suis devenue plus calme et en paix. Merci ! »

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« Je pense qu'il le faut absolument, et les raisons sont les mêmes que ma réponse précédente ».

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

« Tout dépend du thérapeute »

5.6 Sibille

Sibille est une patiente de 35 ans.

Elle est enseignante chercheur.

Protocole sans suivi psychologique.

Elle fait partie de l'association internationale des victimes d'inceste (AIVI).

5.6.1 Antécédents

Etant petite, diverses chutes.

1985 : Chute sur la tête au niveau du frontal droit.

1984 : Inceste par son père, elle avait 5 ans.

1986 : Zona au niveau de la taille.

1992 : Entorse du pied gauche.

1995 : Appendicectomie.

1996 : Ablation d'un kyste au sein gauche, bénin.

2005 : Entorse d'un doigt.

2010 : Accouchement

2014 : Pyélonéphrite.

5.6.2 Description de son traumatisme

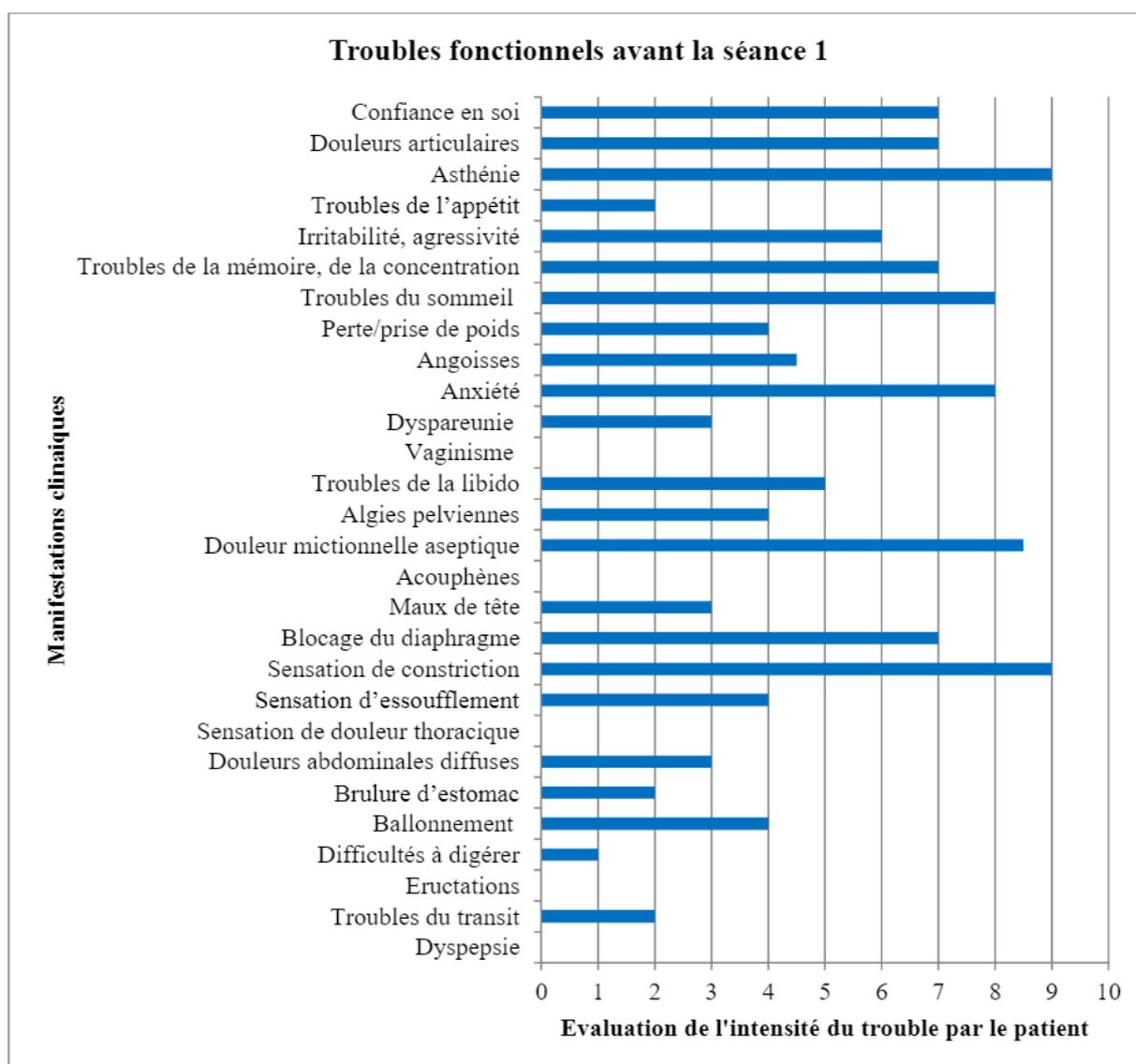
Inceste lorsqu'elle avait 5 ou 6 ans par son père.

N'a plus aucun contact avec les personnes de sa famille, sauf sa sœur qui a aussi été victime de son père et un de ses frères.

Rancœur envers sa mère.

Elle décrit son père comme un déchet de l'humanité.

5.6.3 Première séance



Ballonnement par phases, environ une semaine dans le mois si facteur de stress.

Les sensations de constrictions au thorax sont liées au stress de même que les blocages du diaphragme.

Maux de tête en casque, une fois par semaine.

Des brûlures mictionnelles répétitives, dues à l'absence d'hydratation.

Se trouve maigre, voudrait prendre du poids mais n'y arrive pas. Elle a un appétit d'oiseau, n'a pas beaucoup faim.

Elle se plaint de réveils nocturnes, de cauchemars.

Elle est irritée sans être agressive, elle garde en elle ses émotions.

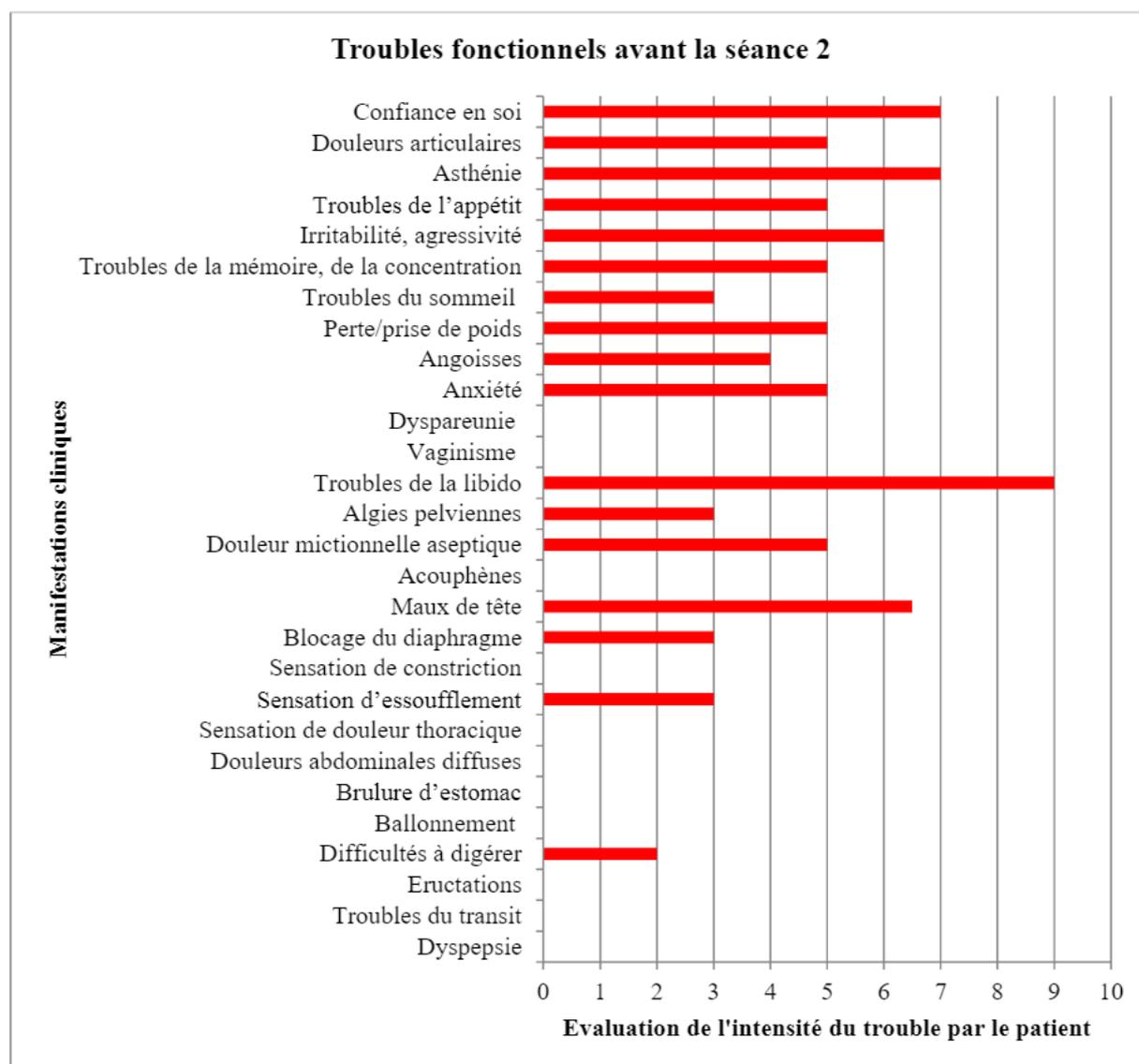
Depuis le premier groupe de parole le mois dernier a des cervicalgies à type de tension musculaire allant jusqu'au trapèze droit.

Tests et corrections :

- Inflexion gauche du sacrum.
- Rotation antérieure de l'iliaque droit.
- Compression synchondrose sphéno-occipitale, dysfonction de torsion droite.
- Membrane de tension réciproque, longitudinale antérieure et postérieure droites, transversale droite.
- C2
- Coupole gauche basse, pilier droit.
- Asynchronisme du mouvement cranio-sacré.

5.6.4 Deuxième séance

Après la première séance, une « bonne » fatigue, détendue.



Elle ne fait plus de sport, donc au moindre effort elle se sent essoufflée.

Il y a eu un début de cystite, prise d'antibiotique qui la stoppé immédiatement.

Les troubles de la libido sont mieux depuis une semaine, sinon durant le mois aucune envie, ce qui la gêne.

Secret de famille pesant, a vu sa sœur en fin de mois dernier cela a créé beaucoup d'anxiété.

Certaines angoisses ont diminuées, se sent plus en sécurité chez elle (elle s'est enfermée en dehors de chez elle, et s'est aperçu qu'on ne pouvait pas rentrer à l'intérieur de sa maison sans faire énormément de bruit ce qui la rassure).

Quand elle se lève, n'a plus la sensation de fatigue avec l'envie de déjà se recoucher.

Il y a une nette amélioration de ces cervicalgies.

Tests et corrections :

- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite.
- Lame thyro-péricardique.
- Plèvre pariétale par rapport à la plèvre viscérale gauche (partie supérieure à K5).
- K5.
- Ligaments vertébro-pleuraux gauches.
- Ligament vertébro-péricardique gauche.
- Ligament sterno-péricardique inférieur
- Sternum en restriction de translation droite et vers le haut.

