

Entre maux et mots la recherche du lien

Fondements et évolution d'un acte de médecine ostéopathique

Docteur Philippe Bonnaud

Docteur Philippe Bonnaud

Entre maux et mots ; la recherche du lien
Fondements et évolution d'un acte de médecine ostéopathique

Mémoire pour l'obtention du D.I.U.
d'ostéopathie
Faculté de médecine Paris XIII - Bobigny

Chef de département : Docteur Didier Feltesse

avril 2009

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION | 7 |
| I - UN ACTE | 11 |
| 1. L'acte | 13 |
| 2. Constats de départ et prémisses | 14 |
| 3. Rencontre avec l'ostéopathie | 16 |
| 4. La construction de l'acte | 17 |
| 5. Le cadre | 21 |
| 6. La matière de l'acte | 27 |
| 7. Le développement de notre pratique dans la période d'apprentissage | :34 |
| 8. L'acte global | 36 |
| II - LA PERCEPTION DE L'HOMME | 39 |
| 1. La conception de la thérapeutique | 41 |
| 2. Efficacité thérapeutique | 42 |
| 3. L'indication : | 43 |
| 4. Thérapeutique anodine ? | 44 |
| 5. Ecoute, entendement... | 45 |
| 6. La vision, la perception | 46 |
| 7. La représentation | 49 |
| 8. La place de l'anatomie | 53 |
| 9. Habiter son corps, habiter son geste | 55 |
| 10. Sentir son corps | 57 |
| 11. Connaissance du corps et hygiène corporelle | 60 |
| III - LE GESTE, L'ACTION THERAPEUTIQUE | 63 |
| 1. Objectifs, perspectives et intentions thérapeutiques : | 66 |
| 2. Outils et techniques | 69 |
| 3. Quel corps le médecin ostéopathe touche-il ? | 73 |
| 4. Quel diagnostic ? | 76 |
| 5. Le principe actif – ce qui agit | 80 |
| 6. La traversée ; du diagnostic au traitement | 86 |
| 7. La portée de l'acte | 89 |
| 8. Le lien | 92 |
| 9. L'acte mature | 98 |
| IV - EPILOGUE | 101 |
| V - ANNEXES | 107 |
| 1. Annexe 1 | 109 |
| 2. Annexe 2 | 111 |
| 3. Annexe 3 | 113 |
| 4. Bibliographie | 119 |

INTRODUCTION

Les circonstances actuelles pour faire enregistrer notre diplôme d'ostéopathie auprès des instances compétentes nous obligent pour la validation du D.I.U. à écrire ce mémoire que nous nous étions refusé à produire à l'issue de trois années de formation à la faculté de Bobigny car nous estimions, à l'époque, n'avoir aucune expérience clinique et thérapeutique dans la matière ostéopathique. Après vingt ans de pratique d'ostéopathie exclusive cette matière existe désormais. Ce mémoire sera alors un mémoire-analyse d'expériences. Il sera l'occasion de faire le point sur l'évolution de notre pratique, de l'analyser, de la situer par rapport aux autres modalités de pratique ostéopathique et médicale. Il sera aussi l'occasion du témoignage d'un acte de soin qui a atteint maintenant sa maturité. Ce mémoire demandant un regard en arrière évitera de demeurer dans la remémoration. Il dégagera des axes de réflexion sur l'évolution de la pratique de l'ostéopathie et affirmera la qualité d'un acte humain simple et efficace. Il cherchera plus à témoigner de *ce* qui se vit lors d'une séance d'ostéopathie qu'à justifier la particularité d'une pratique individuelle.

L'ostéopathie nous a permis de pratiquer une médecine que nous trouvons juste et belle. Nous pouvons affirmer alors qu'en effet *la médecine est un art*.

À l'heure où la technique occupe une place de plus en plus importante en médecine, interroger, analyser et affirmer un acte à forte implication humaine et subjective, dont les bases ont été enseignées en faculté de médecine, est un prolongement et un juste retour sur le résultat d'une heureuse audace du doyen le Pr Cornillot - celle de permettre à des non médecins d'initier des médecins à la formation à l'ostéopathie. Si la médecine repose sur des bases scientifiques, elle n'en demeure pas moins dans sa pratique une science non exacte. Tendant à l'être dans le domaine technique et la validation des données cliniques, elle conserve au demeurant une part d'empirisme. Elle ne peut pas s'exclure des sciences humaines où la place de la subjectivité est prépondérante. Celle-ci ne doit, au demeurant, pas échapper à une analyse précise.

L'ostéopathie se situe intrinsèquement et d'emblée à la charnière de l'approche objective et subjective, rationnelle et irrationnelle. Cette charnière, cette scission est-elle aussi celle qui s'entend entre le corps et l'esprit, les maux et les mots ? Comment cela s'articule-t-il ? De quels articles s'agit-il ? Que *dit* cette articulation ? Comment vit-elle ? S'agit-il seulement d'en appréhender les articles sans être attentif à ce qui se vit dans cet entre-deux ? Cette recherche de lien nous occupera ici ? De quel nature est-il ?

Dans la perception de cet entre-deux, dans cet espace, dans cette relation, quelle place occupe l'ostéopathie et l'ostéopathe en ce lieu ; lieu qui semble être au cœur de la genèse de la maladie comme de l'élaboration du remède ? Quels sont les outils et la vision qui soutiennent le praticien dans cet acte ? Quelle est cette rencontre ? Quelle place est laissée ou offerte au patient ? Comment, depuis la formation, s'est construit et à évoluer cet acte.

I - UN ACTE

1. L'acte

Tout médecin parle d'acte.

Qu'en est-il de l'acte d'un médecin ostéopathe ?

Dans la nomenclature actuelle l'acte d'ostéopathie n'existe pas. Nous garderons pourtant à dessein cette appellation. Depuis vingt ans, nous avons toujours intentionnellement inscrit un C sur les feuilles de « Sécu » alors que notre pratique médicale s'était depuis le début apparentée à une pratique ostéopathique exclusive. Dès notre installation, nous avons choisi un mode d'action thérapeutique où la place de la prescription est quasiment inexistante. Installé d'emblée quatre mois après l'examen final, nous n'avions aucune maîtrise des techniques ostéopathiques et dispositions des seules expériences cliniques de remplacements de médecine générale ainsi que de plusieurs mois de faisant fonction d'interne.

Au début de notre engagement professionnel, nous pressentions, que cet acte éminemment humain exigeait un développement personnel plus complet que cette seule formation médicale et ostéopathique.

2. Constats de départ et prémisses

Il apparaît, avec le recul, que notre pratique débutante s'étayait sur les grands principes ostéopathiques qui avaient reçus dès qu'ils nous furent énoncés un accord entier et immédiat. Elle avait été soutenue également par la convergence d'autres principes traditionnels, entendus lors du tronc commun du Dumenat, d'autres lus ailleurs, et surtout par des intuitions et convictions profondes enracinées dans notre histoire et vivifiées notamment par une tenace insatisfaction de notre formation thérapeutique hospitalo-universitaire.

Les propositions et attitudes thérapeutiques nous paraissaient trop souvent ignorer la réalité de la souffrance du patient. Les patients n'étaient considérés que par les symptômes qu'ils présentaient. Leurs paroles étaient rarement entendues.

L'ostéopathie nous montrait une autre attitude à tenir vis à vis du patient.

Bien que les études médicales nous aient enseigné que la clinique devait conserver une place prépondérante, je demeurais dans l'attente d'une formation à la relation humaine patient-thérapeute. Une réflexion et une formation à cette relation me paraissaient indispensables.

Par ailleurs quelques remplacements de médecine générale confirmaient l'idée que tout un pan de la pathologie - celle qui n'est pas organique - ne nous avait pas été présentée à sa juste valeur ; la médecine fonctionnelle n'intéresse donc t-elle pas la médecine ? Ces patients ne seraient-ils pas encore assez malades, porteur de « belles » maladies dignes de notre noble art ?! Il est vrai que nous ne parvenions pas à trouver qu'une maladie, fût-ce-t-elle typique et organique, pouvait être belle !

L'éventuelle possibilité de soulager le patient nous a toujours paru primer sur la satisfaction de porter un beau diagnostic - diagnostic, qui, au demeurant, reste primordial. Dans les cas où le diagnostic d'organicité n'était pas retenu, il nous semblait que la pathologie dont souffrait le patient était mésestimée et assimilée à quelque chose de « psy », donc traitée uniquement de manière symptomatique. Dans tous les cas, cette pathologie ne nous semblait pas avoir été considérée avec intérêt et le véritable diagnostic non porté puisque le malade n'était pas observé dans sa totalité.

Nous étions en quête d'une autre approche du patient.

Peu de temps après la fin du deuxième cycle des études médicales, nous eûmes l'occasion de vivre, dans le cadre d'un atelier théâtral de travail corporel et vocal, une « ré-animation » de notre corps endormi après ces longues années d'études.

Le corps, dans ce lieu, n'était pas une matière médicale. Il pouvait se présenter, être le lieu et l'objet, non pas seulement d'une séméiologie médicale, mais aussi d'une expression pouvant prendre sens pour l'acteur comme pour le spectateur. L'anatomie apprise en Faculté nous paraissait lointaine et d'une piètre utilité dans le développement d'un acte d'expressivité ; une langue morte ?

3. Rencontre avec l'ostéopathie

Nous rencontrâmes à cette époque l'ostéopathie.

Cette approche s'intéressait au corps de la personne souffrante et proposait une relation au patient d'une qualité différente. Elle nous paraissait digne et devait pouvoir, avec son apprentissage, répondre à nos attentes. Nous pouvions ainsi nous détourner de la psychiatrie qui seule à nos yeux semblait, à la sortie des études médicales, attentive à l'intériorité du malade.

L'ostéopathie par son approche manuelle nous guidait dans une nouvelle palpation et nous faisait découvrir **une anatomie en mouvement**. Nous ne pouvons ici que remercier notre regrettée Lionelle Issartel qui grâce à son remarquable livre¹, lu à cette époque, fournit à notre esprit une perspective thérapeutique tant attendue.

Cette formation bienvenue en ostéopathie dispensée en Faculté essentiellement par des ostéopathes non médecins nous apporta, outre l'indispensable étayage théorique, des modalités pratiques facilement applicables.

Nous constatons rapidement que l'apprentissage de l'ostéopathie exigeait une éducation **perceptive**. Nos mains que pourtant nous utilisions dans l'examen clinique étaient peu sensibles. Notre connaissance de l'anatomie demandait également à être sérieusement revisitée.

À l'automne 1987, quatre mois après la fin de la formation à l'ostéopathie à la faculté de Bobigny nous nous installâmes et développâmes d'emblée une pratique exclusivement ostéopathique (outre la participation au tour de garde).

¹ *L'ostéopathie exactement*, Issartel L. et M., Laffont, Paris, 1983.

4. La construction de l'acte

Quand nous parlons d'un acte, nous parlons de l'acte global, de l'ensemble de la consultation. Très rapidement s'imposait à nous l'impossibilité de ne considérer qu'une partie, qu'un aspect de la personne ; celle-ci devait être écoutée, entendue et considérée dans sa totalité.

De même, nous percevions la nécessité de développer une autre connaissance, de notre corps et de notre personne, que celle acquise par les études médicales et la formation à l'ostéopathie.

Observons comment cet acte s'est créé.

Il n'est d'acte (étymologiquement) sans « troupeau à pousser devant soi ». L'acte du médecin, l'acte de l'ostéopathe ne se conçoit pas sans perspective, sans direction, sans énergie.

Un acte a également le sens de contrat entre personne. N'oublions pas qu'un acte est par ailleurs¹ (*actus*) une grande division d'une « pièce de théâtre » ou une « partie d'une narration ». Cet acte, donc, ne se construira pas seul. Dans celui-ci qui jouera le rôle principal ? Où, comment se déroule-t-il ? Quel est son cadre ?

Les protagonistes (la personne du patient et celle du praticien) sont tout deux à considérer.

Quelle est la pensée qui préside à l'action, l'organise, la conduit, la dirige ? Sur quel étayage s'appuie-t-il ?

Les fondements

Les trois principes fondamentaux de l'ostéopathie

Trois principes fondent l'acte ostéopathique :

- L'unité du corps (réciprocité de fonction).
- L'interdépendance de la structure et la fonction - principe fondamental par excellence.
- La capacité d'autorégulation dont dispose tout organisme vivant.

Les comprendre et les accepter dès le départ de l'engagement dans cette démarche thérapeutique participent à fonder cet acte.

Chercher à les mettre en application procède de la création du remède. (cf. principes actifs de l'ostéopathie)

¹ Dictionnaire historique de la langue française, le Robert, 2000.

Ces trois principes inscrivent l'ostéopathie, dans une démarche de recherche des causes (au moins physiques) des maux (étiologie), et ainsi côtoie la *phusis* (la puissance autonome organisatrice de la vie) des Grecs.

La médecine traditionnelle chinoise, comme d'autres médecines traditionnelles même occidentales, fondent également leur pratique sur deux de ces principes.

La spécificité de l'ostéopathie est d'appréhender l'interdépendance de la structure et de la fonction.

Les fondements humanistes

« L'histoire de la médecine est, à bien des égards, une histoire de la vie. C'est l'histoire d'un refus de la fatalité¹ ». Depuis Hippocrate, la personne humaine est au cœur de l'approche médicale. En paraphrasant Sartre, nous estimons que la médecine est, en premier lieu, un humanisme ; en conséquence, dans cette pratique millénaire, la personne humaine avec sa valeur intrinsèque primera sur l'organe malade. Pourtant trop souvent, l'objet de la médecine semble être la maladie et non la personne du malade. De plus, la formation médicale reléguant l'intérêt pour la santé hors du champ hospitalo-universitaire, le médecin est conduit à développer une connaissance de l'humain essentiellement à travers l'organe malade.

Le champ de la médecine est de plus en plus envahi par un regard et une technicité issus des sciences exactes. La médecine n'a-t-elle pas sa place aussi auprès des sciences humaines ?

Il n'est point d'acte médical sans empathie. Il nous apparaît qu'il est préférable « d'aimer les gens » quand on exerce le métier de médecin. Quand la pratique médicale se réduit à un acte simplement technique, l'humain risque d'y disparaître. C'est dans le contact humain que se développera une véritable consultation.