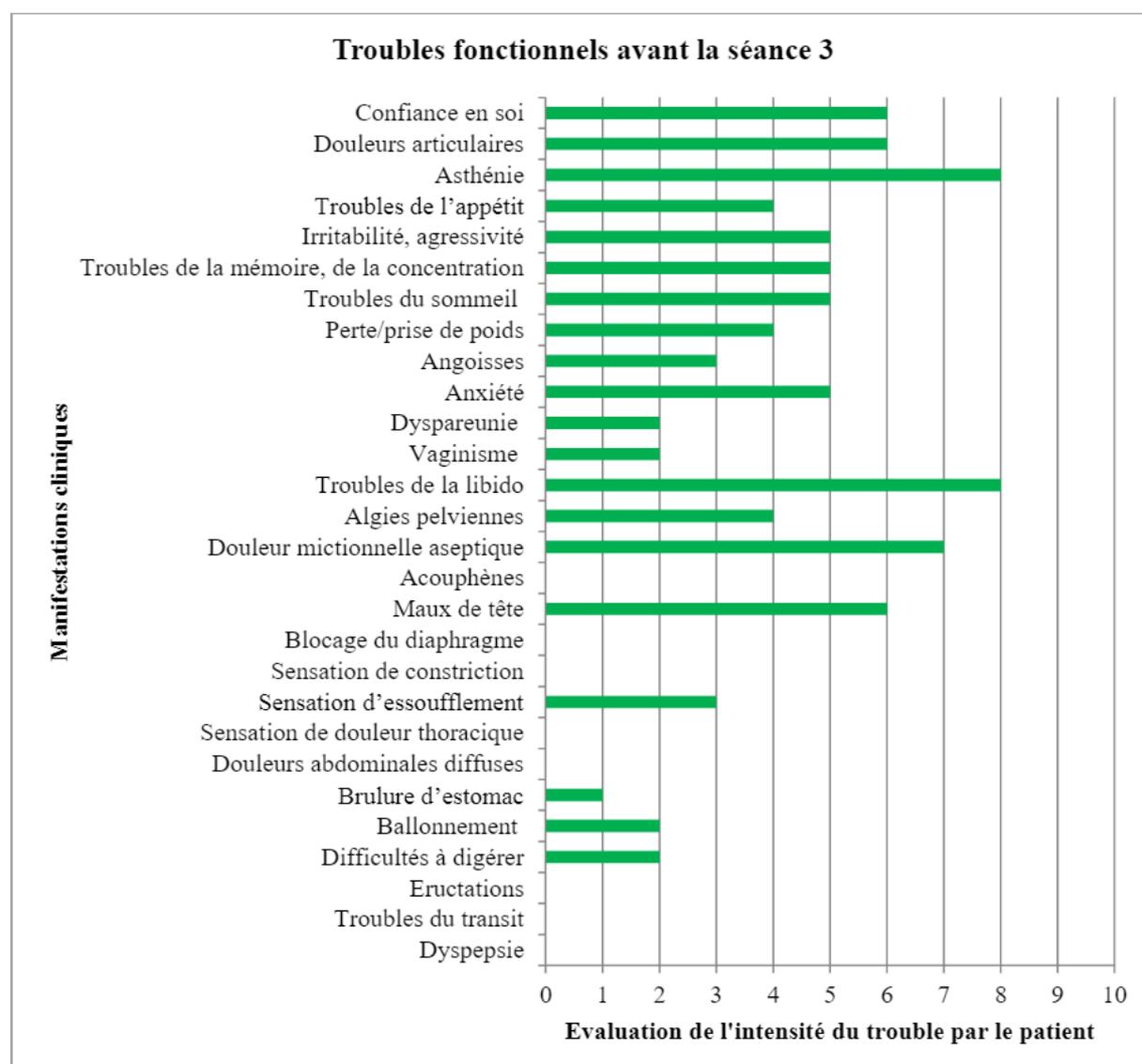
Lors de la technique sur le sternum, elle s'est sentie rééquilibrée.

A la fin de la séance, elle s'est sentie ancrée dans le sol.

5.6.5 Troisième séance

La séance précédente était dérangeante mais se sentait bien.

Trois jours après, envie de pleurer par épuisement.



Les ballonnements sont liés à son alimentation pas très équilibrée.

Quelques brûlures d'estomac à cause de certains antibiotiques (traitement des cystites).

Cystite importante avec prise d'antibiotique.

Pour le vaginisme, elle se contracte par la peur d'une infection, de même que pour les dyspareunies.

Elle aurait peut-être prit un peu de poids.

En ce moment, elle dort moins bien car son mari est en déplacement.

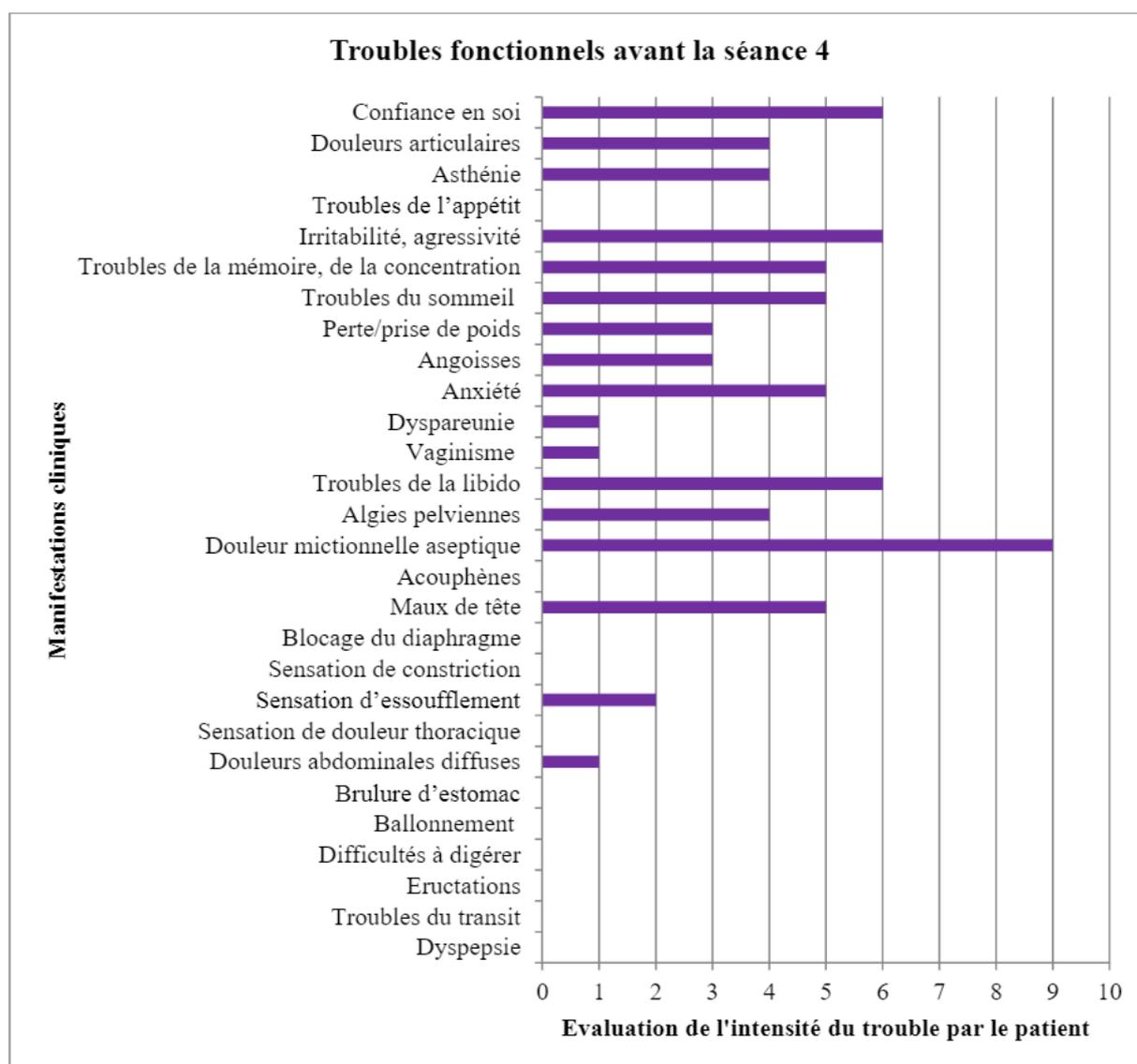
Elle a plus confiance en elle. Elle s'autorise à être moins exigeante envers elle-même.

Elle affronte certaines difficultés plus facilement, se sent moins irritée.

Tests et corrections :

- Rotation antérieure d'iliaque droit
- Coupole gauche basse
- Sphincter d'Oddi
- Duodénum par rapport au pancréas.
- Racine du mésentère
- Entéroptose de l'intestin grêle.
- Foie/Estomac
- C7

5.6.6 Quatrième séance



Les maux de tête sont le matin, plus diffus et ils ne sont plus accompagnés de sonophobie.

Le fait d'avoir été en vacances augmente sa libido.

Des vaginismes par la peur d'avoir des cystites par la suite, de même pour les dyspareunies.

En ce moment elle se sent irritable, elle en a marre des personnes toxiques, de difficultés à supporter les gens « cons ».

Elle n'a plus de cervicalgies, par contre elle se plaint de gonalgie gauche depuis une randonnée.

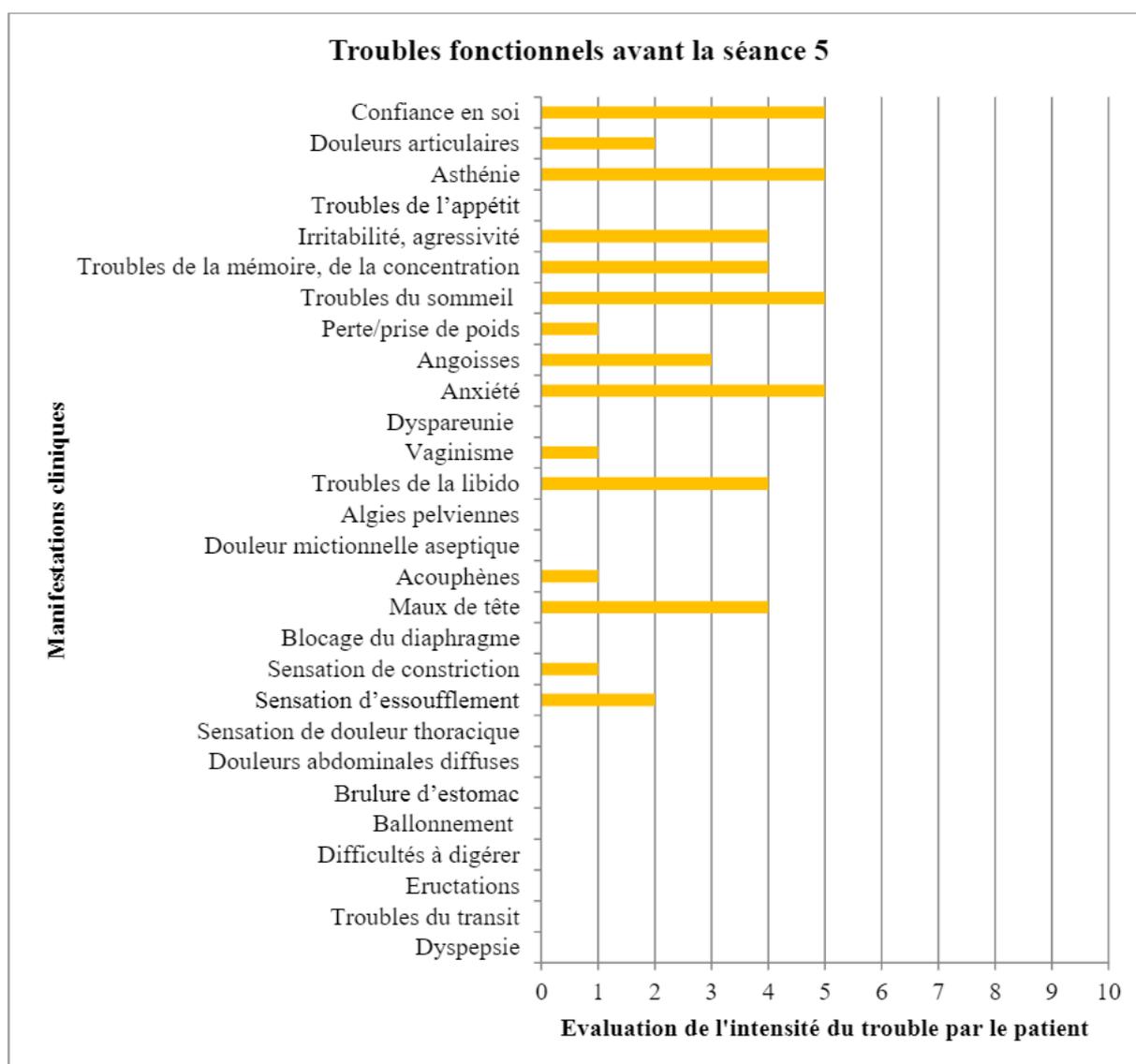
Depuis la séance, elle a faim, elle a de l'appétit comme elle n'avait pas eu depuis longtemps, elle est contente, plus de troubles de l'appétit.