Ne pas être satisfait de cette connaissance limitée du vivant nous orienta, de facto, vers la recherche d'une vision plus large de l'homme et sa maladie, ainsi que d'une thérapeutique qui prendra en considération ses dimensions. Cet élargissement du point de vue trouve un appui sur ces fondements de médecine ostéopathique et traditionnelle ainsi que sur l'humanisme. Les racines de la médecine datent de la nuit des temps, du jour où le premier homme s'adressa avec sa souffrance à un autre homme. Dans son histoire, la médecine n'a cessé de côtoyer la philosophie. En effet, il n'est pas d'action dans ce domaine qui ne soit sous-tendue par une philosophie. La médecine ostéopathique puise ses racines

¹ *L'histoire de la médecine*, Dachez R., Tallandier, Paris, 2004, p. 11.

dans un très ancien courant mécaniste et naturel qui n'a jamais cessé d'être présent dans l'histoire de la médecine. De même, l'empirisme ne peut être exclu du champ d'application de la médecine.

Mais ce qui prime en ostéopathie demeure « l'anatomie, encore l'anatomie et toujours l'anatomie ».

A.T.Still permit à l'action thérapeutique manuelle de sortir « d'un empirisme plus ou moins déconsidéré pour l'intégrer au sein d'une médecine scientifique qui débuta à Alexandrie au III^{ème} siècle avant J.C.¹ ». Il réintroduisit dans un cadre scientifique l'action de la main laissée aux « rebouteux ». Rappelons au passage que, à la suite du concile de 1130, seuls les chirurgiens, laïcs, touchaient leurs patients². Ainsi, le médecin dédaigna de « mettre la main à la pâte ».

Cette proximité avec le patient que l'ostéopathe connaît et cette subjectivité éminemment présente dans son acte, ne doivent pas, pour autant, lui faire oublier la supériorité qu'il devrait accorder à l'humain. En conséquence, il devra prendre garde à ce que ne s'installe dans la relation avec son patient aucune pensée magique.

Notons par ailleurs, que l'ostéopathie s'inscrit naturellement dans le courant vitaliste, alors que par sa technique elle pourrait demeurer mécaniste.

L'origine diverse des principes qui fondent cet acte lui confère une légitimité étendue et permet à des patients de cultures différentes de pouvoir y accéder.

Accepter ses principes, et chercher à les mettre en œuvre constitue support et axe à la création de son propre acte. L'épanouissement de ce dernier ne retrouve-t-il pas dans sa chronologie et sa pratique l'histoire de la médecine ? Ceci s'avère particulièrement vrai dans le développement de la pratique de l'ostéopathie. Poser justement sa pratique exige une étude longue et patiente de la matière fondamentale et primordiale de l'ostéopathie qu'est l'anatomie ; il sera d'ailleurs utile de la revisiter en permanence même après des années de pratique. Parallèlement il conviendra d'apprécier la complexité humaine.

Ainsi, cet acte se déploiera et s'enrichira dans la rencontre de ses divers principes. Ces principes et fondements permettent d'inscrire son acte, surtout à sa période de début, dans une communauté d'idée et de pratique ayant déjà une histoire. La confiance accordée à la personne des enseignants nous paraît plus juste qu'une croyance (aveugle) dans des principes, fussent-ils traditionnels et modernes, mais, non encore expérimentés et vécus. Concernant l'ostéopathie, nous avons coutume

¹ *Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique*, Toustain J. DO., ProEdit, Marseille, 2006.

² *Initiation à l'histoire de la médecine*, Gonzalès J. , Ed. Heures de France, 1997.

d'affirmer en tant que formateur, qu'il convient de vérifier par soi-même ; et cela malgré la réalité imprécise des sensations et représentations de début que nous devons accepter. Cette conscience nous semble fondamentale, pour unir objectivité et subjectivité dans cet acte sans cesse renouvelé.

5. Le cadre

Tout acte s'inscrit dans un cadre.

Ce cadre est l'espace et le temps de la relation médecin-malade. Il paraît opportun qu'il soit pensé.

Le cadre est la condition de la réalisation de la pratique. Il n'est jamais dissocié de la vision, de l'esprit dans lequel l'acte se développe. Il est donc à créer, à organiser, à structurer. S'il est en premier concret, tangible, sa dimension immatérielle n'en est pas moins présente. Ce cadre permet à la pratique d'exister puis d'évoluer. Il sera opérationnel autant pour le praticien que pour l'autre protagoniste. Bien construit il assure une sécurité de fonctionnement, encadre la pratique en lui fournissant garde-fou, rail de sécurité, limites et perspective. La solide formation médicale constitue à cet égard une assise sérieuse. Les fondements précédemment décrits constituent conjointement des fondations sur lesquels ce cadre se construit.

Le cadre du soin participe au soin.

Il est à la fois physique et théorique mais est perçu avant tout comme un milieu humain. Il est le lieu, le décor de la scène. « Sachant que « le monde est vécu dans le corps et le corps dans le monde¹ », le cadre témoigne de l'attention à ce qu'il entoure. Il reflète l'intention de celui qui l'habite. « La réflexion sur l'espace dans un lieu de soin ne peut, donc, être occultée²», à fortiori quand ce soin accorde au corps un statut prépondérant. « Le cadre physique ne doit pas démentir la relation³».

Le cadre est théorique, pratique et humain.

Nous fûmes dès le départ convaincus que l'on soigne dans la relation ; cette proposition s'affirme comme règle fondamentale autant qu'elle délimite, entoure (encadre) l'acte. « L'individu est interpellé dans l'écart crée soignant/soigné⁴». Ce cadre doit favoriser la rencontre avec soi-même. « L'espace vide, qui n'est pas la chose la plus aisée à vivre pour le soignant proche et aimant, est l'espace duquel naîtra le désir du patient⁵».

¹ *Corps réel, corps imaginaire*, Sami Ali, Dunod, Paris, 1986.

² *Le corps dans l'espace*, P.Bonnaud, mémoire de licence de psychologie clinique, Censier Paris VII, 1983, p.31.

³ Idem.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

Il s'agit aussi de l'espace temporel, du temps consacré au patient. Le respect des horaires de rendez-vous comme la présence ou non du téléphone confirme, par exemple, au patient la qualité de ce cadre.

Le thérapeute devrait tout faire pour éviter d'« être débordé », c'est-à-dire « quelque part » hors de lui. À cet égard, définir son mode d'exercice et organiser son emploi du temps sont deux orientations précieuses à prendre en compte tant elles déterminent la qualité de présence du praticien¹. Ce que « dégage » le médecin, le patient le perçoit.

Par le truchement du toucher, une médecine manuelle apporte au patient une sensation qui lui rappellera, consciemment ou non, l'éminence de son propre et premier cadre (entourage) que constitue son enveloppe corporelle.

La qualité de notre toucher témoignera à un haut point l'attention et l'intention que l'on porte à ce patient, à cet hôte.

Ce cadre théorique, pratique et humain permet ainsi à notre pratique de se développer. Contenant et limitant celle-ci, il doit, au demeurant, lui permettre d'évoluer et donc ne pas l'enfermer dans un format rigide et fixe. Il doit permettre d'accueillir la plus grande diversité possible de patients (donc de pathologies diverses). Ce n'est, bien évidemment, pas au patient de s'adapter à ce cadre. Le cadre est en quelque sorte un univers commun au patient et au thérapeute. Il fournit alors des éléments de rencontre dans lesquels chacun des deux protagonistes de cette scène pourra s'y retrouver.

Le cadre pour l'ostéopathe est la trame autour duquel son geste s'exprime, s'énonce. Afin que ce geste soit assuré et rassurant, il a besoin dans son déroulement (quels que soient les aléas personnels et le degré de son expérience) d'un canevas *encadrant* sa pratique. Nous avons constaté dans nos vingt années d'exercice comment ce dernier a évolué. Cependant, nous retrouvons aisément la trame de départ. C'est pourquoi, il est fondamental d'avoir bien bâti ce cadre initial.

La compréhension, l'acceptation et la recherche de mise en œuvre à chaque consultation des principes fondamentaux de l'ostéopathie ainsi que des principes humanistes contribuent à l'existence de ce cadre. Ainsi ce dernier permet, sans détruire les bases, les fondations et les lignes directrices, d'expérimenter puis de conserver ou d'ôter de nouvelles techniques tout au long de l'incessante formation et évolution de notre geste. Une spécificité de l'acte ostéopathique est de rapprocher quasiment dans un même geste, dans une unité de temps et d'espace, le diagnostic et le traitement. La mise en place du canevas doit pouvoir intégrer

¹ Cf. en annexe un article paru dans *Ostéos de France* (novembre 2005).

cet aspect essentiel de l'approche ostéopathique. Néanmoins, cette coexistence ne s'impose pas d'emblée puisque ces deux actions, dont l'une découle logiquement de l'autre, sont ordinairement disjointes dans l'exercice médical. Les réunir exige à la fois du praticien et du patient un changement de point de vue et d'habitude. Le patient s'attend qu'à l'issue de l'examen médical le médecin lui prescrive un médicament. Le médecin ostéopathe, pour confirmer la pertinence et la spécificité de son acte ostéopathique, doit faire preuve de certitude et d'humilité. Il en sera de même dans l'affirmation de l'efficacité et la durabilité thérapeutique, dans la mesure où ces effets, à l'instant où il les énonce, sont à venir et encore incertains. Le crédit que le patient fait à ce remède d'un autre ordre, est conditionné par la confiance que cet acte (médical et ostéopathique) a permis, dans cet espace temps, de réaliser. Cette confiance est accordée avec plus de facilité quand le cadre du soin reflète ce que les anglais nomme par *care*. Cette sollicitude s'avère prendre toute sa valeur dans l'acte de médecine manuelle ostéopathique quand le toucher témoigne de l'attention soutenue, soucieuse et affectueuse que le thérapeute parvient à porter réellement au patient.

Notre expérience nous a montré que toucher son patient et pratiquer l'ostéopathie peuvent malheureusement se dérouler sans tact. Nous estimons que cela est un comble d'incorrection pour un ostéopathe. Cela constitue, nous semble-t-il une prise de pouvoir abusive sur l'autre – fût-t-il malade et demandeur de soin.

Ce cadre établit les « conditions facilitantes » - le *setting* dont parle Donald Winnicott - par lesquelles des mécanismes archaïques de réparations peuvent s'instaurer. Cette sympathie, « cette capacité à être proche¹ » est la présence réelle, effective, du thérapeute qui accueille dans son cadre, son territoire, le patient avec sa souffrance. Le patient, dans le temps et l'espace de la consultation, doit pouvoir se sentir dans un lieu authentiquement hospitalier². Tout doit conduire (le cadre physique, l'organisation de la séance, la disposition de l'esprit du praticien) à mettre la personne dans les conditions d'une mise à l'écart du monde extérieur ; et ainsi, créer un milieu sans stress, hostilité ni étrangeté - facteurs de réactions de défense - afin que le patient éprouve une sensation de tranquillité et de sécurité. Sans cela, la relation thérapeutique ne peut s'établir. Le patient doit parvenir à se sentir, à se mieux connaître. Dans ce climat hospitalier, dégagé de toute sorte et forme d'intrusion que selon les époques on appelle peut-

¹ *Vivre la séparation*, Prigent Y., Desclée de Brouwer, Paris, 1998, p.73.

² Remarquons ici avec l'étymologie que *hostes* est à la fois « celui qui donne et celui qui reçoit l'hospitalité » !

être virus, bactérie, agent pathogène endo ou exogènes, le patient, en lui-même¹, peut recouvrer son propre lieu de vie.

L'espace où se déroule l'acte n'est-il pas toujours un peu empreint de la tonalité de l'« espace potentiel » qu'a défini Winnicott² ? La personne de celui qui accueille et reçoit, est ainsi éminemment concerné dans ce *setting*.

Le cadre personnel

Personnaliser ce cadre général (de prise en charge) et définir des modalités d'action requièrent certains choix. Ils sont à confirmer en permanence. Nous concernant nous lui reconnaissons ces grandes lignes de conduite (à tenir) :

- Prendre le temps ; avoir le temps de prendre son temps (durée de la consultation : une demie heure pour les enfants, trois quart d'heure pour les adultes).
- Pas de téléphone sonnant dans le cabinet.
- Le temps d'écoute des mots. Nous avons conservé le temps appelé maladroitement interrogatoire.
- Ecouter et entendre la demande.
- Refuser le pouvoir sur l'autre.
- Refuser toute instauration d'une pensée magique et mystique dans la relation thérapeutique.
- Privilégier de soigner dans la relation.
- Prendre le temps d'installer l'acte ostéopathique proprement dit.
- Le temps de vécu sur la table.
- Le refus de l'acte manipulatif comme principal action thérapeutique ; plus exactement le rejet de tout geste forcé.
- Faire confiance au travail (thérapeutique) fait sur la table et ne pas prescrire de traitement médicamenteux symptomatique.
- Faire à chaque séance « le tour du proprio ».
- Travailler notre propre corps, notre réceptivité.
- Clarifier nos intentions.
- Développer notre conscience.

Nous avons toujours considéré, bien qu'étant pleinement intégrée à la consultation médicale, la spécificité du moment passé « sur la table ». Cette attention portée au corps nous fait apprécier l'appellation séance de cet acte d'ostéopathie.

¹ L'étymologiste Benveniste indique que, dans *hospitale*, la racine indo-européenne *pet-* ou *pot-* correspond à l'idée de « maître » et d'« époux » et que l'origine de cette racine serait dans la notion de « soi-même », « lui-même ». *Dictionnaire historique de la langue française*, le Robert, tome 2, Paris 2000, p.1744.

² *Jeu et réalité*, Winnicott D.W., Gallimard, Paris, 1975.

Notre « routine »

La routine est ce qui se retrouve comme geste systématique à chaque consultation. Celle-ci évolue au fil du temps et n'est pas un formatage figé, obligatoire, contraignant l'approche clinique. Elle s'est inscrite dans le cadre qu'à déterminer et accepter le praticien.

Elle lui apportera l'assurance de retrouver des gestes, des questions, des explorations identiques quel que soit le patient et quel que soit son propre état (de fatigue, de concentration). Elle procure à l'acte respiration et aisance. Elle offre ainsi au patient la certitude d'une certaine maîtrise du praticien dont l'esprit et les mains peuvent ainsi être dégagés. Elle permet à l'examen clinique de ne rien omettre. Elle est un certain rituel.

Déroulons rapidement dans ses grandes lignes cette routine personnelle.