Tests et corrections :

- Inflexion droite sacrum + piriforme droit
- Genou droit
- Piliers du diaphragme
- Sphincter d'Oddi, petit épiploon
- Rein droit
- Ovaire droit
- Soulèvement de la vessie
- Ligament pubo-vésical gauche
- Lame SRGVP droite
- Ligament large droit
- C4
- Frontal, palatin droit

Le fait d'être derrière elle pendant la position assise de la pratique sur la vessie, a été vécu comme une épreuve car cela a provoqué la montée de tas de mauvais souvenirs.

5.6.7 Cinquième séance



Elle s'est plainte ce mois-ci, de 2 douleurs de resserrement au niveau du cœur, sans cause apparente, c'était comme une sensation de constriction due au stress en fin de journée.

Elle se demandait pourquoi elle n'avait plus eu de brûlure et de gêne à la miction, elle ne comprenait pas, en lui rappelant le travail effectué sur le petit bassin lors de la 4ème séance, ça lui semblait évident que c'était grâce à cela ! Elle n'a plus de douleurs mictionnelle.

Les douleurs lors de la pénétration ont diminuées, cependant, elle a utilisé un lubrifiant pour faciliter le passage, mais elle a toujours une appréhension.

Toujours des angoisses de ne pas réussir, peur de ne pas y arriver.

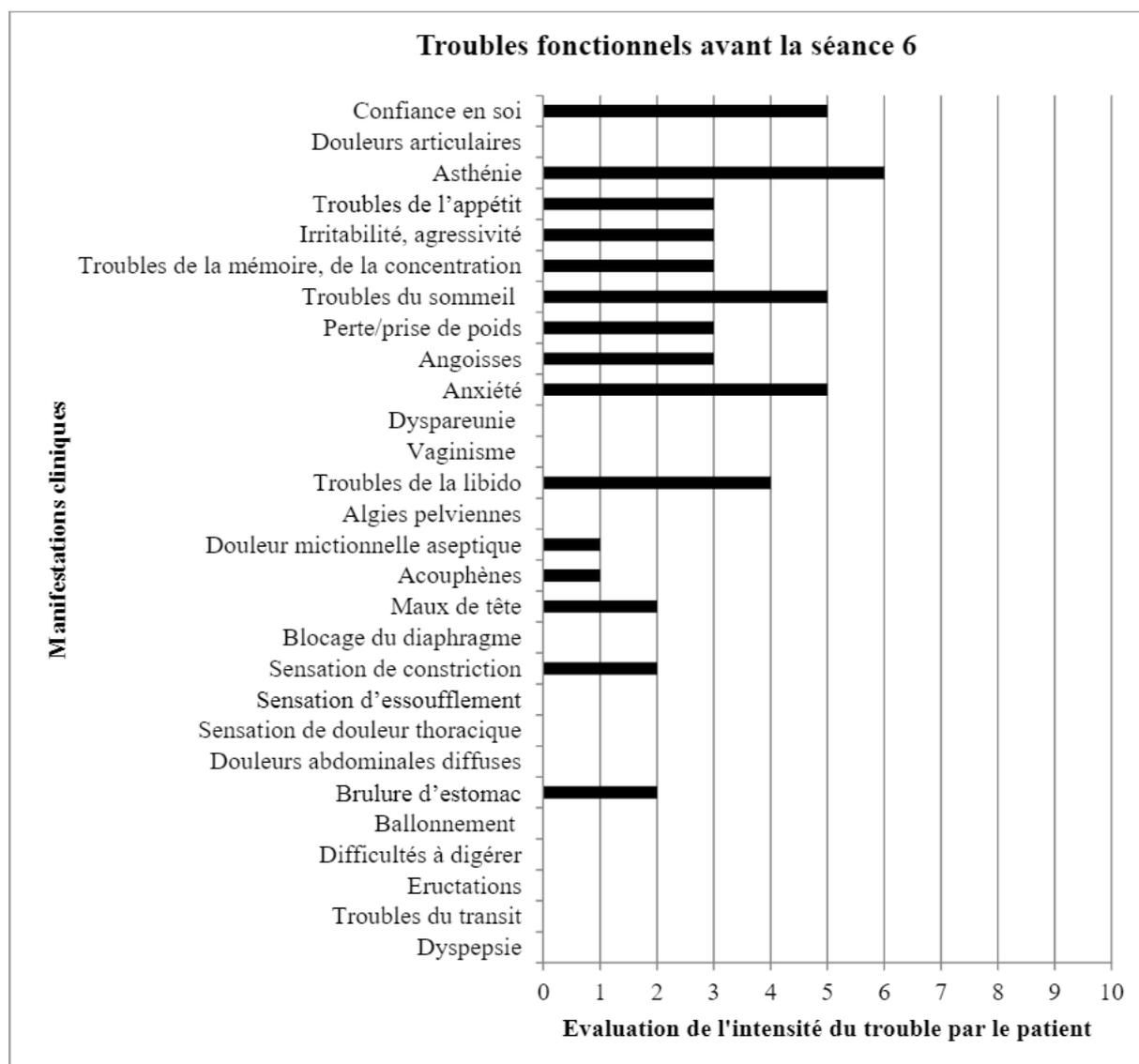
Son mari étant en déplacement à l'étranger et dans des pays parfois risqué, elle n'est pas sereine.

Tests et corrections :

- Inflexion gauche du sacrum.
- Décompression L5/S1
- Noyau fibreux central dysfonction de mobilité.
- Noyau fibreux central en restriction vers l'arrière.
- Cadran antérieur gauche du plancher pelvien en restriction vers l'avant.
- Cadran antérieur droit du plancher pelvien en restriction vers l'arrière.
- Canal d'Alcock droit.
- L3
- Coupole gauche basse du diaphragme thoracique.
- Duodénum/foie/estomac
- Colon ascendant, angle colique droit.
- Restriction du palatin et maxillaire droit.
- Occipito-mastoïdienne droite + temporal droit.
- Drainage des sinus veineux du crane
- D7

5.6.8 Sixième séance

A la suite du groupe de parole, elle s'est sentie fatiguée, elle n'a pas pris le temps de s'asseoir et de pleurer, de relâcher la pression.



Durant ce mois-ci, elle a eu une gastro-entérite ou une grippe intestinale.

Elle se sent très fatiguée depuis la grippe intestinale, le fait que son mari soit absent et qu'elle est tout à gérer.

Aucune amélioration par rapport à la 5ème séance pour les troubles de la libido. Elle ne prend pas le temps de se retrouver, la routine la rattrape.

La gastro-entérite lui a fait perdre du poids.

Des démangeaisons et brûlures mictionnelles sûrement liées avec les troubles digestifs de la gastro-entérite.

Le sommeil est compliqué lorsque son mari est en déplacement à l'étranger. Elle met longtemps à s'endormir.

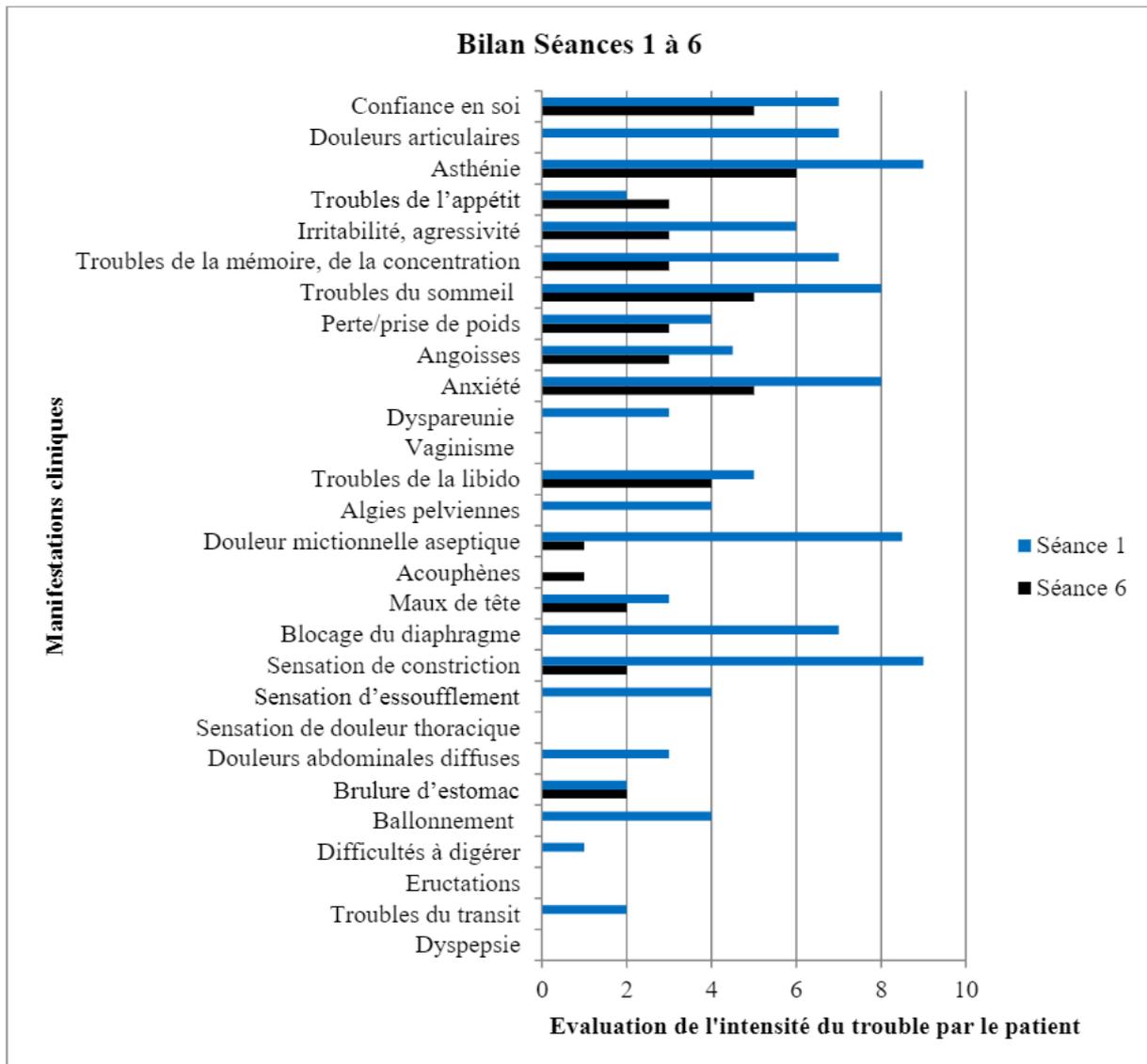
L'irritabilité n'est plus une manifestation qui la dérange, car elle se donne le droit ne pas être contente.

Pour la confiance en soi, cela n'a pas encore fait son chemin.

Tests finaux :

- Faux du cerveau
- Temporal droit
- Dôme pleural droit
- K1 droite
- Pilier gauche du diaphragme
- Colon, foie, estomac
- Piriforme gauche
- Travail sur le membre supérieur gauche
- D5, D12, C4

Bilan Séances 1 à 6:



5.6.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquer votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« J'ai l'impression que cela a débloqué pleins de choses. J'ai pris conscience que certaines tensions pouvaient être liées à un passé douloureux. Et cela aide à mieux se connaître, à mieux prévenir/anticiper/guérir. »

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« Aide à mieux sentir son corps, à être à son écoute. C'est un accompagnement, lors d'un processus ou la personne avance en considérant son corps et ses émotions. »

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

5.7 Clémence

Clémence est une patiente de 49 ans.

Elle est en formation pour devenir conseillère conjugale et familiale.

Elle fait partie de l'association internationale des victimes d'inceste (AIVI).

5.7.1 Antécédents

1971 : tuberculose.

1973 : inceste par son père. Sa grande sœur de 3 ans en était victime, également. Elle a préféré se suicider à l'âge de 25 ans, Clémence en avait huit.

Tentatives de suicides en 1977, 1991 et 1998.

1977 : tentative de suicide par défénéstration du troisième étage, multiples fractures au bassin, col du fémur et fémur droit, malléole fibulaire droite, hallux droit, humérus droit, coude gauche. Suivie de dix-huit mois de rééducation.

1993 : Accident de la voie publique, choc arrière, simple hospitalisation.

2000 : cancer du col de l'utérus, hystérectomie totale suivie de chimiothérapie et rayons X.