Après le temps d'écoute du motif de la consultation et de la demande, après l'interrogatoire médical qui prend soin de questionner les différents appareils, nous observons la posture du patient de face, de profil et lui demandons de se fléchir. Ensuite nous apprécions par le toucher la qualité de sa tenue, et par exemple systématiquement nous examinons à ce moment-là la mobilité des sacro-iliaques. Puis le patient assis, la qualité de mobilité de sa colonne vertébrale nous intéressera. Ensuite, le patient allongé, nous examinerons quasi systématiquement « de pied en cap » la totalité de la qualité articulaire de sa structure en n'omettant aucun pivots ni charnières de la bio-mécanique vertébrale et périphérique. Le passage par un temps d'examen, une main sous le sacrum, nous occupe rapidement et patiemment. De même, l'observation des différents diaphragmes retient toujours notre attention, ainsi qu'une rapide palpation viscérale. Enfin, inmanquablement, après un examen patient de la charnière occipito-cervicale, nous aboutissons au crâne. Dans ce « tour du proprio » des « postes d'écoute » privilégiés, situés dans des zones où de nombreuses incidences confluent, ponctuent notre examen. Ces divers étapes retiennent plus ou moins longuement notre attention selon ce qui est perçu. Quoi que l'examen révèle, et la thérapeutique exige, la clôture de notre soin passe toujours par un temps de recentrage et de recherche d'obtention d'un état de tranquillité pour le patient. En outre, nous incitons systématiquement le patient qui se relève de la table à percevoir sa nouvelle posture.

Ainsi, grâce à cette routine, nous avons pu, sans jamais quitter le contact avec la structure, apprendre à écouter la fonction que cette dernière porte. Nous pouvons ainsi intégrer à un examen de la posture une « lecture » du corps. Lecture, comme nous l'indique la racine indoeuropéenne *°leg* de ce terme, signifie « cueillir », « choisir », « rassembler » ; ces considérations constituent pleinement l'acte

clinique. Avec l'expérience, le geste thérapeutique se fondit de plus en plus logiquement et aisément au geste diagnostique.

Ce cadre défini et posé que se joue-t-il sur cette scène ?

Patient et médecin en constituent les protagonistes. Chacun dans un rôle propre. L'un n'existe pas, sur cette scène, sans l'autre. Le médecin ne peut s'extraire de la scène et s'asseoir à la place du spectateur. Et pourtant, la tentation est grande de s'abstraire de cette scène sur laquelle bien souvent un drame se joue et dans lequel nous sommes associés.

Pour tenir ce rôle de thérapeute, il s'avère avantageux de ne pas connaître que ce rôle. Aussi, est-il fructueux d'avoir assister auparavant à d'autres spectacles et d'avoir goûter à la plus grande palette possible de saveurs dont relève le vivant.

6. La matière de l'acte

Qu'est-ce qui constitue l'objet, le sujet, le contenu, la substance, la matière (première) de l'acte médical et particulièrement de l'acte ostéopathique ?

L'être, affirmons-nous d'emblée.

Observons cela de plus près.

Nous avons dès le début de notre pratique considéré que l'objet de la médecine, à l'encontre de ce que notre formation hospitalo-universitaire semblait nous avoir présenté, devrait avant tout, être la recherche de la conservation et le rétablissement de la santé de l'être humain, plutôt que le développement de la connaissance de la maladie. La clinique médicale alliée au savoir permet de porter un diagnostic et de proposer un traitement. La clinique ostéopathique s'inscrit dans une conception différente de la maladie et donc de l'acte médical. L'examen clinique - une fois posé le diagnostic d'exclusion de pathologie pour laquelle le recours à une thérapeutique s'impose d'emblée - se poursuivra dans un registre sensoriel et une intention autres.

A.T.Still nous enjoint à considérer le vivant avant le pathologique. Si l'étude et la connaissance de l'anatomie accompagnent tout au long de sa pratique l'ostéopathe, celle-ci ne peut se satisfaire de demeurer la seule réminiscence d'une plate, pâle, sèche et froide image tirée d'un livre mort - le cadavre - ; le « mécanicien ostéopathe » se doit, A.T.Still nous en fait l'exorde, d'avoir « présent à l'esprit une image vivante de toutes les parties du corps », ... « tout le temps, pendant qu'(il) soigne les parties affligées¹ ». Cette anatomie sera perçue plus naturellement en mouvement qu'elle est intimement liée à la physiologie. Cette dernière, est une « branche de l'anatomie », « autant qu'une aile est une partie du poulet² ».

La tradition médicale tibétaine affirmait déjà ceci ; ses thangkas en dessinant pathologie et physiologie comme deux principales branches issues d'un même tronc, en témoignent.

Le praticien ostéopathe comme l'homéopathe et l'acupuncteur établissent un diagnostic d'un autre ordre. Il s'agit dans ses disciplines de déterminer où et comment la santé s'est dérégulée. Certes la médecine, surtout depuis Bichat, s'attache à découvrir la nature de la lésion anatomo-pathologique pour pouvoir la soigner. Toute médecine prétend chercher, pour mieux la soigner, l'étiologie de

¹ *Philosophie de l'ostéopathie*, Still A.T., chap. 1.

² Ibid.

cette lésion. Or, il s'avère que cette recherche aboutit rarement et que tous les médecins ne s'accordent pas sur la réalité de cette causalité, ni sur la qualité et le type du remède qui fera cesser ce lien de cause à effet.

Les médecines traditionnelles ou naturelles, auxquelles l'ostéopathie appartient, en développant une autre vision - plus globale - de l'homme, utilisent des leviers ou vecteurs thérapeutiques correspondant à leur perception différente de l'humain ; ainsi la médecine énergétique manie l'énergie tandis que l'ostéopathie manie le mouvement. En outre, ces médecines ne dissocient pas les troubles fonctionnels des troubles organiques.

Michel Foucault affirme de son côté que « l'ordre de la maladie n'est, d'autre part, qu'un décalque du monde de la vie¹ ». « Dans la maladie, on *reconnaît* la vie puisque c'est la loi de la vie qui fonde, de surcroît, la *connaissance* de la maladie² ». La maladie dans cette perspective prend pour le clinicien une autre consistance.

L'acte, dont nous parlons, cette rencontre du médecin ostéopathe et du malade, ne se réduit donc, en aucun cas, à l'acte de la connaissance médicale - acte duquel le médecin, lui, peut s'abstraire et ainsi faire abstraction de la personne du malade. Cette rencontre apporte au praticien une connaissance d'un autre ordre que celui que lui fournit le regard médical hérité de la formation hospitalo-universitaire où la classification et la normalité comptent plus que la perception de la réalité du trouble du patient et la santé. Dans cet acte, dans ce « colloque singulier », alors que le malade amène de la confiance, le médecin se doit d'apporter de la conscience ; ces deux états ne vont cesser de se côtoyer. De plus, une pratique qui parle d'« écoute » ne peut décemment occulter la parole que le patient porte sur ces maux.

La matière ostéopathique est bien d'un autre ordre que la matière médicale. Le médecin ne peut dans ce cadre utiliser sa « boussole » habituelle qu'« est la connaissance des maladies³ ». Cette confrontation exige alors du praticien de nouveaux outils - outil perceptif et outil technique - ainsi qu'une compétence instrumentale et une présence différentes de ceux et celles demandées dans un acte de médecine classique. Dans l'examen médical, le médecin recherche les signes physiques positifs qui le conduiront, grâce à son savoir et sa réflexion, à élaborer un diagnostic ; il a été formé pour et le patient attend à juste titre qu'il le porte. Ce qui préoccupe le médecin ostéopathe dans son examen doit tenir compte de signes, qu'ordinairement le médecin clinicien certes capte, mais sur lesquels il

¹ *Naissance de la clinique*, Foucault M., PUF, Paris, 1963, p.6.

² Ibid.

³ Ibid.

ne s'arrête pas. En clinique ostéopathique, ces signes qui ne sont pas des signes à retenir pour les organiser en syndrome puis en maladie, ou qui sont des signes fonctionnels sans valeur séméiologique nosographique, seront saisis non pas négativement (ils n'indiquent pas une pathologie) mais positivement, au moins comme paramètres d'appréciation de la vitalité, si ce n'est par la suite, comme leviers thérapeutiques. Par exemple, le cri d'un nourrisson aidera à lever une compression crânienne. Nous pouvons également avec tact « chevaucher » une oppression thoracique et aboutir à un apaisement.

En pratique ostéopathique, le T.G.O.¹ contribue à façonner ces outils. Il permet pleinement d'« entrer en matière », de prendre connaissance, d'apprécier « à pleine main » cette matière, ce « fond naturel », cette chair qui constituent le corps du patient. Cette matière est la réalité sensible, tangible de l'existence.

La confirmation de cette réalité concrète, matérielle permettra par la suite, si nécessaire et permis, d'accéder aux autres registres (symbolique, imaginaire) qui sont articulés au réel.

Le mouvement, paramètre fondamental du vivant, qui guide en permanence l'ostéopathe autant pour le diagnostic que pour le traitement, n'est-il pas un des termes de la fameuse équation d'Einstein $E=mc^2$?

Cette matière, c'est incontestablement l'humain dans toutes ses composantes. Elle s'enrichit chaque jour au gré des rencontres cliniques nouvelles auprès de patients de tout âge, nouveau-né comme personne très âgée, adulte comme enfant, homme comme femme, d'état de santé et de condition physiologique divers, de milieu socioprofessionnel et culturel différents. Reconnaissons qu'après vingt années de pratique, le patient est plus facilement perçu dans sa diversité. Nous intégrons chaque jour mais progressivement de nouvelles dimensions. Ainsi, à ce jour, la complexité du vivant peut nous apparaître dans son organisation. Ce n'est qu'après de longues années d'expérience que les différentes entités comme l'appareil locomoteur, la sphère viscérale, le champ crânio-mandibulo-sacré se sont réellement articulés autant dans nos mains que dans notre esprit. Par ailleurs, des dispositions aussi différentes que l'organisation des chaînes myo-fasciales, la vision posturologique, la cohérence du Mécanisme Respiratoire Primaire, la distribution des méridiens de l'énergétique traditionnelle chinoise ainsi que le mécanisme involontaire, s'intègrent.

Le médecin ostéopathe ne peut affirmer qu'il ne touche (et est touché) que par l'aspect matériel du vivant. « Nous contactons une structure, mais nous percevons une fonction », disait Rollin Becker.

¹ Traitement Global Ostéopathique

Cette matière est donc l'être dans sa globalité. Celui-ci, par ailleurs, peut-être considéré comme une unité de fonction dont une essentielle est l'expression. Une de nos convictions tenaces est que « quand l'ostéopathe vit en lui la réalité d'une fonction, la physiologie prend alors du corps, a du goût, le mouvement un sens et la voix un timbre. Il rencontrera alors différemment dans la profondeur des tissus de son patient les troubles que sa main cherche à dévoiler. Son écoute comprendra plus intimement le dysfonctionnement¹.»

Ainsi, cette matière humaine, substrat de la clinique, recèle dans son étendue toutes les facettes de l'humain, avec ces *mal*-heurs et ces *bon*-heurs, dans ses malaises et nécessairement ses (bon) aises.

Notons ici que même quand l'ostéopathe dans sa pratique intègre et utilise la dimension énergétique, émotionnelle, psychique, il ne peut se défaire de l'abord du corps de la personne qui l'a consulté, à moins de changer de métier. Un risque de confusion, des rôles et des registres, pourrait s'installer et serait préjudiciable.

L'anatomie constitue pour l'ostéopathe la matière principale, première, incontournable de, et avec laquelle s'élabore son acte. Celle-ci reste présente tout au long du déroulement de la consultation. Le geste ostéopathique et la clinique ostéopathique ne dissocient pas le temps diagnostique du temps thérapeutique. Sa séméiologie s'avère être élémentaire ; elle peut se résumer à la restriction de mobilité.

À ce sujet, remarquons que le diagnostic que porte l'ostéopathe ne pourra s'élaborer que la séance de soin terminée. L'ostéopathe médecin devra apprendre à associer diagnostic ostéopathique et diagnostic médical. Cet aspect de la consultation nous demande de faire preuve de tact, de créativité et mobilise une quantité certaine d'énergie. On ne peut assener de la même manière un diagnostic médical (qui occupe une place dans la nosographie) et un diagnostic ostéopathique. Nous constatons que quand le patient a rencontré et senti dans son corps que malgré ses douleurs ou désagréments, un apaisement et un état de détente pouvaient s'installer, son insistance à obtenir de notre part un diagnostic était moindre. Pour peu que nous ayons exactement « mis le doigt où ça fait mal », une conciliation s'accomplit entre le vécu de douleur et la représentation souvent inquiétante que le patient s'en fait.

Donc, cette matière ostéopathique habite tout l'espace de l'anatomie ; mais cette anatomie est couplée à la physiologie. Elle revêt ainsi tout le champ du vivant. L'ostéopathe s'attelle à y être sensible. Il palpe, il touche et il perçoit. Il ne peut séparer, de cet acte sensible, le matériel et le solide des autres aspects de cette

¹ *Ostéopathie et psychophonie*, Bonnaud P., congrès international de psychophonie, Aix 2005, cf. en annexe.

réalité. Il apprend à apprécier les diverses teneurs de la chair et notamment sa « tenségrité¹ ». « Les os, les muscles, les ligaments et les tendons peuvent être considérés comme un système en tenségrité² » ; cet ensemble, autoéquilibré, est « dynamique, flexible et résistant ». L'ostéopathe sent ce système, ce mécanisme respirer. Il évalue son organisation structurelle, sa flexibilité, sa raideur, son alignement, sa situation dans l'espace et la gravité, son équilibre, sa stabilité, son aptitude à se verticaliser. Il note la répartition des charges des différentes parties du corps et les attitudes compensatoires qui en résultent. Il côtoie les crispations, les contractures, les raccourcissements des muscles et des tendons. Il jauge l'harmonie et les liens existants entre ses différentes parties. Par le média des *fasciae*, il pénètrent la « matrice vivante³ » - véritable continuum de tissu conjonctif du « cytosquelette » au tissu extracellulaire et à la peau.

Cette matière, c'est aussi du liquide avec sa mouvance. Tout ce que l'ostéopathe peut sentir s'articuler et respirer, dans le volume et la densité du corps, constitue la matière ostéopathique.