2000 : suite aux séances de radiothérapie, brûlure du rein gauche, hyperplasie de la surrénale gauche. Brûlures sur plusieurs endroits de l'intestin grêle.

2005 : hyperandrogénie rare (augmentation de la testostérone).

Dysfonctionnement de la glande thyroïde, alternance d'hypo et d'hyper-thyroïdie.

Automne 2014 : syndrome de l'apnée du sommeil.

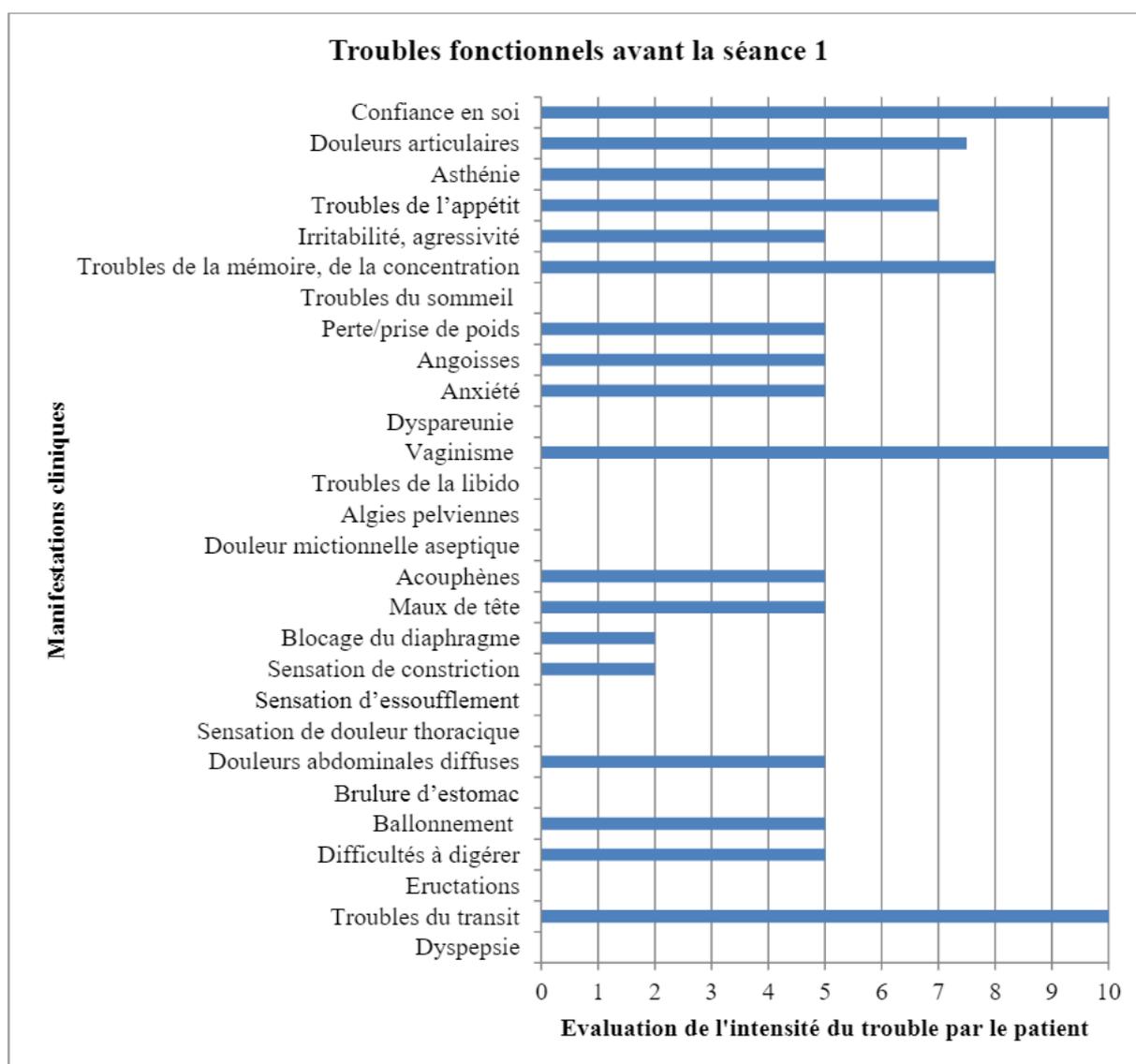
5.7.2 Description de son traumatisme

Il y a eu une unique scène d'inceste par son père.

Elle ne se souvient que du moment où son père l'a obligée à tenir son pénis dans sa main.

Après elle n'a plus aucun souvenir.

5.7.3 Première séance



Beaucoup de problèmes au niveau viscéral liés aux brûlures des radiations.

Migraines au niveau d'une tempe non spécifique accompagnée de sonophobie et photophobie ainsi que des nausées et vomissements. Plusieurs fois dans le mois.

Douleurs constantes au niveau du bassin, membres inférieurs et supérieurs liés aux séquelles de son accident.

Tests et correction :

- Inflexion gauche du sacrum.
- Décompression L5/S1.
- Décompression de la synchondrose sphéno-occipitale, strain vertical bas, rythme très lent.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite, postérieure droite et transversale droite.

- Synchronisation crâne-sacrum.

Il n'y aura pas eu d'autre séance avec Clémence à cause de la distance trop importante et de son manque de disponibilité.

5.8 Véronique

Véronique est une patiente de 57 ans.

Elle est sans emploi.

Elle suit le protocole sans suivi psychologique dans le cadre du mémoire, mais elle est entourée d'autres professionnels de la santé. En effet, elle est en instance de divorce, donc elle est suivie par juriste, psychiatre du tribunal, infirmière (hydrothérapie du colon), sophrologue.

5.8.1 Antécédents

1968 : chute fracture du crâne et de la mâchoire.

G5P3 : Cinq grossesses avec trois accouchements en 1984,1986 et 1989, (deux fausses couches ne se souvient pas des dates).

2000 : mâchoire d'enfant, chirurgie reconstructrice de la mâchoire. Avancée mandibulaire.

2012 : ablation lobe inférieur du poumon droit.

2012 : cancer du poumon droit. Hydrothérapie du colon, kinésithérapie, maison de convalescence. En rémission totale.

2012 : fracture de plusieurs côtes droites, suite aux violences de son mari, elle avait 55 ans.

Rhizarthrose des deux pouces.

Spondylolisthésis L5S1.

5.8.2 Description de son traumatisme

Depuis 36 ans, violences sexuelles infligées par son mari, viols accompagnés de diverses fractures.

Elle ne visualise pas les violences, elle n'en a que des sensations.

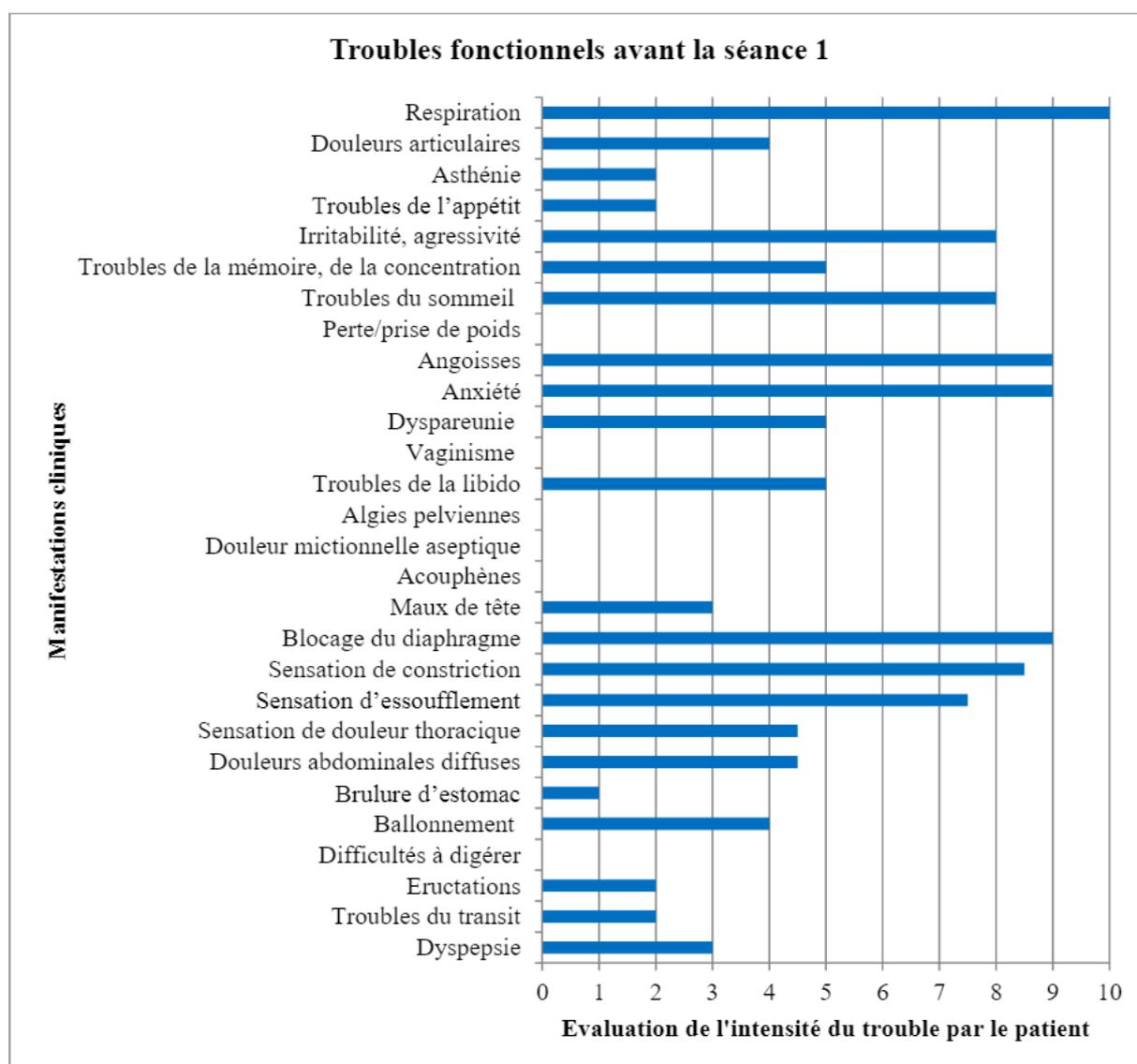
Elle se souvient seulement que son mari l'étouffait avec un coussin pendant les rapports sexuels.

Actuellement, en instance de divorce, mais vit toujours sous le même toit que son mari.

5.8.3 Première séance

Sensation d'insécurité chez elle.

C'est une patiente qui est en souffrance psychologique et physique.



Elle va à la selle tous les jours car elle pratique l'hydrothérapie du colon.

Des sensations de constriction dès qu'elle se trouve en situation de stress.

Le diaphragme se bloque très régulièrement dans la journée.

Sa libido est très atteinte du fait de la violence de son mari, aucune tendresse, aucuns mots doux.

Pas de douleurs lors de la pénétration, par contre des douleurs lors des rapports. En effet, elle fréquente un homme qui lui aussi a été victime de violences conjugales.

Réveils nocturnes entre 2 et 3 heures du matin, avec des cauchemars toutes les semaines.

Des rachialgies.

Elle vit un parcours du combattant. Elle se sent fatiguée.