La spécificité de l'acte ostéopathique octroie au toucher une place prépondérante dans la relation médecin malade. Le toucher est un sens qui historiquement sous nos latitudes et notre civilisation a été longtemps banni de nombreuses relations. Pourtant il est une forme de communication non verbale certaine. Bien que « le besoin d'être touché et de toucher soit essentiel⁴ », apprendre à toucher et être touché est presque, aujourd'hui, devenu nécessaire. Prendre le temps de toucher l'autre, c'est déjà le reconnaître, l'accepter. Cet acte occupe une place prépondérante dans la relation thérapeutique. « Toucher est probablement la plus ancienne manière de soigner⁵. » En ostéopathie, le médecin ne se cantonne pas dans sa palpation à la seule recherche des signes physiques. Par ailleurs, on sait

¹ En anglais, *tensegrity*, vient de la contraction de *tensional* et *integrity*. Ce mot fut inventé par l'architecte Richard Buckminster Fuller, pour décrire la faculté d'une structure à se stabiliser par le jeu des forces de tension et de compression qui se répartissent entre les différents éléments qui la composent.

² *La solution intérieure*. Janssen T., Fayard, Paris, 2006, p.196.

³ Donald Ingber, biologiste, observe que le cytosquelette se comporte comme un système en tenségrité. « La « matrice vivante » extra- et intracellulaire constitue un système de communication à la fois mécanique et biochimique apparu bien avant les systèmes nerveux, vasculaire, hormonal ou immunitaire. Il n'est donc pas étonnant que cette matrice exerce une influence prépondérante sur les processus réparateurs de l'organisme ». *La solution intérieure*. Janssen T., p.199.

⁴ Janssen T., *ibid.*, p.185.

⁵ *Ibid.*

désormais que le toucher « agit directement sur le cerveau émotionnel¹ ». Ce tact là, l'ostéopathe ne peut l'ignorer.

Tout ce qui potentiellement chez l'humain, en son entité corps-esprit, s'articule, joue, s'exprime, appartient à cette matière. Palper, pénétrer l'anatomie du patient n'a donc pas qu'une répercussion physique. Percer les secrets de l'anatomie peut mener à entrer dans cet « enclos sacré » (du grec *temenos*), ce « temple » en l'homme (en latin *templum* issu de °*tem-I-om*²). Traditionnellement l'analogie entre le corps et l'univers a souvent été développée ; « l'homme étant considéré comme le résumé de toutes les possibilités immanentes à l'Univers³ ».

Il est bien impossible alors de réduire le corps, l'anatomie, cet univers, ce territoire à la carte ou au plan de sa description analytique. L'anatomie avant d'être le lieu où se projette « le désir le plus archaïque de voir et de savoir le corps de l'autre⁴ », est le lieu de vie de la personne et son instrument premier. « L'examen médical ne manque pas d'intérêt pour peu que l'on sache entendre à côté ce que le malade donne à voir⁵ ». L'ostéopathe part à chaque nouvelle consultation à l'exploration d'une terre nouvelle. Il n'y percera pas ses mystères avec des preuves. Cette découverte exige du praticien des qualités perceptives autres que celles utilisées pour mener un examen médical classique. Elle demande également un ajustement permanent de sa posture. Elle requiert de pouvoir demeurer silencieux. « Le regard qui observe ne manifeste ses vertus que dans un double silence : celui, relatif, des théories, des imaginations et de tout ce qui fait obstacle à l'immédiat sensible ; et celui, absolu, de tout langage qui serait antérieur à celui du visible⁶ ».

Cette matière rencontrée peut prendre toutes les facettes du vivant, souriante comme grimaçante, légère et subtile comme pesante et lourde, compacte et atone comme ouverte et énergétique, silencieuse et muette comme parlante ou assourdissante, lumineuse comme sombre, ... Ce matériau proposé à l'acte médical ostéopathique est riche de la complexité du vivant.

Peut-on considérer l'être humain dans sa seule matérialité sans entendre, sans saisir les autres substances qui en constitue sa nature ? Ce substrat naturel

¹ Ibid.

² À l'origine « espace délimité par l'augure dans le ciel et sur la terre, à l'entour duquel il fait ses observations » *Dictionnaire étymologique du français*, Le Robert, Paris, 1994.

³ *Le temple dans l'homme*, Schwaller de Lubicz R.A., Dervy-Livres, Paris, p.19.

⁴ *Lieux du corps*, Fédida P., Nouvelle Revue de Psychanalyse n°3, Gallimard, Paris, 1971, p.125.

⁵ Ibid, p.111.

⁶ *Naissance de la clinique*, Foucault M., chap.VII, PUF, Paris, 1963, p.108.

intrinsèquement susceptible de changement est animé par des forces, des pulsions, des intentions conscientes et inconscientes, par des élans vitaux et des processus morbides. Nous concevons l'homme dans son corps et son histoire personnelle. Cette matière - histoire et géographie de l'être - mouvante, riche et polymorphe, s'exprimera à nous dans la relation. Elle est sous nos mains, nous est livrée mais n'est pas nôtre.

Que ce vit-il, que ce dit-il, que s'articule-t-il en ce lieu ? Comment assistons-nous à ce théâtre où se joue, dans ce cadre, la maladie et la vie ?

7. Le développement de notre pratique dans la période d'apprentissage :

- Confirmer les choix pris dès le départ. Respecter et chercher à mettre en œuvre les trois principes.
- Faire confiance.
- Continuer notre formation.
- Ne jamais tricher avec nos sensations et nos maladresses. Les accepter telles qu'elles sont et accepter la réalité de notre connaissance insuffisante de l'anatomie et du fonctionnement du corps.
- Poursuivre un travail sur notre propre corps notamment de Tai Chi qui participa à façonner et renouveler une structure corporelle - base de la présence du praticien.
- Découverte de manière autodidacte de l'animation fasciale.
- Construire une pratique, un canevas qui pourra évoluer.

Des rencontres furent structurantes :

- En premier lieu, **sentir la vie** dans un corps (notamment sous la forme patente du C.R.I.).
- Découverte du *Wu Wei*¹ chinois.
- Le corps sonore avec les qualités réceptrice et émettrice.
- L'expérience de la mise en mots du vécu dans le cadre d'une psychothérapie analytique.
- La pratique de la méditation.

Le corps que nous palpions il y a vingt ans n'est pas le même que celui que nous palpions aujourd'hui.

Nos objectifs, nos intentions, nos gestes dans le déroulement de la consultation ostéopathique évoluèrent au gré de nos formations, de nos expériences personnelles et nos acquis professionnels. Au début, nous passions beaucoup plus de temps diagnostique par rapport au temps thérapeutique ; nous avions besoin de rassembler plus d'éléments pour confirmer notre geste thérapeutique. Nous avions besoin de preuves immédiates de notre geste ; la structure devait manifestement bouger plus amplement.

¹ Cf. chap. III. 5.

Un jour (environ dans la huitième année), nous prîmes acte intérieurement de désormais suivre exclusivement le mouvement involontaire ; la force correctrice résidait assurément chez le patient. Ainsi nous abandonnions le « structurel » - mais surtout les techniques dites structurelles - sans pour autant lâcher la structure. Nous parvenions à nous dégager du symptôme et de la demande de suppression immédiate de celui-ci, que le patient légitimement exprimait.

Il vient un temps où, sa main « faite », devenue sensible, le praticien acceptant ses sensations peut ne plus se focaliser sur celle-ci, et intégrer cet outil perceptif et opérant à sa présence globale. Sa main est capable d'être active et passive mais toujours réceptive. Le maniement des divers outils à utiliser selon les cas pour le diagnostic et le traitement dans les différentes sphères organiques (os, viscères,...) est habile, précis. Sa gestuelle devient soutenue, continue, fluide.

Progressivement, savoir et connaissance, qui dans un premier temps semblaient s'opposer, se mirent à dialoguer.

Ce ne sera qu'après quinze années de pratique que nous commençons à parler d'expérience.

8. L'acte global

Ce qui prime, c'est l'acte global.

Difficile de séparer chaque partie. La globalité, c'est autant celle de l'être que celle de la consultation. C'est cette prise en compte de la globalité qui sera aussi agissante. L'acte thérapeutique médical est une unité. Le diagnostic et le traitement sont unis. Ceci l'ostéopathie nous le fait vivre à chaque consultation. Quand on considère réellement cette globalité, on ne peut pas séparer les différentes parties la constituant. Cet acte prend en considération la diversité de cette matière, la complexité du vivant et la pluralité expressive de l'être. Si globalité il y a, elle concerne autant la personne du thérapeute que celle du patient. Savoir, savoir faire et savoir être sont accordés. L'acte technique, aussi important soit-il, n'occupe pas tout l'espace thérapeutique.

Tout acte est indissociable d'une intention. Il est, pour les philosophes Grecs anciens, *énergéïa* et n'existe en réalité que par l'esprit (*nous*).

S'agissant de soigner l'humain la vision que le thérapeute a de celui-ci conditionnera sa pratique thérapeutique. Qu'appréhende-t-il de l'humain ? Cette appréhension évoluera au gré de sa connaissance de l'humain.

Ce qui prime, ce n'est pas de chercher à faire de l'ostéopathie mais plutôt d'utiliser l'ostéopathie et la mettre au service d'une médecine de l'être. Cet acte global intègre la prévention et l'éducation à la thérapeutique

Les fondements, le cadre et la matière de cet acte installés, entrons désormais et assistons à ce qui se joue sur cette scène. Une pratique thérapeutique à sa maturité se révélera d'une étonnante simplicité. Voyons, désormais, comment celle-ci se conçoit et s'organise.

II - LA PERCEPTION DE L'HOMME

1. La conception de la thérapeutique

En médecine ostéopathique, la conception de la thérapeutique est indissociable de la vision, de l'écoute, de la perception et de la représentation que le praticien possède de l'humain et des causes qu'il assigne à sa pathologie. La nôtre s'appuie, se fonde sur des principes fondamentaux, qui à l'instar d'autres médecines traditionnelles - dont la médecine traditionnelle chinoise est une éminente survivante - postulent la capacité d'autocorrection que possède l'organisme et la prise en compte de l'individu dans sa globalité.

Affirmer et rechercher à mettre en œuvre cette potentialité et cette vision orienteront résolument l'acte thérapeutique d'une manière radicalement différente de l'approche thérapeutique moderne, allopathique.

La recherche étiologique est un temps capital dans toute médecine. La cause des troubles est souvent difficile à trouver. Le modèle qui prévaut aujourd'hui est celui de la pluralité des facteurs favorisants et déclenchants les maladies. L'ostéopathie rencontre des causes de pathologies dans les dysfonctionnements résidant au sein de l'architecture humaine.

Le but de la thérapeutique est alors le rétablissement des processus physiologiques d'autorégulation.

C'est donc en lui que réside le remède.

2. Efficacité thérapeutique

Les résultats apportés par cette thérapeutique dans notre expérience :

- Soulagement voire disparition durable (de quelques jours à plusieurs années) des troubles ostéo-articulaires et musculo-squelettiques touchant l'axe rachidien et les membres chez l'adulte et l'enfant.
- Soulagement des douleurs pariétales (une fois éliminées les irradiations des troubles organiques).
- Soulagement voire disparition durable de névralgies périphériques (N.C.B., sciatiques, cruralgies, ...)
- Soulagement voire disparition durable des céphalées, névralgies et algies de la face ainsi qu'espacement patent des crises de migraine.
- Amélioration nette dans de nombreux vertiges d'origines diverses.
- Diminution des troubles circulatoires (liés au retour veineux et lymphatique).
- Bénéfice certain dans les troubles du sommeil.
- Soulagement manifeste des troubles liés au stress, à l'anxiété et aux états anxio-dépressifs surtout d'installation récente.
- Restauration de l'état général et soutien de la vitalité en toutes circonstances.
- Atténuation patente des troubles broncho-pulmonaires et O.R.L. à répétition.
- Régularisation et soulagement du cycle menstruel aux différentes périodes de la vie, ainsi qu'atténuation des troubles ménopausiques.
- Soutien des processus physiologiques et suivi ostéopathique de la femme enceinte.
- Intérêt en pré et post-opératoire.
- Net bénéfice chez les patients souffrant d'incontinence urinaire, de dyspepsie, de colopathies diverses.
- Grand bénéfice en pédiatrie notamment quand les conditions de fin de grossesse et de naissance ont malmenées la structure toute malléable du nouveau né ; soutien et aide au traitement O.D.F.
- Soutien de la croissance et de la vitalité tout au long de la croissance de l'enfant ; bénéfice en cas de difficulté de concentration.
- ...

3. L'indication :

Dans toute situation qui perdure malgré certains traitements déjà suivis, un autre regard peut être proposé. Il recherchera autrement les causes du mal et les remèdes à apporter.

« Pouvez-vous faire quelque chose » sur tels ou tels symptômes, dans telles ou telles pathologies entend-on régulièrement ? La réponse dépend bien entendu de la durée de l'expérience professionnelle. Nous n'affirons jamais. Nous demandons à rencontrer la personne pour voir, si dans ce cas, l'examen pourra trouver une raison, une cause de dysfonctionnement dans le physique de la personne, accessible à notre habileté. La réalité, si nous sommes honnêtes, est que nous n'en savons rien. Cela dépendra de la personne et de sa réaction au soin. Or ceci est difficile parfois à entendre, à comprendre. Bien qu'évidemment nous puissions soigner quiconque, nous ne pouvons pas pour autant affirmer que notre thérapeutique sera efficace, surtout seule, dans certaines pathologies déjà bien évoluées. Les mots sont dans ce domaine à bien peser. Nous savons que toute relation de soin débute par une demande ; demande que le patient doit formuler et le médecin entendre.

Nous proposons à notre patientelle de solliciter nos services après, pendant voire avant des circonstances de la vie traumatisantes ou tumultueuses qui malmènent l'équilibre et l'état général de la personne : accident, intervention chirurgicale, cap de la vie à franchir, période de profond changement (physiologique, familial, social,...), stress et choc de tout ordre (physique, émotionnel ou psychique, ...), ainsi que quand un quelconque état de non santé perdure.

Constatons, par ailleurs, que notre abord ne connaît quasiment aucune contre-indication, mais plutôt des non-indications quand des thérapeutiques plus adaptées et efficaces s'avèrent nécessaires rapidement.

En outre, soulignons que l'ostéopathie généraliste, d'approche sensorielle, globale et involontaire, obtient des résultats dans toutes sortes de pathologies, surtout débutantes et en association avec d'autres méthodes et attention à la santé. Ainsi, bien qu'étant par ses principes, sa conception et ses modes d'action une médecine différente, elle est adjuvant et médecine complémentaire.

4. Thérapeutique anodine ?

En réalité, notre action, même quand elle est suivie d'effets très bénéfiques, n'est-elle pas toujours symptomatique ? Cette cessation du symptôme n'a pas été véhiculée par un média chimique allopathique réprimant « bêtement » exclusivement le symptôme, mais portée de manière toute différente par la recherche, dans la globalité somatique, du ou des leviers qui pourront « redonner du jeu » à la structure biomécanique en équilibre de cet organisme soumis à des multiples contraintes. Ce gain de mobilité permettra à l'organisme de fonctionner à nouveau et de s'adapter à de nouvelles contraintes sans buter inlassablement sur la même restriction.

Quand le patient nous consulte dans une situation critique durable, nous reconnaissons dans son corps un système biomécanique qui ne peut plus compenser sans douleur - dans le « silence des organes » -, sans usure, sans manifestation de nouveau symptôme fonctionnel ou organique, sans répercussions cliniques diverses. Notre acte participe à l'aider à « sortir du cercle vicieux », délétère dans lequel il se trouve. « Nous recherchons non pas un soulagement immédiat des symptômes, mais une transformation profonde des schémas pathologiques et traumatiques, donc un soulagement durable¹ ». Ces gestes ont une vertu thérapeutique.

Ces remèdes sont certainement anodins au sens exact du terme ; c'est-à-dire antalgique symptomatique (cf. étymologie). *Primum non nocere* est une maxime médicale ancienne s'appliquant pleinement à notre pratique.

A côté de cette liste d'amélioration certaine et parfois durable de troubles pour lesquels les patients nous consultaient, un fait récurrent notable est le bénéfice apporté à l'état général ainsi que le concourt d'une détente manifeste ; effets secondaires jamais indésirables de notre traitement ! Les plus constants sont la sensation globale de relâchement, de mieux-être, de meilleure sensation kinesthésique. Nous notons régulièrement que l'amélioration, surtout si le trouble était ancien et/ou profond, est précédée d'une grande fatigue accompagnée fréquemment de courbature – parfois une sorte de pseudo état grippal -, voire d'une aggravation ou de l'installation passagère de symptômes plutôt anciens que nouveaux. Habituellement déjà en fin de séance, le patient témoigne d'un net soulagement. Il dit souvent se sentir « vidé », « ramolli », « sonné », « flagada » !

¹ *Techniques ostéopathiques d'Equilibre et d'Echanges Réciproques*, Duval J.A., Sully, Vannes, 2004, p.84

5. Ecoute, entendement...

Nous considérons comme important que le patient décrive précisément et attentivement ce qu'il ressent dans son corps ; dans un premier temps quand il nous expose ses symptômes, puis dans un deuxième temps quand sur la table pendant le soin nous l'invitons à témoigner de ce qu'il peut dire de ce qui se passe en lui, sous nos mains ou ailleurs. Nous apprécions et sommes assurés de nos perceptions quand il existe une coïncidence entre la sensation du patient et la nôtre.

Nous devons souvent l'encourager à nommer ce qui se passe en lui tant il est peu habituel qu'il le formule, surtout dans un cadre médical. En écho à cette sollicitation, nous entendons parfois : « c'est vous qui savez, Docteur ! » Comme si cette intériorité, cette réalité n'avaient de signification que dans « l'ordre du discours » médical. Qu'il puisse parler dans son langage, nous semble fondamental.

Dans le cadre médical, nous jugeons nécessaire d'encourager le patient à parler avec son langage. Ces mots seront accueillis avec « le silence ouvrant l'espace de parole, de la liberté de dire¹ ». Notre écoute sera sans jugement, sans interprétation. Elle reçoit simplement la vérité « in-ouïe » que le patient ex-prime. Notre seule intention est parfois de s'assurer qu'il l'ait lui-même entendue.

En ostéopathie, on considère que nos doigts « sentent, voient et pensent ». Nous parlons d'écoute quand nos mains posées passivement sur une quelconque partie du corps captent les informations de l'animation tissulaire. Ecoute toujours silencieuse quand la main s'abstient d'agir pour entendre, comprendre, reconnaître l'être dans sa dynamique corporelle. Ce laisser faire, laisser s'exprimer, laisser dire, laisser sans vouloir corriger, exige du praticien des dispositions de corps et d'esprit idoines.

Il est, donc, déterminant que le patient à tout moment de l'acte, pressente qu'il est écouté, entendu, compris. Il s'agit pleinement d'un acte d'entendement mutuel.

Avant de préciser quelles sont nos intentions thérapeutiques, examinons quelle est notre vision, notre conception de l'humain qu'il nous est donné de soigner.

¹ *L'écoute*, Bellet M., Desclée de Brouwer, Paris, 1989, p.21.

6. La vision, la perception

« Connaître c'est accéder à la vision »
Saint-Exupéry

À l'origine (°weid-) indique que la vision sert à la connaissance et n'a que secondairement le sens concret de percevoir par la vue.

Voir c'est former une image et pouvoir se représenter. La vision est un sens qui se trouve être directement une émanation du cerveau. Chez Platon, voir et avoir vu (en grec *idein*) le mènera à *idea* qu'il considère comme « forme idéale concevable par la pensée ». C'est ce qui a été vu (au passé) qui conduit au savoir et définit, par la suite, notre vision de l'homme, de notre pratique. Cette réflexion sur le regard, tient toute sa place ici.

Voir en l'autre, le patient, ce qui va bien malgré sa souffrance et ses dysfonctions procède d'un choix. En effet, il est courant de ne trouver que ce que l'on cherche et ne pas voir ce qui nous dérange.

Cette ouverture du regard, cette chasse nous susurre l'étymologiste, demande un apprentissage. Il convient de se centrer, se concentrer, de mobiliser une certaine énergie afin d'être en éveil. Dans cette action de voir, le silence aussi s'impose. Découvrir un paysage nouveau advient lorsque l'écran sur lequel il se projette est vierge. L'acte clinique le nécessite.

Cette conception, ce point de vue, nous cherchons à les partager non à les imposer. Pour cela nous faisons tout - la pratique de l'ostéopathie y invite et y aide - pour que le patient en (lui) perçoive l'intérêt mais surtout la réalité et l'efficacité d'une telle approche (*conceptere*). Alors que cette capture (*captare*), ce regard exige du praticien un état d'éveil et de vigilance, cet acte permet au patient, dans son for intérieur, d'assembler sensation et mot, d'éprouver sa réalité charnelle et de pouvoir ainsi « se (la) représenter par la pensée¹ » (*concipere*).

Cette vision, cette conception de l'homme modifie *de facto* notre comportement du soin, de la médecine qu'on lui prodiguera. Par elle se dessine la philosophie qui présidera à l'action. Nous le voyons dans l'espace, dans sa globalité. Nous

¹ Ce terme (concevoir) ne fut-il pas introduit pour « former un enfant en soi » et simultanément avec le sens intellectuel de « se représenter par la pensée ».
Dictionnaire historique de la langue française, ouvrage cité.

apprenons à le voir, à côté de ses blessures, de sa souffrance et de ses lésions, avec sa vitalité, son aptitude à se redresser, à se réparer lui-même, avec sa physiologie autant que sa pathologie, son abattement et son potentiel, dans sa beauté autant que son obscurité. Pouvoir apercevoir, discerner le trouble du sain, l'inertie du mouvement, l'ouvert du fermer, le *dit* du vacarme, n'est-ce pas le travail de celui qui prend soin de l'autre – d'un thérapeute.

Comment « ça s'articule » pouvons-nous légitimement en tant qu'ostéopathe nous demander ? N'est-ce pas, tout bien considéré, la seule question qui puisse occuper notre mental ? Comment ce patient dans sa situation (présente et concrète, lors de cette consultation) se tient en équilibre sur terre ; entre Ciel et Terre diraient les anciens Chinois ?

Apprécier chaque cas¹ (cliniquement), c'est saisir la manière dont ce patient se laisse choir (*cadere*, casus, « tomber »). Dans le cadre d'un soin corporel et naturel, l'aider à sortir de cette chute qui le fait souffrir est du ressort du thérapeute. Voir l'homme avec ses potentialités dans cette situation nous amène à constater que « la gravité est le thérapeute² ».

Apprendre à voir l'homme dans sa réalité (physique) concrète est bien la tâche de l'ostéopathe. Discerner dans son état (général), sa situation, ce qui est sain de ce qui ne l'est pas appartient pleinement à la fonction de médecin. Comment va-t-il ? Comment se tient-il ? Comment se porte-t-il ? Comment se comporte-t-il avec les différentes charges qu'il charrie, qu'il porte, qu'il transporte, qu'il met sur son propre char ? Comment sa charpente, son architecture, sa structure biologique s'y emploient ? Ces charges sont d'ordres multiples : la chose qui pèse sur, ce que peut porter un bâtiment, un véhicule ou un homme, un effort imposé, une contrainte, une quantité, une accumulation d'énergie (énergie, affect,...) qu'un corps peut recevoir et assumer, mais aussi une fonction, une mission ou une responsabilité, voire également une attaque impétueuse. À ce sujet, le médecin ostéopathe sera à même de distinguer si le corps du patient est porteur d'un intrus perturbateur (peut-être un agent pathogène qu'il se doit de repérer). Le praticien devra discerner la nature de ces diverses charges et mesurer leurs répartitions dans la balance, dans l'équilibre de la personne. Il percevra comment ce patient s'acquitte de ses différentes charges.

Dans cette perception l'ostéopathe éprouve les phénomènes qu'il côtoie. Parvient-il toujours, à l'instar du physicien, du laborantin, à mettre ses passions à distance, à ne pas ressentir plus qu'il ne sent ? La proximité avec le patient que son acte exige ne confère pas à l'ostéopathe automatiquement la distance qu'il

¹ Voir annexe 3 : « Pourquoi je ne vous présenterai pas de cas cliniques ».

² *Rolfing : The Integration of Human Structure*, Rolf I.P., Santa Monica, CA, Dennis-Landman, 1977.

convient pour ne pas se laisser envahir par l'éventuelle virulence du trouble qui perturbe le patient.

Dans l'acte médical doute et certitude dialoguent couramment¹, de même que le nécessaire effort d'objectivité fréquente l'incertaine subjectivité.

Demeurer solide, calme, chaleureux, neutre et bienveillant, dirait le psychanalyste, sensible à l'autre, sans se laisser atteindre, sollicitent entièrement la personne du thérapeute. Il est souhaitable qu'il n'ait pas laissé le développement de sa personne en rade, qu'il apprécie de rencontrer l'autre et fréquente son corps ailleurs que dans son cabinet.

Cette perception demande au praticien de demeurer en permanence éveillé, exige certaines conditions corporelles et une attention soutenue continuellement ; l'esprit doit être capable de demeurer lucide, tranquille - dans un état proche de la vacuité diraient les bouddhistes.

En guise de charnière, citons un maître *chan*, Qing-Deng, qui résume les trois étapes de la perception et de la connaissance :

Voir la montagne
Ne plus voir la montagne
Re-voir la montagne

¹ *Doute et certitude*, séminaire S.F.T.G Avignon, juillet 2005.

7. La représentation

Toute perception, toute vision d'un objet (l'homme) dans le cadre d'une pratique (thérapeutique) conduit à et utilise indubitablement une représentation. Dans notre rencontre, sans cesse renouvelée, avec cette matière riche et polymorphe, notre fil d'Ariane s'avère être l'anatomie. Nous la percevons et l'apercevons partout. Nous finissons par la connaître sur (sous) « le bout des doigts ». Ce n'est pas une anatomie plate, inerte ; c'est une « anatomie en mouvement ».

Il est souhaitable de bien la connaître. Nonobstant, dans ce domaine, nous en apprenons presque tous les jours. Reconnaissons, en outre, par honnêteté, que la représentation dont nous disposons à l'instant de la palpation (même après de longues années de pratique puis d'enseignement) est pour certaines zones que l'exigence du soin nous amène à appréhender, bien incomplète. Le livre d'anatomie est alors une précieuse aide. Mais, de même que les yeux rivés sur la carte nous ne découvrons pas réellement le territoire, qu'être au bord de la piscine et dedans est impossible ; tenir le livre d'anatomie et avoir « les mains à la pâte » ou « dans le cambouis » relève d'une acrobatie qui met en péril l'authenticité, la véracité et l'efficacité thérapeutique. Il est des moments où nous devons travailler, avancer « à l'aveugle », sans pour autant faire n'importe quoi ni ôter la conscience de ce qui se passe. Au demeurant, il peut être utile, dans une parenthèse du soin, pour parfaire notre palpation, de vérifier un détail anatomique. Prendre le temps de se plonger et voyager dans nos livres d'anatomie de prédilection se fera dans un autre temps. Quoi qu'il en soit le livre ne racontera jamais ce que sous nos mains il se passe, voire *il se dit* ; ce qui, de manière implicite ou explicite, est *sous* (nos mains) *entendu*. Dire cela c'est laisser entendre (*sous-entendu*) que du corps une parole peut monter.

Il est donc opportun de considérer l'homme dans son entité corps et esprit unis et d'accepter d'entendre, à côté de l'anatomie, *ce qui se dit* et *se joue*.

Nous nous demandons, après des nombreux constats du même acabit, si les régions du corps pour lesquelles la représentation anatomique s'avère difficile ou échappe à notre mémorisation, ne sont pas des régions qui dans notre propre corps sont restées en restriction de physiologie ? Carence de mouvement (schéma corporel) ou de vitalité (image du corps) ou encore perturbation ancienne de *l'image inconscience du corps*¹ ? Nous remarquâmes cela avec acuité pour le

¹ *L'image inconsciente du corps*, Dolto F.,

diaphragme, le jour où, lors d'un stage de chant médiéval dans une somptueuse abbaye cistercienne, la perception de notre diaphragme activé par l'acte vocal nous offrit une image plus complète de cet organe. Nous voyons et ressentons enfin, bien posé sur nos lombaires par ses piliers, ses coupoles rayonner au cœur notre thorax.

Ainsi, la représentation, que nous cherchons à développer, et qui procède d'une synergie des cinq sens, se forme en trois dimensions et possède de plus en plus la texture de la vie. Le scientifique parle du vivant ; ce jargon porte en lui la distance et la pudeur que l'observation et la description du phénomène étudié implique.