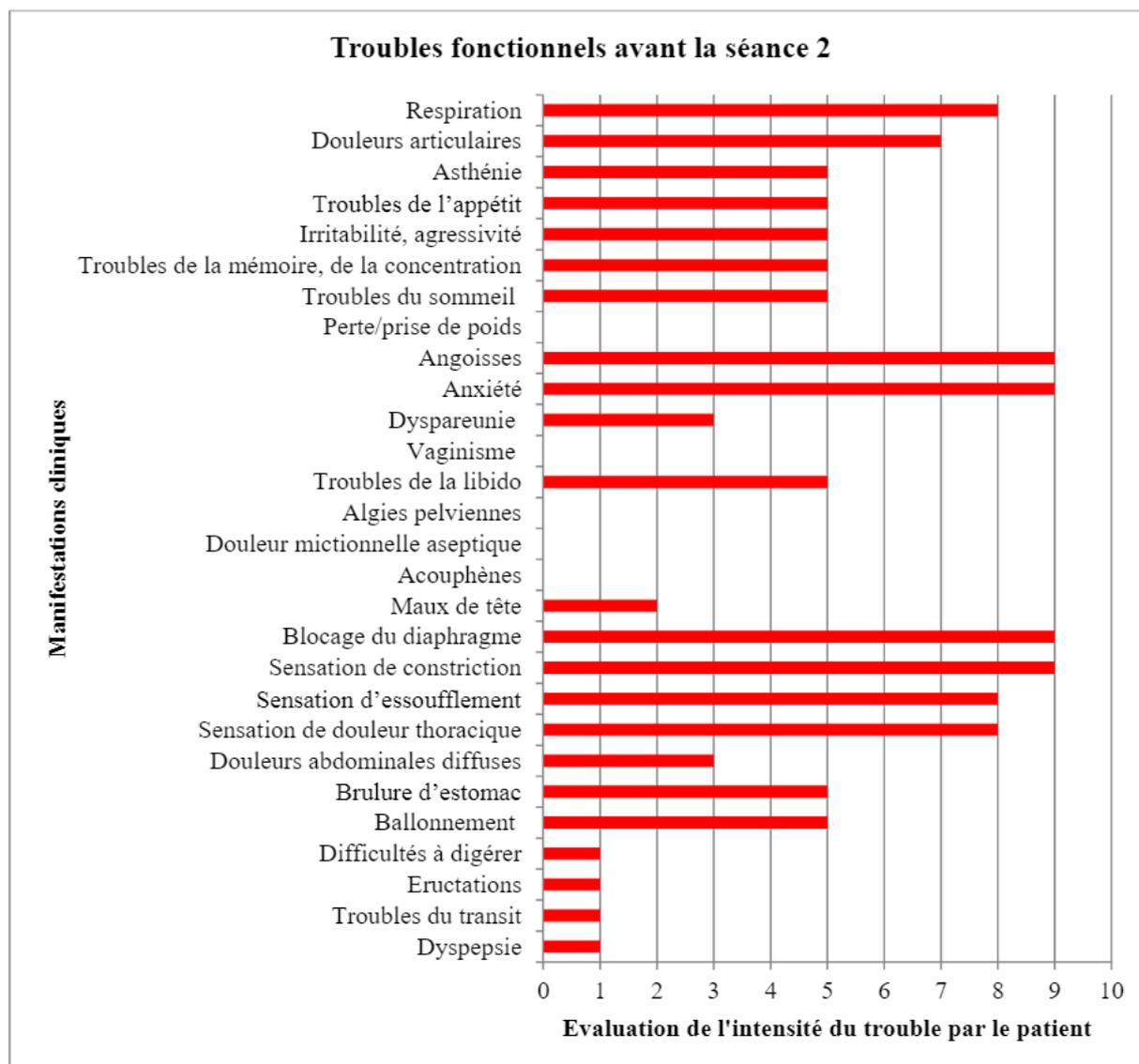
Se sent agressive même avec des personnes « normales ». Se dit à fleur de peau.

Tests en corrections :

- Sacrum en technique liquidienne, très dense, lourd.
- Décompression L5/S1.
- Décompression symphyse pubienne
- Ouverture des trous de la base du crâne.
- Décompression synchondrose sphéno-occipitale
- Dysfonction de strain latéral droit à axe non respecté, dysfonction d'extension de la synchondrose sphéno-occipitale, rythme très lent.
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite, postérieure gauche.
- Décompression transversale des deux temporaux.
- Synchronisation du crâne/sacrum.

5.8.4 Deuxième séance

Nous avons vu ensemble ses radiologies qui montrent les fractures de côtes : K3 gauche, K6 gauche, K7 droite. Cela a été un moment particulièrement éprouvant, car elle n'arrivait pas à les regarder, malgré qu'elle les ai apportées spontanément.



Il y a eu des brulures d'estomac, mais lié au drainage du foie (citron pressé) recommandé par son infirmière.

Elle dort mieux mais se réveille toujours vers 2-3 heures du matin.

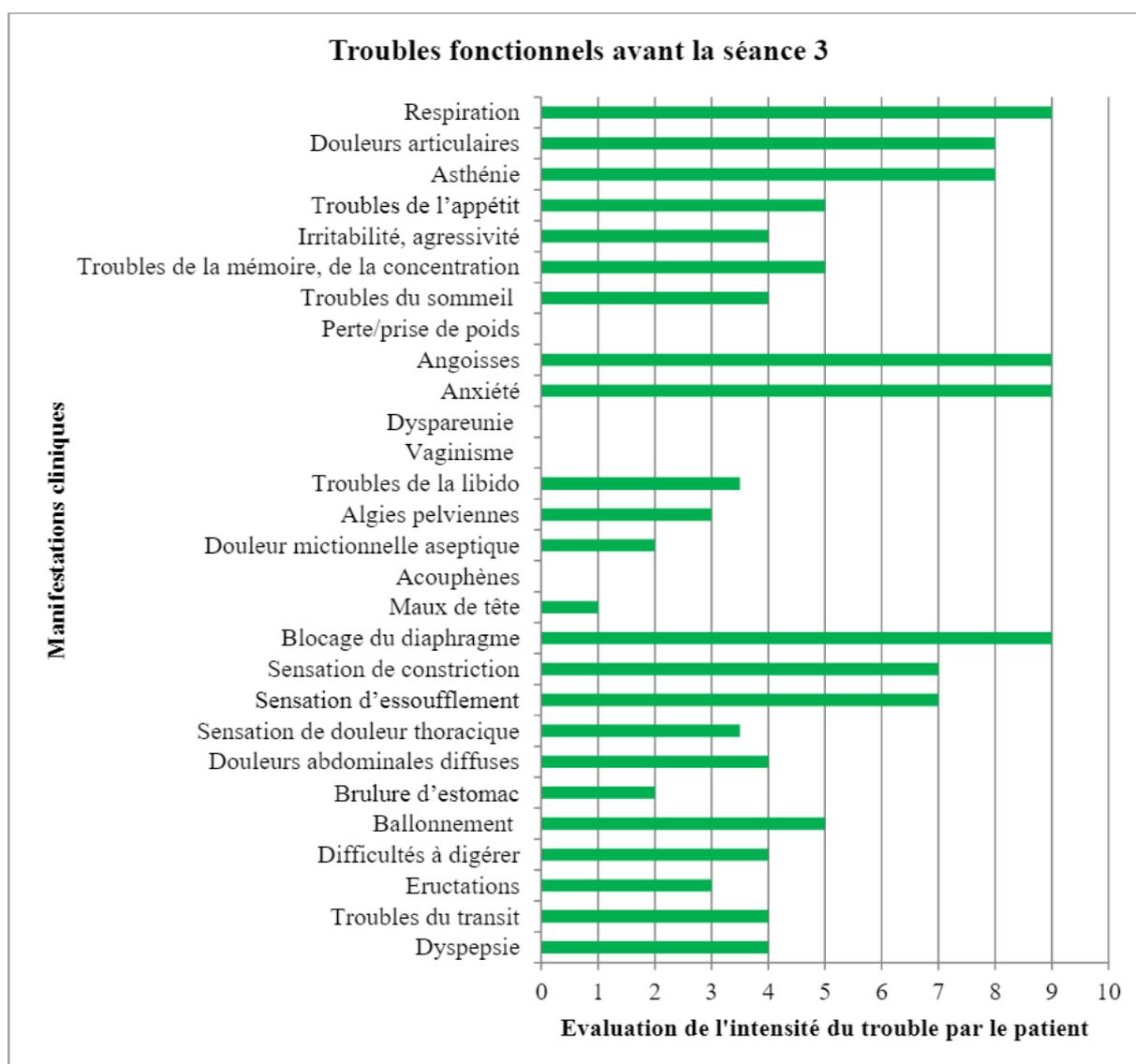
Perte de l'appétit à cause du stress, et des troubles digestifs.

Elle arrive mieux à se contenir face à son mari, l'irritabilité. Elle ne veut pas lui répondre par la violence.

Tests et corrections :

- Sacrum en liquidien.
- Occipito-mastoïdienne droite, base du crane à droite.
- Sphincter d'Oddi, estomac, œsophage.
- Motilité des deux poumons.
- Plèvre viscérale par rapport à la plèvre pariétale.
- Ligament sterno-péricardique supérieur et inférieur.
- K3 gauche, K6 gauche, K7 droite.
- Travail global du thorax en fascia.
- Loge viscérale du cou, lame thyro-péricardique.
- Ligament du dôme droit.

5.8.5 Troisième séance



Pour le transit, la patiente se sent bien, et pourtant elle augmentera la valeur de l'échelle.

Elle se plaint de difficultés à digérer, car elle a changé son régime alimentaire, elle suit un régime anti-cancer.

La patiente se plaint de brûlure mictionnelle, car elle se fait des bains dérivatifs et elle s'est brûlée au niveau de la vulve, donc à la miction cela l'a brûlée, mais logiquement ce ne serait pas évaluable dans ce tableau.

L'anxiété est toujours présente, tant que la situation du logement ne changera pas, la présence de son mari dans la même maison est très anxiogène.

Elle se plaint de difficultés pour s'endormir, car elle réfléchit beaucoup, du coup elle met longtemps à s'endormir.

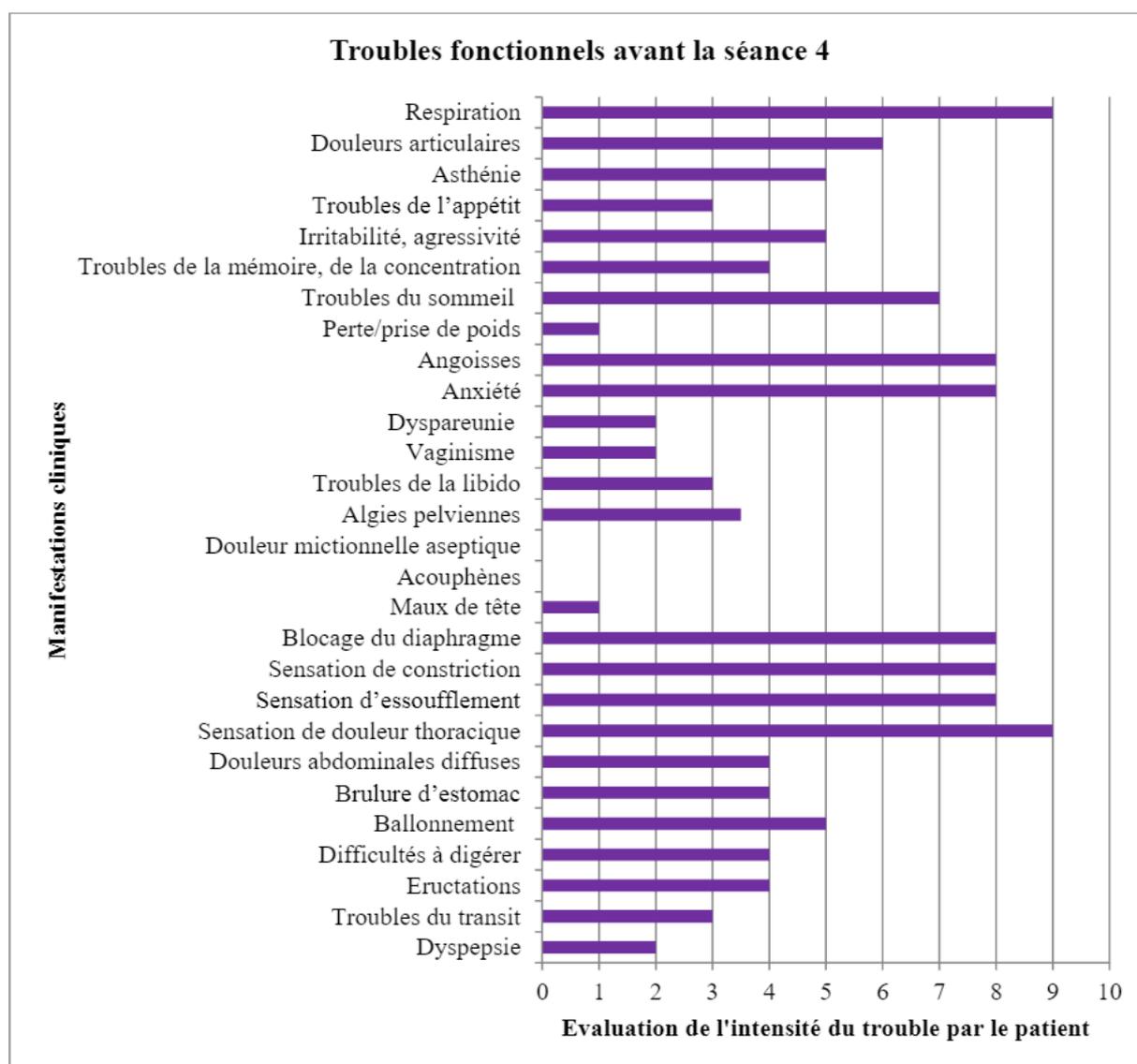
Elle est très fatiguée, surtout que durant ce mois-ci, il y a eu un enterrement, donc c'était encore une situation difficile à gérer.