Nous pensons qu'une représentation arrêtée ne peut conduire à plus ou moins court terme qu'à une pratique arrêtée. Il y va de la capacité évolutive d'une pratique de permettre aux représentations, de son objet, de ses finalités et de ses moyens, de pouvoir elles-mêmes évoluer. Continuer à se former, rencontrer des confrères, voir d'autres pratiques de soin participent à cette évolution. Mais nous estimons que la rencontre dans notre corps et notre esprit par l'expérience vécue hors champ médicale est irremplaçable. Il nous semble déplacé que le médecin ne connaisse pas l'état (physiologique) auquel il espère donner accès à son patient.

L'ostéopathe se représente l'organisme comme un mécanisme vivant. Cet organisme sera considéré par lui dans sa globalité. Dans celle-ci, dans cet univers humain, il constate, à l'instar de l'anthropologue Claude Lévy-Strauss qui a défini le structuralisme, que tout se tient. Il existe une *Weltanschauung* propre à chaque philosophie, une cosmogonie propre à chaque époque, une compréhension, une conception de l'homme propre à chaque médecine. Le corps, que notre médecine moderne appréhende dans sa *praxis*, est celui d'une matérialité dont les éléments constitutifs peuvent se paramétrer et aboutir à une modélisation. Rapprochons ici tout de même la vision somatique et la vision psychologique et distinguons les notions de *schéma corporel*, d'*image du corps* et d'*image inconsciente du corps*. Le *schéma corporel* est la réalité de fait, plus ou moins consciente semblable à tous les individus, pouvant être indépendant du langage ; il porte et croise l'*image du corps*¹ et l'*image inconsciente du corps*². Cette dernière est éminemment inconsciente, « propre à chacun », « liée au sujet et à son histoire », « synthèse de ses expériences émotionnelles », « structurée par la communication entre sujets » ; elle le réfère à son désir et laisse résonner dans la relation présente une trace « d'un jouir frustré, réprimé ou interdit³ ». Image du corps et schéma corporel sont en relation. Le schéma corporel, « lieu du besoin », « constitue le corps dans sa vitalité organique » se croise à, et porte l'*image du corps*, « lieu du désir ».

¹ *L'imager du corps*, Schilder P., Gallimard, 1968.

² *L'image inconsciente du corps*, Dolto F., Ed. du Seuil, Paris, 1984.

³ Ibid.

Cette image du corps est bien « le substrat de notre être au monde¹ ». « Un corps est toujours l'expression d'un moi et d'une personnalité et il est dans le monde² ». Mais c'est la parole qui, à partir du schéma corporel, façonne l'image du corps et introduit le sujet au registre symbolique.

« Le corps fonctionne comme schéma de représentation³ ». Différentes visions et représentations de l'humain existent et ne peuvent être méconnues à qui tente d'appréhender l'homme dans sa globalité :

- Le corps, comme entité, comme unité.
- Le corps, comme lieu de vie.
- Le corps, comme lieu de notre incarnation.
- Le corps comme un réceptacle.
- Le corps comme un véhicule.
- Le corps comme instrument.
- Le corps machine.
- Le corps outil de travail.
- Le corps de plaisir, de jouissance.
- Marie Louise Aucher, parle de l' « homme sonore » avec ses deux polarités d'émetteur et de récepteur qui sont à l'instar du Yin et du Yang indissociables et complémentaires.
- Le corps dans sa dimension physique.
- Le corps dans sa dimension émotionnelle.
- Le corps dans sa dimension énergétique.
- Le corps dans sa dimension psychique.
- Le corps dans le registre du réel.
- Le corps dans le registre de l'imaginaire
- Le corps dans le registre du symbolique.
- Le corps dans le registre spirituel.
- ...

La liste n'est pas exhaustive, tant il est impossible de nommer l'étendue infinie des potentialités du corps.

Ainsi, le corps, tour à tour porteur de l'élan de vie et de mouvement, est lieu de l'expression. C'est également un corps biologique et reproducteur. Il est aussi la « voie royale » de l'inconscient. Il est à la base du sentiment de soi. « Je suis » mon corps et « j'ai » un corps.

Ainsi les anciens Chinois, comme l'homme savant au moyen âge, dans la représentation qu'ils dessinaient de l'homme, non seulement le situait dans l'univers l'environnant - « entre Ciel et Terre » - mais aussi désignaient son

¹ Ibid.

² Schilder, ouvrage cité.

³ *L'espace imaginaire*, Sami Ali, Gallimard, Paris, 1974, p. 67.

aspiration spirituelle. Hildegarde aurait dit que le corps de l'Homme « est comme un récipient que Dieu a emplit de Son Esprit ».

La médecine moderne, par son souci de rationalisation, bien légitime après des périodes où l'obscurantisme primait, ne s'appuie dans son acte technique que sur une représentation, un modèle du corps tirés de l'expérience et des sciences fondamentales.

Néanmoins, quelles que soient ces représentations, sans afférences sensorielles, elles ne restent que des concepts sans possibilités de « prendre corps » et de s'inscrire dans la réalité.

De cette vision, cette conception et cette représentation, résultera une philosophie, un modèle, des modalités d'action, et se constituera un discours. Nous prenons garde personnellement à ne jamais nier la parole du patient ni d'imposer notre explication ou notre interprétation. En tant qu'ostéopathe, nous pouvons nous cantonner à la description du lieu anatomique meurtri. Afin d'éviter que l'écart entre la perception et la représentation du médecin et du patient s'accroisse et que leurs discours respectifs divergent, nous proclamons que la parole et le vécu du patient priment. C'est lui le maître des lieux (de son corps) et le protagoniste essentiel de l'acte.

Au demeurant, il est bienséant que, thérapeute et patient tentent d'accorder leurs discours et leurs représentations, concernant l'affection et la perspective thérapeutique à venir.

8. La place de l'anatomie

Quelle représentation, quelle perception le patient a-t-il de son corps ? Quelle perception l'ostéopathe a-t-il de son propre corps ? Celle-ci nous paraît conditionner l'abord qu'il aura du corps de l'autre et par suite de sa thérapeutique. Dans sa pratique, la présentation de son corps importe autant que la représentation qu'il en a. Ce que le praticien voit, perçoit, suscite-t-il uniquement une image ou éveille-t-il en outre un vécu ?

La matière première incontournable de l'ostéopathe, même quand son point de vue est large et son regard ouvert, demeurera toujours, s'il accepte ce métier, l'anatomie. Comment le patient de l'ostéopathe la perçoit-il ? La représentation qu'il en a et les mots qu'il met dessus peuvent participer à l'acte ostéopathique. Il est toujours bénéfique, par exemple, de rectifier des représentations qui seraient totalement opposées à la réalité anatomique. Quand les mots qu'il met sur sa réalité anatomique s'accordent aux nôtres, une cohérence est présente alors. Cette coïncidence est mutuellement rassurante. De plus, lorsque connaissance et savoir dialoguent la conscience et la santé progressent.

Indiquons que cet acte thérapeutique ne demande pas que médecin et patient détiennent la même représentation et conception du corps si leurs présences respectives dans ce cadre sont compatibles. Au demeurant, nous nous accordons souvent sur une conception du corps comme instrument et lieu de vie. « Le corps est le lieu et l'instrument de l'acte et du verbe¹ », aimons-nous proclamer. Nous proposons aussi de le considérer naturellement comme notre premier abri, un refuge disponible, notre demeure permanente.

Si le thérapeute n'entend et ne perçoit que l'aspect physique - j'ai un corps car lieu de la douleur - et n'entend pas le *dit* de l'être qui *est* à côté de sa douleur, l'impact de sa thérapeutique se limitera à la dimension matérielle, mécanique. Nous estimons l'expression comme fonction essentielle de l'être. L'homme, cet être de parole, dispose d'un corps, qui l'accompagne toute sa vie et auquel il s'identifie ; or, ce corps articule son discours.

Nos *articles* : la faculté d'articulation de nos os, de nos membres et celle d'articuler les mots participent de l'expression. On parle de langage du corps (verbal et non verbal). Le corps, même dans le silence, *dit* quelque chose. D'aucuns reconnaissent également une mémoire du corps.

¹ *Le corps dans l'espace*, Bonnaud P., p.41.

La représentation de notre corps a sa fonction dans la sphère cognitive. Elle peut soutenir la perception que l'on a de soi-même. Mais s'y accrocher limite la perception de notre présence (corporelle) au monde ; celle-ci ne peut pas s'être qu'intellectuelle. La représentation à priori de notre corps ne devrait pas obérer la sensation de notre corps.

Les philosophes Grecs antiques indiquaient que dans l'expérience (*empeiria*) la théorie retrouve la contemplation (*théôria*). Notre perception de l'anatomie unie à la physiologie, couplée à notre pratique ostéopathique dans laquelle la sensorialité occupe une place éminente, valide cette proposition ; d'elle en découle notre attrait pour le corporel et le vécu du corps.

Si se représenter les choses est un temps incontournable chez tout être pensant et actif, pouvoir quitter cette représentation est aussi essentielle au bon déroulement de l'acte à vivre.

Se re-présenter « ici et maintenant » !

Notre principal repère en ostéopathie est toujours l'os ; sa situation dans l'espace et ce qui se passe (s'articule) aux alentours. Un des objectifs de cet acte est d'aider le patient à mieux habiter son corps. « Le corps en tant que corps « habité » est la condition de notre être dans le monde¹ ».

« Je suis l'espace où je suis². » Quel est la qualité de vie du sujet en ce lieu - lieu de son incarnation, de son histoire ? Cette présence, cette qualité est propre à chacun et chaque jour renouvelée. Le sujet en perçoit-il sa consistance, son goût, sa teinte, sa lumière, son parfum, son timbre, sa sonorité, sa tonalité, sa vibration, sa résonance, son énergie, sa quintessence ?

¹ *L'homme et sa psychose*, Pankow G., Aubier Montaigne, 1969, p.69.

² *La poétique de l'espace*, Bachelard G., PUF, 1981, p.131.

9. Habiter son corps, habiter son geste

*Ouvrir vraiment à l'homme une porte plus grande
Il faut reprendre le langage en son milieu
Equilibrer l'écho la question la réponse
En un point confluent cœur du panorama
Cœur du sang et du sens et de la conscience*

Paul Eluard
Poésie ininterrompue

Il n'est pas nécessaire de connaître l'anatomie pour sentir son corps. Il n'est d'aucun profit de connaître les plans de sa maison pour y être bien. Il n'est pas indispensable de connaître le schéma mécanique de sa voiture pour aller loin. Il est plus fructueux de ménager sa monture, d'entretenir son véhicule, d'aérer et faire le ménage dans sa maison que d'étudier ces images. Si dire que nous habitons notre corps peut s'affirmer sans conteste théorique, le vivre, l'apprécier et en avoir conscience est autre chose.

Nous incitons assidûment nos patients à cette présence en eux. Notre approche et notre geste les y encouragent sûrement. De la même manière, le médecin ostéopathe vivra mieux sa pratique en étant à l'aise avec son corps. De surcroît, son métier lui impose d'habiter son geste. Plus son geste s'appuie, est enraciné dans une présence nourrie de la vie, plus son toucher sera vécu avec simplicité et reconnaissance. N'oublions jamais que si nous cherchons à percevoir ce qui se passe dans le corps du patient, celui-ci de son côté également. Nos mains reflètent les qualités et défauts de notre présence.

« La science manipule les choses et renonce à les habiter ¹ ».

Puisse le médecin ostéopathe vivre pleinement sa présence à lui-même, au monde et à l'autre. Puisse son geste avoir du sens. Puisse-t-il également percevoir dans la géographie des corps l'histoire de la personne et inciter « son » patient à tendre l'oreille et ouvrir les sens au murmure du Verbe dans la chair.

Alors sur cette voie son esprit aura résolument fuit la pensée « opératoire » et il osera, face à son patient, être l'initiateur à cette présence que son savoir devenu connaissance, l'incitera dès lors naturellement à partager.

¹ *L'Oeil et l'Esprit*, Merleau-Ponty M., Gallimard, 1964.

« Comme les profondeurs de la mer restent calmes dans les plus grandes tempêtes, ... plus l'attitude du corps est calme, plus elle a de pouvoir pour décrire et exprimer le caractère véritable de l'âme¹».

Puissions-nous tous entendre ce « chant du monde en notre corps ²» !

¹ Joachim Winckelmann.

² Pr. Chauchard P. in *En corps chanté*, Aucher M.L., Hommes & Groupes éditeurs, Paris, 1987, préface.

10. Sentir son corps

Quelle place dans notre quotidien occupe cette esthésie de notre corps ? Où peut-elle avoir lieu ? Est-ce une expérience uniquement intime, privé ; une expérience qui n'aurait pas de place, pas droit de cité dans aucun lieu social (famille, école, espace médical) ? Demande-t-elle d'être initiée, c'est-à-dire vécue avec quelqu'un qui guiderait cette visite intérieure ?

Quels outils demandent cette exploration, cette rencontre avec notre anatomie, notre physiologie ? S'agit-il d'une expérience uniquement objective ? Certainement pas. Cette connaissance procède aussi d'une expérience subjective.

Quand avons-nous des informations de notre corps ? De quels ordres sont-elles ?

Trop souvent ces premières informations revêtent un caractère douloureux. Les patients constatent couramment cette non esthésie de leur propre corps. Ce dernier se manifeste à leur conscience la plupart du temps par la douleur et les désagréments. Rarement nos gestes ou notre présence corporelle sont appréciés simplement pour ce qu'ils sont. Il est possible – via les circuits de la proprioceptivité et de l'intéroceptivité – de sentir du dedans notre corps et nos gestes. Cette sensation corporelle est une étape incontournable dans la connaissance de soi, que Socrate appelait déjà de ses vœux.

Chacun a pu constater que traduire, exprimer, mettre en mots ces sensations douloureuses n'est pas chose aisée. Sentir son corps, accepter de capter des sensations et témoigner par des mots de ce vécu demandent bien souvent à être sollicité et encouragé. Cette incitation atteste de l'intérêt que le médecin porte à l'intériorité de l'être qui lui fait confiance pour le soigner.