Elle se plaint de dorsalgies moyennes.

Tests et corrections :

- Décompression synchondrose sphéno-occipitale
- Membrane de tension réciproque transversale droite
- Sternum
- D8
- Foie/estomac
- Plexus solaire
- Œsophage/estomac
- Intestin grêle entéroptose
- Colon
- Diaphragme lift + pilier gauche
- Le travail fascial sur les côtes sera trop gênant pour la patiente, il ne pourra, donc, pas être effectué.

5.8.6 Quatrième séance



Elle se sent ballonné car elle boit 1L de jus de pomme pour faire un drainage du foie.

Toujours des douleurs abdominales, elle sait que c'est en lien avec le psyché. Le psychiatre du tribunal lui a prescrit des anti-dépresseurs.

Toujours des douleurs thoraciques, la plainte va être déclarée, ce qui fait remonter du stress et les douleurs. Son mari ne vit plus avec elle la semaine, il ne vient que le week-end pour faire acte de présence.

L'anxiété et les angoisses toujours très haute du fait de l'attente du dénouement de la situation avec le tribunal, elle attend d'être reconnue en tant que victime.

Des troubles du sommeil par moment se manifestent par des cauchemars de lui, de ce qu'elle a subi.

La concentration va de mieux en mieux, elle met cette amélioration sur le fait qu'elle fait de la peinture.

Elle se plaint de douleurs articulaires aux poignets, elle a de la rhizarthrose.

L'agressivité peut ressurgir d'un coup lorsqu'il se trouve devant elle, elle ne le supporte plus.

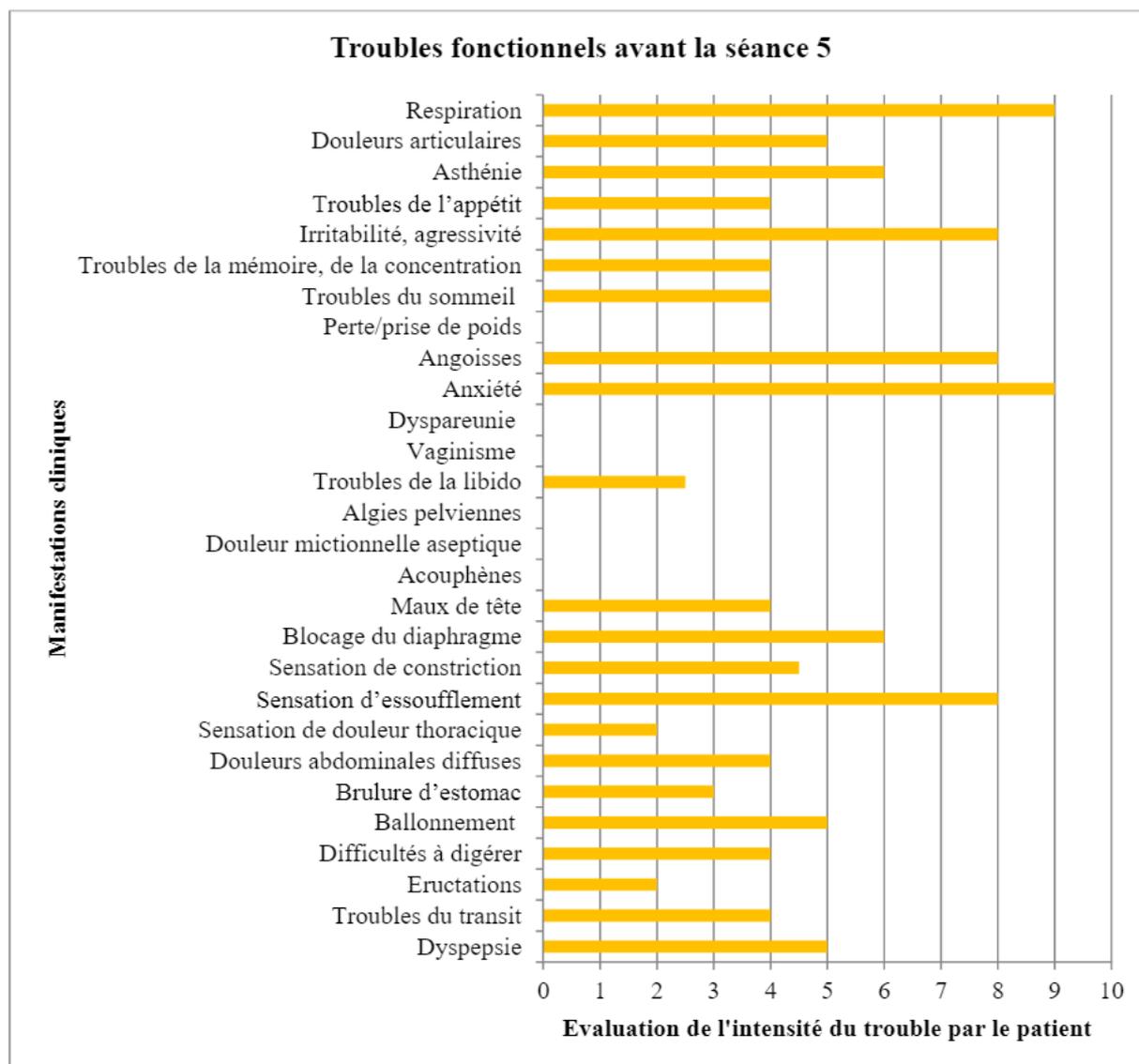
Tests et corrections :

- SBR droit
- Malaire gauche
- Maxillaire gauche
- K2 droite
- K10 gauche
- Angle duodéno-jéjunal
- Rein droit bas
- Ovaire gauche
- Lame sacro-recto-génito-vésico-pubienne droite
- Utérus/vessie
- Sacrum liquidien
- C1 translation droite
- L2 D12 D7 C6

5.8.7 Cinquième séance

S'est sentie beaucoup mieux après la 4^{ème} séance.

Toujours en attente de requête, de logement, elle vit toujours avec lui, et il agit comme un dictateur, il ne lui laisse rien faire à la maison.



Les dyspepsies ont augmentées, c'est à cause de cette situation inchangée depuis des mois, elle se trouve entre deux portes.

Elle a des diarrhées en ce moment, liées au stress et à la prise de magnésium.

Les difficultés à digérer n'évoluent toujours pas. Pendant les vacances de pâques, elle a eu des intolérances à certains aliments (gras).

Les douleurs thoraciques restent psychiques pour elle, elle ne les ressent plus au niveau somatique.

Les maux de tête sont liés à de l'hypotension d'après elle, (TA = 10/7 lors de la séance).

Elle apprend ce qu'est la tendresse avec son nouveau compagnon. Son nouveau compagnon étant lui aussi un ancien mari battu en instance de divorce, donc ils réapprennent à se reconstruire.

L'anxiété et les angoisses seront toujours présentes tant qu'elle vivra avec lui.

Elle n'a plus d'agressivité quand elle se retrouve face à lui, par contre la respiration se bloque face à lui.

Elle sent de l'irritabilité à l'intérieur d'elle-même, qui se manifeste aussi par du bruxisme important (détérioration de sa gouttière).

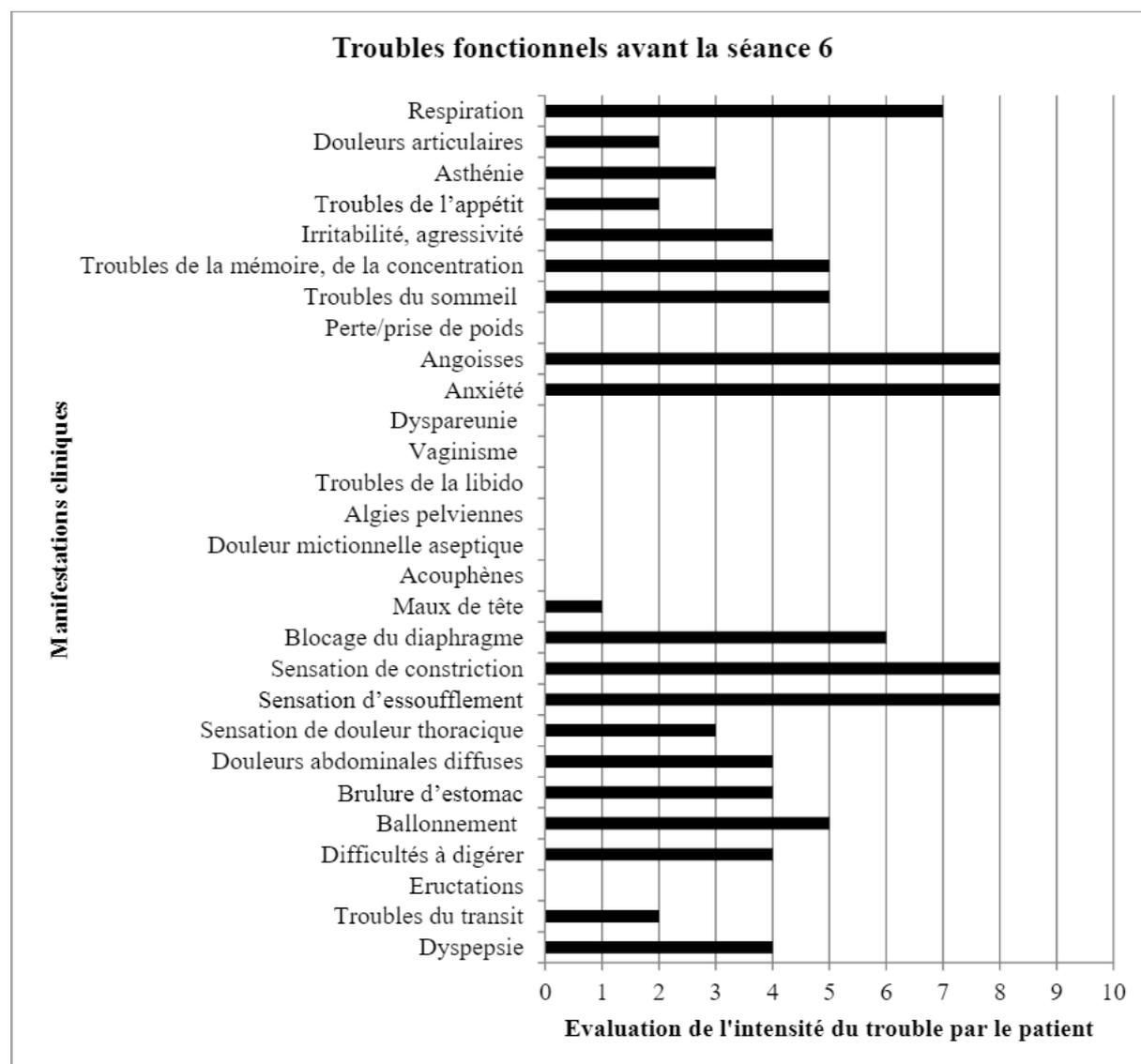
Tests et corrections :

- Diaphragme lift
- C1 D1 D4 D10
- Sacrum en flexion bilatérale
- Temporal droit
- Maxillaire gauche
- Plancher buccal, os hyoïde
- Foie, duodénum, plexus solaire
- Noyau fibreux central en restriction vers la droite
- Synchronisation crâne-sacrum

5.8.8 Sixième séance

Il y a 10 jours, décès de son père.

Aucun changement par rapport au divorce. Toujours dans l'attente d'un logement.



Les sensations de constrictions augmentent, c'est aussi en rapport avec le décès de son père.

Moins de maux de tête, en rapport avec un travail homéopathique.

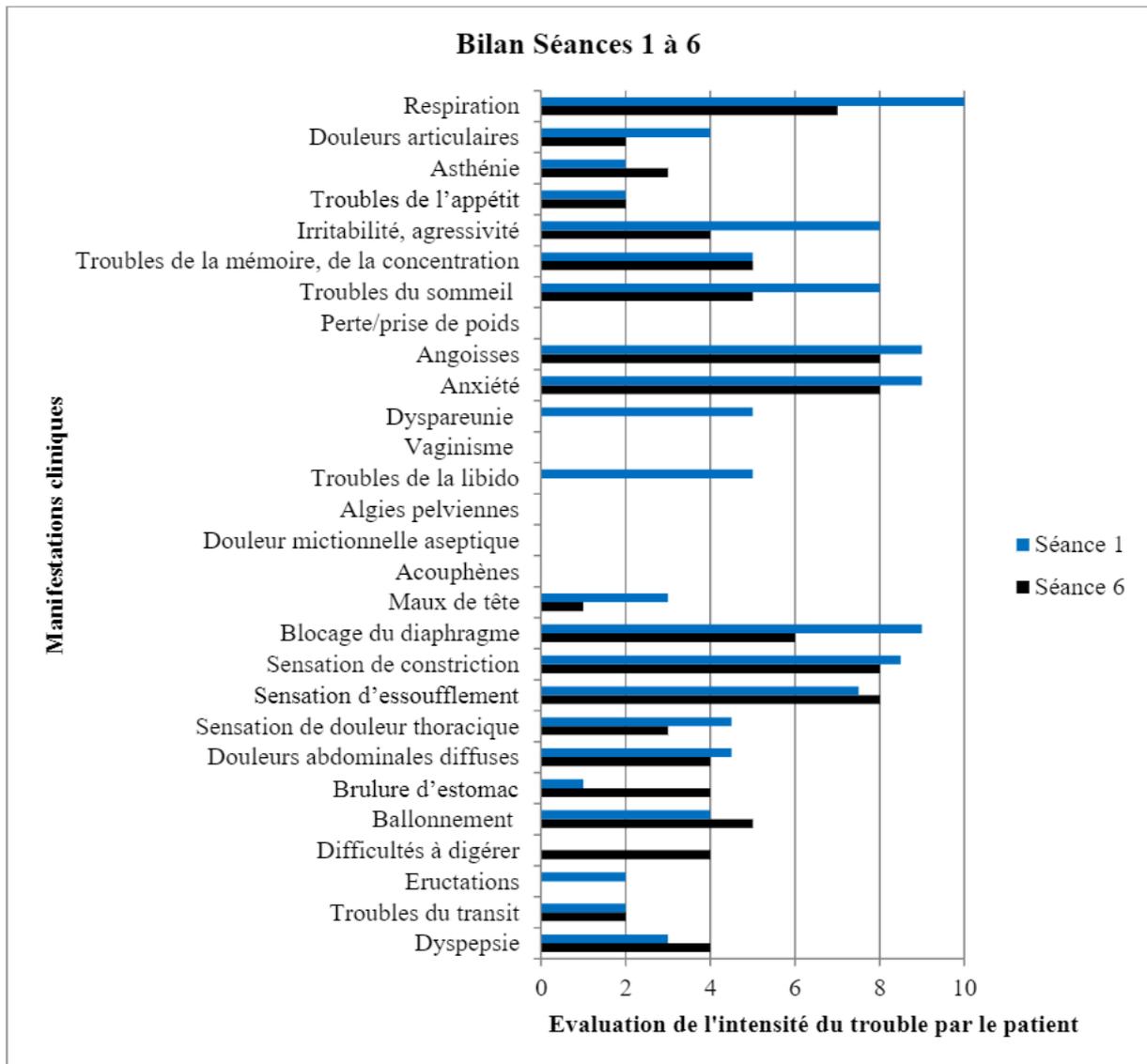
Elle se plaint de dorsalgie, en rapport avec la respiration.

Tests finaux :

- Sacrum dense et lourd
- Ovaire droit
- Foie/estomac/vésicule biliaire
- Sternum en restriction vers la gauche
- Poumon droit

- Synchronose sphéno-occipitale en extension
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure droite
- D4, D11, L3

Bilan Séances 1 à 6:



5.8.9 Sondage

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquer votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

« Bien par rapport à Coralie, plus de confiance. Le dos plus libéré par rapport à la respiration ».

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

« C'est important, il devrait y avoir un ostéopathe près du psychologue au commissariat »

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire

« Contact agréable, la prise en charge m'a fait quelque chose, c'est un plus »

6. Analyses

L'étude comprend, seulement, sept patientes qui ont terminé le protocole.

Une seule patiente (Sarah) a bénéficié des deux protocoles, psychologique et ostéopathique.

Les autres patientes ne souhaitent pas le suivi psychologique. Elles avaient été prises en charge antérieurement.

Par simplification, l'analyse sera spécifique aux manifestations cliniques les plus cohérentes avec le syndrome de stress post-traumatique.

Ainsi les manifestations cliniques retenues seront :

- Sensation de constriction
- Blocage du diaphragme
- Douleur mictionnelle aseptique
- Algies pelviennes
- Troubles de la libido
- Vaginisme
- Dyspareunie
- Anxiété
- Angoisses
- Troubles du sommeil
- Troubles de la mémoire, de la concentration
- Irritabilité, agressivité
- Troubles de l'appétit

6.1 Première séance

Lors de cette première séance, il est aisé d'identifier une redondance des dysfonctions suivantes :

- Sacrum traumatique 100%
- Compression de la synchondrose sphéno-occipitale 100%
- Membrane de tension réciproque transversale droite 100%
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure et postérieure à 100% chacune
- Asynchronisme crânio-sacré 100%
- Synchondrose sphéno-occipitale en dysfonction de strain à 87,5%

En vue de ces résultats, les dysfonctions étant similaires à toutes les patientes, les corrections de la première séance sont sensiblement les mêmes.

6.2 Deuxième séance

Lors du premier traitement il y a une amélioration de 14,8% en moyenne.

Cette première séance améliore de 31,4% la sensation de constriction du thorax, de 30% les troubles du sommeil, de 27,9% les douleurs mictionnelles et de 27,1% l'anxiété.

Par contre, il y aura une aggravation des troubles de l'appétit de -2,9%.

Lors de cette 2^{ème} séance, il persiste :

- L'asynchronisme craniale-sacré 57,14%
- La compression de la synchondrose sphéno-occipitale 14,28%
- Membrane de tension réciproque longitudinale antérieure 28,57%

Il apparaît comme dysfonctions :

- Les poumons 100%
- Lamelle thyro-péricardique 57,14%
- Le diaphragme 42,86%
- Le sternum 42,86%
- Viscéral digestif foie/estomac/duodénum 57,14%

6.3 Troisième séance

Un mois après la deuxième séance, il y a une amélioration de 2,6% en moyenne.

Cette deuxième séance améliore les blocages du diaphragme et les angoisses de 11,4%. Les troubles de la libido sont améliorés à 9,3% et les troubles de la mémoire et de la concentration à 8,6%.

Nous pouvons constater la relation entre le travail du diaphragme et celui du thorax qui correspondent directement à l'amélioration des blocages du diaphragme et des angoisses.

Après cette deuxième séance, il y a une aggravation des algies pelviennes -6,4%, douleurs mictionnelles aseptiques -5%, des troubles du sommeil -4,3, du vaginisme -2,9% et de l'irritabilité 0,7%.

Lors de cette troisième séance, il persiste :

- Foie 100%
- Duodénum 85,71%
- Le diaphragme 57,14%
- Estomac 42,86%

Il apparaît comme dysfonctions :

- D6-D7-D8-D9-D10 85,71%
- Racine du mésentère, intestin grêle 71,42%

- Colon 57,14%
- Pancréas 42,85%
- Rein 28,57%
- C7-D1 28,57%

6.4 Quatrième séance

Un mois après la troisième séance, il y a une amélioration moyenne de 11,4%.

Cette troisième séance améliore l'irritabilité à 20%, l'anxiété à 18,6%, les angoisses et troubles du sommeil à 15,7%, le vaginisme à 14,3%, les troubles de la libido à 13,6%, et les troubles de l'appétit à 12,1%.

Il y a une régression des algies pelviennes -1,4%.

Lors de cette quatrième, il persiste :

- Duodénum 85,71%
- Foie 57,14%
- Rein 42,85%
- Asynchronisme cranio-sacré 42,85%
- Sacrum 28,57%

Il apparait comme dysfonctions :

- Vessie 57,14%
- C0-C1 42,85%
- Ovaire 42,85%
- D6-D7 28,57%
- D12 28,57%
- Utérus 28,57%
- Lame SRGVP 28,57%

6.5 Cinquième séance

La quatrième séance améliorera, en moyenne, de 7,3% les manifestations cliniques.

Elle améliore de 15,7% les douleurs mictionnelles et les algies pelviennes, de 11,4% le vaginisme et les troubles de la mémoire et de la concentration, de 10% les dyspareunies et de 7,9% les troubles de l'appétit.

Il y a une nette amélioration des manifestations cliniques génito-urinaire en relation avec le travail effectué sur le petit bassin.

Il y a une régression de l'irritabilité a -1,4%.

On retrouve comme dysfonctions :

- Duodénum et foie à 42,85% chacun
- Colon 28,57%
- Vessie 28,57%
- Asynchronisme cranio-sacré 28,57%
- Utérus 14,28%

Les nouvelles dysfonctions apparaissantes sont :

- Le noyau fibreux central à 100% (sachant qu'Elisa n'a pas été testée)
- Les cadrans du plancher pelvien à 100% (sachant qu'Elisa n'a pas été testée)
- Le canal d'Alcock à 66.67% (sachant qu'Elisa n'a pas été testée)

6.6 Sixième séance

Lors de cette cinquième séance il y a une amélioration de 0,1%.

En effet, elle va améliorer les troubles du sommeil à 7,9%, l'irritabilité à 7,1%, les troubles de la libido à 6,4%, le vaginisme à 5,7%.

Les troubles de la libido et le vaginisme peuvent s'expliquer par l'efficacité du traitement sur le plancher pelvien.

L'anxiété régresse de -9,3%, les sensations de constriction du thorax de -5%, les algies pelviennes de -3,6%.

Cette sixième séance révèle que la cinquième séance n'a pas eu l'efficacité souhaitée. Cela montre peut-être un sur-traitement.

On retrouve comme dysfonctions :

- Noyau fibreux central qui correspond à Elisa donc 100%
- Cadran du plancher pelvien qui correspond à Elisa donc 100%
- Estomac 71,42%
- Foie 57,14%
- Le dôme pleural 42,85%
- Sternum 28,57%
- C0-C1 28,57%
- Colon 28,57%
- Intestin grêle 28,57%
- Vessie 28,57%
- Ovaire 28,57%

Les nouvelles dysfonctions sont :