De surcroît cette méconnaissance tient au fait que cet intérieur nous a souvent apporté préférentiellement des malaises, des douleurs que nous ne comprenions pas ou qui perturbaient nos activités. Pouvoir les éviter est toujours préférable ; or aujourd'hui il est aisé, grâce à notre pharmacopée moderne, de les faire cesser. Cet intérieur demeure ainsi inconnu. Or, l'inconnu effraie facilement d'autant que pour le rencontrer il n'est pas possible d'y pénétrer avec une lumière – quoi que ! Fermer les yeux n'est pas chose apparemment évidente ! Pourtant cet acte est un accès facile à cet univers.

Une scission semble exister entre le regard intérieur et le regard extérieur en particulier en ce qui concerne la connaissance de l'intériorité corporelle. Celle-ci aurait-elle débutée en occident à l'époque de la création des premières universités ? Depuis, dans la pratique, la connaissance du phénomène vivant se sépara de la connaissance anatomique tirée des dissections désormais réservées

aux médecins et rapidement exclues de la sphère religieuse. La Faculté de médecine de Montpellier témoigne encore aujourd'hui de cette proximité. À ses premières heures la préparation des corps en vue des dissections avait lieu dans la chapelle attenante au laboratoire d'anatomie.

Encore plus loin dans le temps - l'étymologie nous l'indique - l'espace et la matière de la chair était du domaine sacré. Ce lieu était saisi par un regard attentif, c'est-à-dire par la contemplation.

À l'époque des Lumières de nouveaux outils de connaissance se développèrent. La rationalité et l'objectivité ouvrirent de nouvelles voies à la recherche de la connaissance. Les expériences furent assistées de plus en plus par des instruments et reléguèrent l'expérience sensible dans le domaine de la subjectivité.

Ainsi, quand nous invitons nos patients à sentir leur corps, nous leur demandons de vivre une expérience de connaissance non discursive mais intuitive. Elle émane d'une simple vision intérieure, directe ; un certain retournement est proposé. Il s'agit « quelque part » de « sortir de la caverne » chère à Platon. Nous considérons être à la bonne place pour solliciter cette expérience intime et initier un rapprochement entre le sensible et l'intelligible. L'incitation à cette conscience, à cette attention portée à soi, à cette invite à jouer de son corps avec ses divers *articles* - à articuler et dire *ce* qui s'y joue - balise ce domaine intérieur, ce théâtre où vit et s'exprime l'être. Nous estimons, au demeurant, qu'une telle attitude s'inscrit dans une démarche de prévention.

L'ostéopathe par sa pratique est amené incessamment à confronter des sensations (une subjectivité) à un savoir (le savoir anatomique objectif) ainsi qu'à la mémorisation de palpations antérieures. Cette confrontation aboutit à une représentation, elle-même le résultat d'une synthèse d'informations diverses : mémorisation d'un savoir, perceptions sensorielles, intégration et mémorisation d'expériences palpatoires passées et vécues dans un climat psycho-émotionnel particulier lié à la relation du praticien avec ce patient, tout deux dans leur contexte propre. Cette représentation sera nécessaire pour témoigner et mettre des mots sur ces sensations et porter un diagnostic (raconter l'état des lieux). Un diagnostic peut être d'un autre ordre qu'un verdict de maladie. Les mots qu'utilisera le praticien ne devraient pas être prononcés à la légère et sans attention à la réception du patient.

Nous pensons que le vécu et l'histoire du praticien, la relation qu'il entretient avec son propre corps orientent inévitablement sa pratique et son discours qui en découle.

La subjectivité inhérente à cette pratique demande à être maîtrisée. Elle peut selon la vigilance, l'honnêteté, la qualité professionnelle du praticien, être une richesse comme un écueil. Le praticien se doit, donc, d'étalonner ses perceptions.

Notre pratique de l'ostéopathie offre au patient, en suscitant leur attention à ce qui se passe en eux durant la séance, une aide à la prise de conscience de leur corps et de leur intériorité. Nous jouons, ici, le rôle d'un guide ; nos mains éclairants cette visite. La sensation de soi réveillée pendant le soin, en ramenant le patient à une sensation interne globale, unificatrice, le « sort » d'une anxiété, d'un souci excessif de lui. Avec cette perception, l'estime de soi est nourrie sensoriellement et la présence à soi et au monde qui l'environne éclaircie.

« Le fait d'être avec soi-même ne nous coupe pas des autres », nous dit Paul Ricoeur.

11. Connaissance du corps et hygiène corporelle

Les patients sont toujours intéressés par les conseils qu'on leur prodigue sur le fonctionnement du corps. Le médecin ostéopathe est bien placé pour les aider, les guider dans la rencontre avec leur corps.

La conscience de la colonne vertébrale, par exemple, n'est pas un acte aisé. Et pourtant une utilisation de notre corps demande que celle-ci soit à sa juste place et dégagée de contraintes inutiles.

Dans les activités de tous les jours, une hygiène corporelle implique d'être attentif à nos gestes et la manière de les vivre. Cette conscience demande un certain éveil. Le médecin, nous semble être à la bonne place pour prodiguer ces conseils. Cette conscience d'actes rudimentaires comme s'asseoir, se redresser, se fléchir, se tenir immobile ou porter quoi que se soit peuvent en cabinet être décrits et vécus dans le temps et l'espace de la consultation, et à fortiori après une séance d'ostéopathie. Mais tout cela demande de prendre le temps et d'adapter ces conseils au mode de vie du patient. Cela demande aussi, bien sûr, que le praticien ait pour lui cette attention. Là, nous retrouvons cette idée d'« habiter » son corps et la place qu'occupe ce vécu dans la pratique professionnelle du médecin. Il conditionne le lien entre le vécu, la représentation, la théorie et la pratique. Il s'agit aussi d'un acte de médecine préventive.

Il est préférable de décrire corporellement ces simples gestes au patient et de les lui faire vivre dans l'instant. Il faut être simple pour aborder la complexité du vivant et entrer avec le patient dans la description du fonctionnement du corps. Les patients sont toujours preneurs d'une reconnaissance médicale ou d'une opinion personnelle de leurs sensations concernant leur corps et d'un descriptif de leur fonctionnement interne. Cette validation le thérapeute l'émettra aisément s'il a lui-même ré-uni donc séparé en lui sensation et représentation. Tout lien entre la réalité physiologique vécu par la personne dans son corps et le savoir accumulé depuis des siècles par la science médicale est positif pour la santé de tous. Historiquement ceci n'est vrai que depuis peu, et n'est certainement pas admis partout, tant la volonté de pouvoir s'accorde pleinement du maintien de l'ignorance.

Aider le patient à mieux se tenir, à avoir conscience de sa conduite corporelle, donc d'être dans une perspective de prévention, n'est-ce pas aussi le rôle du médecin ostéopathe? De fait, pour percevoir les dysfonctions à soigner, nous entrons dans la connaissance du fonctionnement du corps du patient. Cette connaissance nous autorise à parler au patient de son geste ; encore faut-il intégrer

la prévention à nos objectifs thérapeutiques. Nous pouvons aisément de pas prendre ce temps pour réduire la durée de nos consultations. Nous pouvons aussi nous dispenser de tous ces conseils et revoir alors plus rapidement nos patients !!? L'attention à soi, la conduite de nos gestes procèdent d'une certaine manière d'un apprentissage, d'une éducation. C'est un des rôles du médecin que d'être un éducateur de santé. *Docere, doctus* « faire apprendre », d'où *doctor*, n'est-il pas aussi « celui qui enseigne » ? Cette transmission de connaissance *ex cathedra* a donc toute sa place dans nos cabinets. C'est reconnaître du goût, du sens aux gestes. Aider le patient à se rapprocher de lui-même, au moins de son corps, de sa chair ne se vit pas en chaire ! C'est un partage de connaissance, d'égal à égal. Ce simple conseil au patient, que de l'inviter à sentir son corps, sa chair dans les gestes quotidiens, se déroulera aisément après une bonne séance d'ostéopathie. « On ne nous explique pas assez notre corps », entendons-nous fréquemment. Cette réalité corporelle est trop méconnue. Trop méconnue car elle n'existe pas dans un savoir. Les succinctes notions apprises à l'école sur le corps humain furent théoriques et bien lointaines. Il ne s'agit, en effet, non d'un savoir, mais d'une connaissance. Celle-ci demande une expérience sensible intérieure à chacun ; elle devrait se partager volontiers.

Avec cette vision, dans cette présence, abordons désormais dans cet acte, le geste thérapeutique proprement dit.

III - LE GESTE, L'ACTION THERAPEUTIQUE

Les principes acceptés, le cadre du soin crée, avec cette vision, cette perception et cette représentation de l'homme, le médecin ostéopathe établit son acte. Son diagnostic s'inscrit sous cet horizon. Il tente de rassembler dans une nouvelle clinique le trouble et le sain. Dans ce no man's land, ce terrain laissé béant, baigné d'incertitude, d'ignorance, d'absence, de surdité et de mutisme, quand les patients cherchent une autre réponse plus globale et naturelle à leur maux, l'ostéopathe, à la croisée d'une conception mécaniste et vitaliste propose son geste thérapeutique. Il s'applique à découvrir, avec habilité et humilité, comment trouver auprès du patient, et quelle que soit sa pathologie, le remède qui restaurera dans son corps malmené un équilibre et relancera une dynamique freinée. Dans cette quête, la lumière sera faite en premier sur le (dys)fonctionnement de son corps, et les raisons de celui-ci, plutôt que sur la cause et l'origine de la maladie.

En paraphrasant Boileau¹, nous soutenons que concevoir sa thérapeutique permettra de l'énoncer, de l'articuler clairement, de la mettre en mots et la « gestuer » aisément.

¹ « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément » in *l'Art poétique*.

1. Objectifs, perspectives et intentions thérapeutiques :

Primum non nocere et natura curat

- Restaurer, autant que faire ce peut, les mobilités ; remettre, redonner retrouver du (le) mouvement (plutôt que débloquer une articulation) et cela dans le cadre d'une médecine naturelle qui s'appuie par principe sur la capacité de la Nature à guérir (« *Natura Medicatrix* »). Nous soutenons l'organisme dans sa recherche d'équilibre, d'homéostasie. Notre intention principale est de « décourager¹ » le mouvement excessif, de dévier la réaction de stress. Nous faisons face à ce désordre.
- Prendre en compte, reconnaître, rassurer, soulager la personne essentiellement en écoutant son corps (ce qu'il traduit, dit, exprime ou refoule).
- Aider le patient avec notre habileté manuelle à mieux répartir ses différentes charges. Nous y parvenons préférentiellement en recherchant un relâchement myo-fascial. Cela contribue à lui redonner un axe, un centre de gravité.
- Participer à restaurer la mobilité inexistante et son équilibre, c'est redonner à l'organisme une possibilité d'adaptation. C'est aider le patient à sortir d'une situation, d'un état qui ressemble à un « cercle vicieux » dans lequel il souffre et dont il ne parvient pas à sortir par les moyens qu'il a déjà utilisés (dont les thérapeutiques précédentes diverses).
- Aider les patients à retrouver ou découvrir une confiance **en** eux, une meilleure entente avec eux-mêmes ; un soulagement, une détente, une meilleure sensation intérieure, ainsi qu'une meilleure connaissance de leur corps en sont les conditions.
- Notre intention première est de d'être *justement là* pour, quels que soient les troubles existants, bonifier ce qui va bien. « On laisse les tissus harmoniser au mieux le système. Ce « mieux-être structurel » correspond au relâchement effectif des tissus et non à une quelconque correction² ». Nous contribuons, ainsi, en suscitant cette facilitation tissulaire, à « remettre » de l'ordre, de l'harmonie dans le corps.

¹ Terme utilisé par Viola Frymann.

² *Jactatio capitis nocturna, approche ostéopathique*, Tidière P. DO., mémoire, 1998, in Apostill n°8, 2001.

Dans cette perspective, et pour mener à bien ces objectifs, nous ne cherchons pas à les obtenir avec des techniques précises. Nous progressons doucement, attentivement, dans la rencontre de leur corps et du vécu qu'ils en ont. Nous nous laissons conduire. Nos mains suivent les tensions de leur corps, se laissent attirer vers de nouvelles régions qui semblent appeler. Nous y croisons des zones qui « vont bien » et d'autres « moins bien ». Nos mains interagissent en permanence à ce qui se passe à leur contact. Nous ne forçons rien. Nous cherchons uniquement à demeurer aux aguets, éveillé, à l'affût de la moindre demande sous-jacente ; à l'écoute, le regard ouvert. Cette attention demande un réajustement permanent de notre posture, de notre concentration afin de rester dans un état de disponibilité. Etre attentif, silencieux jusqu'aux bouts des doigts, sollicite une grande exigence de la part du praticien. Demeurer dans cet état et suivre *ce* qui se passe quelles que soient les affections existantes, n'est pas toujours aisé et de tout repos ; de l'énergie nous est demandée pour tenir ce rôle et cette place en restant nous-mêmes, tranquilles et neutres. Notre intention dans un temps premier - mais qui se poursuit d'une certaine manière tout au long du soin - est de débusquer la restriction de mobilité et le « blocage » du système puis la façon d'y remédier sur-le-champ. La volonté d'agir dans cette finalité n'a pas lieu d'être. Dans cet acte, Still le disait en son temps, il est profitable que le praticien soit en contact avec la Nature.

Dans une compréhension et utilisation thérapeutique de l'involontaire, l'intention est contraire de celle à l'œuvre dans une technique correctrice volontaire. Nous confirmons subséquemment l'intérêt d'avoir préalablement clarifié notre vision, notre conception de l'objet de notre acte, à savoir l'homme et la manière de le soigner. À ce propos, constatons l'amalgame préjudiciable – et qui par paresse d'esprit et de langage ainsi que par intérêt vénal perdure encore dans le milieu ostéopathique – entre vision (compréhension) structurelle et manœuvre (thérapeutique) structurelle. La même réflexion concerne autrement le fonctionnel puisque cet aspect en médecine demeure encore, surtout dans les cénacles hospitalo-universitaires, relégué sur un plan subalterne, dans le domaine du « psy ». Les techniques dites fonctionnelles, à l'instar de la pathologie fonctionnelle (les « beaux » malades qui plairont aux médecins présentent des maladies organiques !?) ne peuvent donc offrir que peu d'intérêt à la Médecine. Cette attitude témoigne d'une certaine confusion entre la cause (ou l'origine) - la structure, la fonction - et la finalité - la pratique, la technique. C'est confondre les moyens et les fins. Ce comportement témoigne, de la part du praticien, d'un désintérêt pour le réel vivant dans sa complexité. Il semble également, peut-être par manque d'énergie ou par confort, exprimer ainsi la résignation face à l'ampleur de la tâche qu'il présage. Cette attitude est réductrice. Entrer dans les

rouages d'un système complexe, c'est se permettre d'en saisir les parties et d'en appréhender le tout ; cela demande énergie, patience et entendement ; sans cela les choses apparaissent compliquées. Nous constatons chaque jour qu'il est tout à fait possible d'utiliser une technique fonctionnelle pour soigner un organe blessé. L'ostéopathie ne recherche-t-elle pas la cause des maux dans les freins à la mobilité tissulaire de l'organisme ? Il serait déplacé et incongru de développer l'habileté ostéopathique pour ne « faire du symptomatique ».