- L1-L2-L3 100%

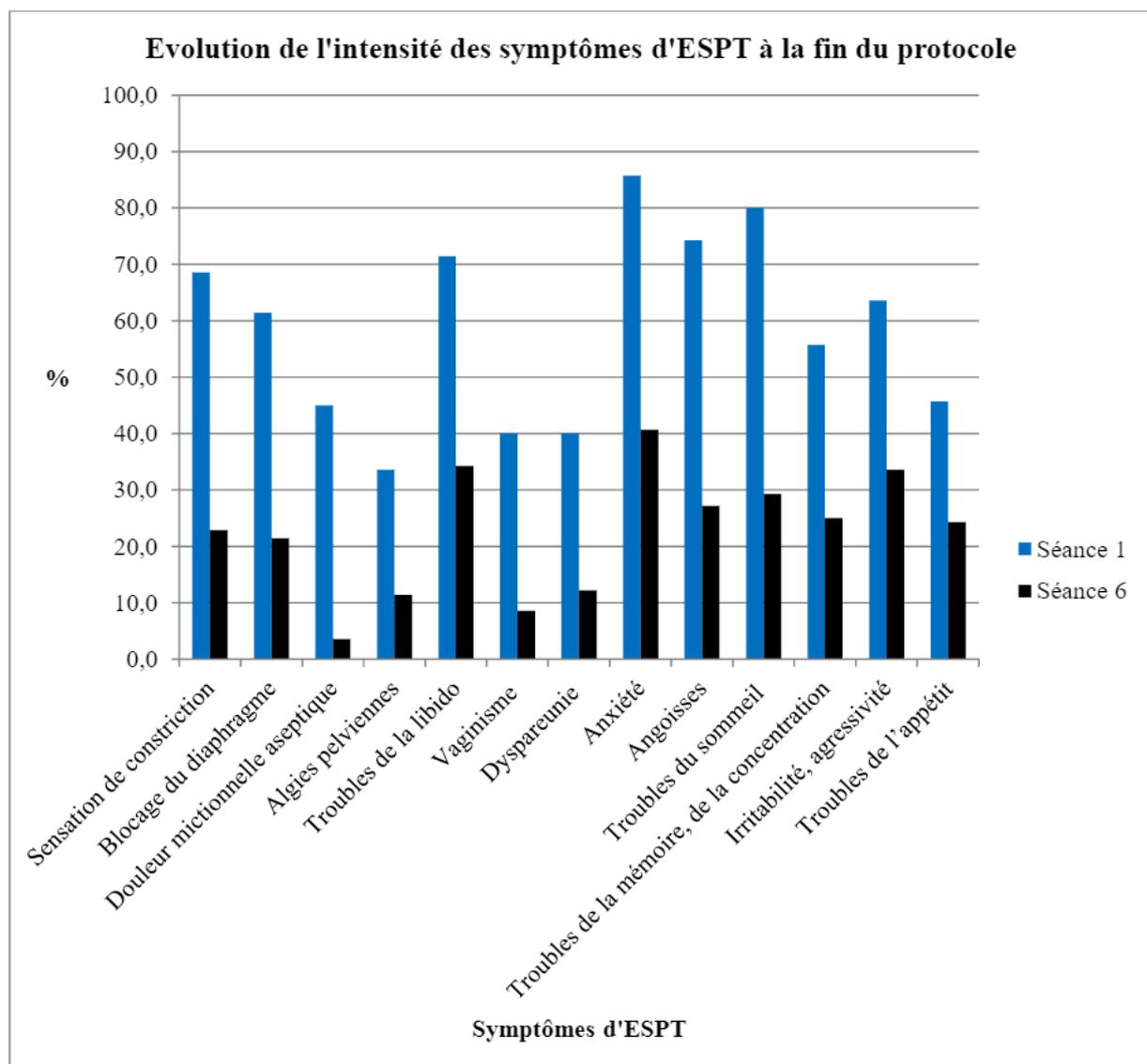
- D3 42,85%
- L5 14,28%
- C6 14,28%

Comme nous pouvons le voir, beaucoup de dysfonctions réapparaissent, mais cette séance révèle qu'il y a une similitude entre chaque patiente avec l'apparition au moins d'une des trois premières lombaires.

6.7 L'ensemble du protocole

Sur l'ensemble du protocole, nous avons une amélioration de 36,2% des symptômes d'état de stress post-traumatique.

Sachant que nous n'avons qu'une amélioration de 0,1% de la cinquième à la sixième séance, nous pouvons déduire que quatre séances améliorent à 36,1%.



7. Discussion

Rappelons que l'objectif de cette étude est de savoir si l'ostéopathie est une prise en charge adaptée aux victimes d'agression sexuelle.

7.1 Justification des critères d'éligibilité

L'étude portait sur la prise en charge des victimes féminines d'agression sexuelle.

Les patientes y participant ne présentaient aucune contre-indication à l'ostéopathie.

Il existe plusieurs types d'agression sexuelle, mais pour ne pas limiter le nombre de patientes, tous les types d'agression sexuelle seront retenus.

Il était judicieux de proposer un protocole ostéopathique sur 6 mois pour mettre en confiance les patientes et ainsi aborder le plancher pelvien. Il se peut que cet abord puisse se pratiquer avant la cinquième séance, mais comme nous avons pu le voir, cela était très délicat.

7.2 Interprétation des résultats

L'étude comptabilise huit patientes, dont sept qui termineront le protocole.

Il y a trois patientes victimes d'inceste, trois patientes de victimes de viol et une patiente victime d'exhibitionnisme et une patiente victime d'abus sexuels.

La moyenne d'âge des patientes est de 41 ans et 3 mois.

La moyenne d'âge de l'agression sexuelle est de 15 ans et 9 mois.

En moyenne l'étude se déroulera 25 ans et 6 mois après le traumatisme.

Les troubles fonctionnels les plus marqués lors de la 1^{ère} séance chez les huit patientes sont :

- L'anxiété 70%
- L'angoisse 60%
- Les troubles du sommeil 60%
- Les troubles de la libido 56,25%
- L'asthénie 55,625 %
- Les douleurs articulaires 52,25%
- Les troubles de la mémoire et de la concentration 52,5%
- Les sensations de constriction du thorax 51,875%
- L'irritabilité, l'agressivité 51,875%

Ces résultats étaient prévisibles étant donné qu'ils sont présents dans le syndrome de stress post-traumatique.

7.3 Analyse critique de l'étude

Cette étude n'a comporté que huit patientes, avec seulement sept qui auront terminé le protocole.

La nature de l'agression, l'âge de la victime au moment du traumatisme, l'intervalle entre le traumatisme et la prise en charge sont des critères qui peuvent modifier les résultats.

Les aléas de la vie (décès d'un proche, conflits affectifs, l'hygiène de vie) interviennent aussi sur les manifestations cliniques. Pendant six mois il y a des perturbations qui s'initient dans le protocole, mais difficile de les extrapoler.

Tout de même, le tableau des manifestations cliniques permet une bonne évaluation des troubles, cependant, il aurait été pertinent que chaque patiente ait aussi une évaluation psychologique pendant le protocole. Cela aurait permis de tester toutes les patientes avec l'échelle PCLS et l'échelle de Beck.

Comme nous avons pu le voir dans l'analyse, il n'y a pas un grand intérêt à une prise en charge sur six séances à intervalle d'un mois.

Avec quatre séances, nous avons une très bonne amélioration des symptômes.

Si on compare Sarah qui a fait un protocole ostéopathique avec un suivi psychologique, elle a une amélioration des symptômes de 45,38% contre 36,68% pour les patientes qui n'ont suivi, seulement, que le protocole ostéopathique.

Sachant que les résultats ne sont pas vraiment exploitables du fait du nombre de patientes, il révèle tout de même une meilleure tendance pour Sarah qui a suivi les deux protocoles.

Cela démontre l'intérêt de l'ostéopathie dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle. Il y a un réel lien entre l'impact du traumatisme et ce qui en découle au niveau du corps.

7.4 Indications

Comme nous avons pu le voir tout au long de cette étude, les indications sont :

- Prise en charge holistique des patientes
- Prise en charge pluridisciplinaire plus efficace
- Prise en charge ostéopathique sur 4 séances, la 4^{ème} séance aborderait le plancher pelvien si cela est possible.

8. Conclusion

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble sévère et chronique fréquemment associé à l'agression sexuelle. Malgré que la psychothérapie cognitive-comportementale de l'ESPT s'avère actuellement un traitement de choix, le développement de traitements adaptés et spécifiques semble donc indiqué.

Une avenue des plus prometteuses consiste à une prise en charge ostéopathique dans l'amélioration du traitement de l'ESPT

Lors du sondage, nous pouvons apercevoir la satisfaction de l'ensemble des patientes.

Ce mémoire a été très enrichissant et captivant autant sur le plan personnel que sur le plan ostéopathique.

Cela m'a permis de faire un lien réel sur mes sensations et sur le ressenti des patientes.

J'ai rencontré des personnes dévouées comme les psychologues et des personnes détruites à cause de leur traumatisme.

Grâce à ce protocole, nous pouvons conclure que l'ostéopathie aide à mieux gérer les symptômes intrusifs dû au syndrome de stress-post-traumatique.

Ainsi, sur le plan psychologique et somatique, nous pouvons améliorer la qualité de vie des patientes, car le traumatisme malgré tout est et restera en mémoire.

Ma seule déception dans ce mémoire est de ne pas avoir réussi à aider plus de patientes. C'est une grande difficulté d'arriver à approcher ce type de population.

L'agression sexuelle est encore un sujet tabou pour les victimes.

Iconographie

Figure 1: Anatomie système limbique ;

<http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/origine-et-mecanismes.html> 14

Figure 2 : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien : réponse normale à la menace ; Babette Rothschild, Le corps se souvient, Mémoire somatique et traitement du trauma, page 17 16

Figure 3 : Axe Hypothalamo-hypophyso-surrénalien : réponse en cas de SSPT ; Babette Rothschild, Le corps se souvient, Mémoire somatique et traitement du trauma, page 18. 17

Figure 4 : Tableau des manifestations cliniques 22

Bibliographie

Livres

- B Foa, Edna, et Olasov Rothbaum. Traiter le traumatisme du viol. Dunod. Psychothérapies Pratiques, 2012.
- Josse, Evelyne. Le traumatisme psychique. De boek. Le point sur... Psychologie, 2011.
- O. Rothbaum, Barbara, et Edna B. Foa. Revivre après un viol. Dunod. Votre cahier d'accompagnement, 2012.
- Rothschild Babette. Le corps se souvient: Mémoire somatique et traitement du trauma. Carrefour des psychothérapies. De Boeck Supérieur, 2008.
- Chabot Olivier-Jean D.O.F. « Le soulagement de l'angoisse par l'ostéopathie: illusion ou réalité? », La revue des ostéo, n° 82, 2009.
- Chiche Sarah, et Jean-François Marmion. « Violences familiales : les choses en face », Septembre-Octobre-Novembre 2013, Le cercle psy édition. (Pages 16-23)
- Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.
- Andrew Taylor Still. Philosophie de l'ostéopathie. Sully, 2007.
- Foissy Jean-Philippe. Blocages énergétiques et désengrammation ostéopathique. Sully, 2012.
- Lionelle Issartel et Issartel Marielle. L'ostéopathie exactement. Robert Lafond. Réponse-Santé, 1983.
- Varlet Patrick. Ostéopathie somato-émotionnelle. Sully, 2009.

Liens internet

- http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=04A459476B0E75B38F1343E99CD0D6C0.tpdjo15v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20140103 (Définitions) 03/01/2014
- www.rvd-psychologue.com consulté le 05 aout 2013.
- « Mémoire traumatique et victimologie ». Consulté le 25 septembre 2013. <http://memoiretraumatique.org/>.
- « SOS-Viol ». consulté le 30 aout 2013. <http://www.sosviol.com>
- « Crifip - Centre de recherches internationales et de formation sur l'inceste et la pédocriminalité ». Consulté le 20 mars 2014. <http://www.crifip.com/>.

- « Accueil du site de l'association internationale des victimes de l'inceste », consulté le 10 septembre 2014. <http://aivi.org/>.

Colloque/conférence :

- Conférence rencontre débat sur les violences faites aux femmes et sur la conciliation des temps de vie, organisée par la Mairie d'Aix-en-Provence, samedi 13 mars 2015.
- La Mutualité Française Paca en partenariat avec SOS solidarité femmes des Bouches-du-Rhône et le Centre Hospitalier du Pays d'Aix (CHPA) organise un colloque « Contre les violences faites aux femmes : comprendre, repérer, agir », lundi 1 juin 2015.

Annexe 1 : Echelle PCLS

ANNEXE 1

PCL-S

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : / / .

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) : _____

Date de l'événement : ____/____/____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Score total | _ | _ | _ | _ |

Annexe 2 : Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Le score varie de 0 à 39 :

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Annexe 3 : Sondage de fin de protocole

Le protocole arrive à échéance, par ce questionnaire vous évalueriez l'impact que cela a pu avoir sur vous.

Cochez les cases correspondantes

Quel type de protocole avez-vous suivi ?

- Avec suivi psychologique
- Sans suivi psychologique

Comment vous sentez-vous depuis le début des séances ?

- Moins bien
- Aucun changement
- Mieux

Expliquer votre ressenti par rapport à la réponse précédente :

Combiné au suivi psychologique, qu'est-ce que l'ostéopathie vous a apporté en plus ?

Pensez-vous que l'ostéopathie est une prise en charge qu'il faut proposer aux victimes d'agression sexuelle ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Le fait d'évoquer et de discuter de votre traumatisme avec un ostéopathe est :

- Plus facile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Plus difficile qu'avec un psychologue/psychiatre
- Complémentaire