Un des objectifs de cet acte est d'aider le patient à mieux habiter son corps. De toute manière, l'ostéopathe pour aborder cette machine, cette structure qu'il vise à rééquilibrer, à réaligner, à remettre en mouvement - surtout dans cette attitude d'écoute – ne peut faire fi du mode de présence du patient à son corps.

Notre intention première est au service d'une réconciliation de l'être dans son unité. Nous œuvrons à découvrir les liens qui permettent d'y accéder.

La médecine que nous pratiquons est bien une médecine globale et de terrain.

2. Outils et techniques

Les moyens s'adaptent toujours au but que l'on s'est assigné.

Quel est notre but, notre finalité ? Comment chercher et trouver le blocage ? Quels outils utiliser ? Comment utiliserons-nous les points d'appui, les leviers, les bras de levier, les jeux de balance ? De quelles forces disposons-nous ?

Notre objectif est de dégager, relancer le mécanisme, redonner du jeu aux rouages de la machine humaine.

Notre outil principal est notre corps ; outil perceptif et pragmatique. Dans le déroulement de l'acte, nous nous laissons, en grande partie, conduire.

Notre technique, notre acte ne peut se résumer à l'acte technique. Le modèle que nous utilisons n'est pas celui d'une machine. Nous voyons l'être dans sa globalité. C'est l'homme dans son entité corps-esprit qui nous intéresse ; nous l'abordons par sa polarité somatique.

Quel genre de « mécano » sommes-nous ?

Nos outils

Notre outil premier et principal en ostéopathie est la main et par conséquence notre pratique est manipulative.

Cette manipulation, à l'image de ce que fut historiquement la manipule, est bien l'étendard de notre humble métier et de noble artisanat : tantôt, la poignée de tiges qui emplit la main du moissonneur, puis enseigne militaire chez les romains, tantôt ornement des prêtres, plus tard désignant en pharmacie « une poignée de plantes en graines entrant dans la composition d'un remède¹ ». Puisse ce terme désigner l'action de « manier et transporter » qui s'accorde avec notre travail. Nous privilégions ce sens propre au sens figuré qui est « d'arranger par des moyens occultes et suspects² » avec l'idée d'influencer l'autre à son insu. Mais notre préférence pour l'usage d'une technique thérapeutique non volontariste, qui appuie son geste sur le « non-agir », nous invite à déposer cet « arme » et à refuser, dans notre acte de soin, de manipuler (*manipulare* signifiant en latin médiéval « conduire par la main ») comme de conduire (*ducere* qui a le sens de « marcher en tête ») l'action thérapeutique. Nous ne forçons jamais les structures. Nous n'allons jamais contre la résistance. Nous travaillons de concert avec elle.

¹ *Dictionnaire historique de la langue française*, ouvrage cité.

² Ibid.

Dans notre pratique, sans jamais perdre de vue la structure nous avons abandonné pratiquement entièrement les manœuvres correctrices dites structurelles. Nous ne dédaignons pas pour autant dans cette exploration pratiquer de rapides tests de mobilité. Nous apprécions également l'usage de manœuvre tirées du T.G.O. pour « préparer le terrain » ; celles-ci favorisent toujours, pour le patient comme pour l'ostéopathe, la poursuite et le développement du geste plus approfondi. Nous utilisons le clavier structurel - comme un pianiste sur son instrument - non pour taper sur les touches, mais pour y jouer de la musique.

Ainsi, nos outils principaux dans cette perspective sont notre réceptivité et notre capacité perceptive. Le corps et l'esprit réunis, nous délivrent une visée tantôt objective, tantôt subjective. La main, prolongement de cet instrument, tour à tour spectatrice et actrice, est disposée à recevoir des informations et à donner « un coup de main ».

L'utilisation sensorielle imprègne l'acte ostéopathique tant du côté du praticien que du patient ; elle fournit au thérapeute des informations venant du corps du patient comme elle éclaire l'intériorité de ce dernier.

Notre caisse à outil doit nous permettre d'atteindre toutes les régions possibles de l'anatomie (structure, viscères, nerfs, crâne, *fasciae*,...). Grâce à ces outils nous percevons où la mécanique du vivant est perturbée, défectueuse, pervertie, inerte,... et comment parvenir – avec l'autorisation du patient – à la « remettre sur les rails », à libérer ses rouages coincés. Notre habilité à trouver facilement les leviers qui relanceront le mécanisme, est le gage de notre expérience, de notre science. Pour se faire et aboutir au résultat escompté, nous devons sortir d'une vision purement mécaniste. Pour entrer au sein de cette mécanique humaine, nous devons pouvoir poser, projeter notre regard dans cet univers et notamment au centre des articulations. Nous devons apprendre à suspendre notre raisonnement et notre jugement. Notre esprit doit être capable de demeurer « dans le vide », plus exactement dans la vacuité (sans être dans le vague !). Notre écran mental doit alors sans cesse être le plus vierge possible.

Nous soutenions précédemment que cet outil perceptif était porté par notre présence. Celle-ci se doit d'entretenir l'énergie, la concentration, la disponibilité requise pour mener à bien cet acte avec cette intention. Cette attitude ressemble à celle d'un chasseur qui maintient ses sens tout azimut en éveil et dégagés ; il écoute, il est à l'affût, toujours prompt à réagir de manière adéquate à ce qui peut surgir de bon comme de moins bon. La « lésion¹ », la dysfonction, la « proie » qui

¹ Lésion, du latin *laedere*, *laesus*, « heurter », « endommager », « faire injure ». Cette étymologie est une des raisons qui nous fait conserver ce terme bien que la communauté ostéopathique actuelle privilégie le terme dysfonction (mécanique réversible).

se dévoile, quels que soient ces attributs – simples ou retords, amènes ou pervers, docile ou rebelles, doux ou violent – il devra la considérer avec respect et la tenir également en respect. Cette aptitude à tenir notre place, nos outils, notre intention, notre disponibilité, notre réactivité, dans des lieux obscurs, troublés, *malsain*, est l'apanage de l'ostéopathe confirmé. Son assurance lui permet d'affronter toute nouvelle situation, de « lever de nouveaux lièvres », de traverser des « eaux troubles », d'affronter d'incertaines tempêtes, de découvrir de nouvelles terres (il ne connaît jamais parfaitement l'anatomie), sans « perdre pied », sans se laisser englober, envahir, déstabiliser. Garder les mains ouvertes, chaleureuses et fermes, dans une attitude « d'enracinement et d'ouverture ¹ ».

Avec ces outils nous rencontrerons l'*article*, le clavier, la matière, le substrat (anatomique) puis rechercherons le levier et le moteur de la remise en mouvement. Nos mains, un temps « mèneront le débat » puis se laisseront conduire, guider en d'autres lieux. La main est moyen et médiatrice ; oreille et amplificateur de ce qui se joue (plus ou moins bien) dans le corps du patient. Elle saisit simultanément l'objet (le substrat anatomique de la dysfonction (du mal) du patient) et le sujet (celui qui supporte cette affection). Elle se fait intermédiaire, négociatrice attentive et attentionnée. Le geste est assurément local et la pensée globale. Même quand notre toucher est local au niveau du symptôme, nous restons en contact avec la personne dans sa totalité, et nous utilisons le flux qui baigne en tout lieux sa structure. La compréhension et l'usage des points d'appui et des *fulcri*² sont ici aides et soutiens précieux. Nous savons distinguer les points fixes,

¹ *L'enracinement et l'ouverture*, Leloup J.Y., Albin Michel, Paris, 1989.

² *Fulcrum* de *fulcio*, *fulcire* « étayer, soutenir ». Un *fulcrum* est un point d'appui ou de soutien (pivot), sur lequel tourne un levier pour obtenir ou déplacer quelque chose. (Wikipédia) Ce terme est utilisé en ostéopathie depuis le Dr W.G.Sutterland qui « savait qu'un pivot est un point stable (*still point*), un point d'axe et que c'est à partir de lui qu'un levier bouge et prend sa puissance. Il savait que même si un point pivot peut être déplacé, on ne peut modifier sa fonction ». Il détecta la zone pivot qu'il cherchait au point de jonction de la faux et de la tente, au sinus droit. «...Il existe là un point d'axe, relativement immobile, autour duquel bouge tout le mécanisme membraneux. Le point pivot situé dans cette région doit s'ajuster à toutes les positions que l'on peut physiquement prendre, dans le but de rechercher ou de maintenir l'équilibre du mécanisme impliqué ». Plus qu'un simple point d'appui, le *fulcrum* devient un point d'appui mobile, adaptable et suspendu. « Le Dr Sutterland évoqua le mécanisme de pivot comme un « fulcrum de suspension à glissement automatique ». Celui-ci « fonctionne physiologiquement en maintenant l'équilibre au sein du mécanisme articulaire crânien,..., (et) que sa possibilité de glissement accommode les changements accompagnant les modifications périodiques de la respiration survenant dans le

les points de fixation et les points d'appui. Nous reconnaissons également l'importance de l'interface patient-thérapeute.

L'attention et l'intention sont donc essentielles à apprécier dans cet acte.

Ces outils au service d'une technique elle-même au service d'une finalité se déploieront d'autant mieux dans un cadre *ad hoc* (cf. 1ère partie).

mécanisme crânien. » *Avec des doigts qui pensent*, L'histoire de W.G.Sutterland par Adah Strand Sutterland.

Notons, en outre, qu'il existe de nombreux *fulcrum* (cf. cours personnel donné à Ostéo +, *fulcrum*, point d'appui et immobilité dans l'acte ostéopathique, Berder mai 2008).

3. Quel corps le médecin ostéopathe touche-il ?

Quel corps touche-t-il en premier ? Quel corps touche-t-il réellement ? Dans quel registre appréhende-t-il le corps ? Quelle représentation a-t-il en tête ? Autant de légitimes questions à s'être posées à un moment donné de sa pratique ? Nous ne pouvons affirmer que, bien que nous fassions tout pour focaliser notre perception sur l'aspect le plus structurel, anatomiquement reconnu, qui se révèle à nous par le truchement du toucher, notre geste tant diagnostique que thérapeutique, ne touche et ne sollicite que ce seul aspect du corps. En effet, pour poser notre geste ostéopathique, nous côtoyons l'intériorité dans laquelle la structure du patient est censée se trouver.

Bien que notre vision de l'homme soit résolument non matérialiste, notre métier d'ostéopathe, dans son application technique, utilise une compréhension mécaniste du fonctionnement du corps. Ce que nous percevons et plus vaste que ce que nous palpons et nommons. Nous aimons dire que « fier d'être mécano », nous ne considérons pas la personne que comme une mécanique. Par contre, nous assimilons son organisme à un mécanisme. Nous le voyons en activité et en percevons en première intention sa mobilité. Ce système complexe est animé. La physiologie nous décrit deux modalités de mobilités : la mobilité volontaire et la mobilité involontaire. Depuis W.G.Sutherland, l'ostéopathie intègre à cette physiologie un Mécanisme Respiratoire Primaire. Nous préférons parler d'une motilité tissulaire résultante d'une dynamique vitale. Parfois, nous ne parvenons pas aisément à contacter ce mécanisme. Est-il bloqué ou inaccessible ? Nous ne touchons que le corps que le patient nous présente : celui avec lequel il fonctionne et dans lequel il vit. Ce mécanisme, « au cœur de notre corps¹ », nécessite pour y accéder une acceptation, afin que s'instaure un climat de confiance. L'histoire du patient et sa géographie personnelle peuvent parfois perturber voire bloquer l'approche thérapeutique. Nous devons alors avec tact, l'aider à lâcher probablement une représentation de son corps, qui le maintenait dans cet état. De simple mot bien pesé l'y incite. La détente est une conquête de l'esprit ; elle est corolaire d'un relâchement du corps et appréciable à ce moment de l'acte ostéopathique. Parfois, nous nous faisons un peu violence pour créer la confiance et dialoguer avec le corps avec lequel il fonctionne ; notre geste confirme cette

¹ *Au cœur de notre corps*, Labonte M.L., les Editions de l'Homme, Montréal, 2000.

reconnaissance, se fait un instant plus volontariste, plus mécaniste, exceptionnellement manipulatif.

Le patient n'est jamais là pour nous permettre de valider nos théories ou confirmer notre mode personnel de fonctionnement (et la représentation que nous nous en faisons).

La clinique ostéopathe nous montre qu'au sein du corps existe des régions – telles les diaphragmes – où se rencontrent, se croisent les différentes sphères anatomiques, les multiples chaînes myo-fasciales psycho-comportementales, les nombreuses « cuirasses¹ », les divers registres du corps et le mécanisme avec son animation vitale autonome. Ici peuvent s'ouvrir des portes.

Que cherchons-nous à toucher ? Qu'entendons-nous ? Comment ce corps est-il tendu ? Quelle est sa tenue - la dominante ou la tonique - de cette tunique (cet « habit de peau ») ?

Sur ce fil conducteur anatomique, qui accompagne l'ostéopathe dans sa rencontre avec le patient pour ensemble dévoiler (aux deux sens du terme) « ce qui ne tourne pas bien » dans ce mécanisme global, il est préférable que le praticien ne s'y appuie pas. Il risquerait de l'étouffer, de le freiner et d'y rien entendre. Posons nos mains avec doigté sur la structure et observons (son jeu articulaire) ; n'oublions pas qu'elle porte la fonction. À travers nos mains posées sur le corps, tel un spectateur - invité pour ne pas être voyeur derrière une fenêtre - elles regardent comment la structure s'anime. La main doit savoir se faire accueillante et encourager l'abandon afin que le corps exprime ses dérèglements. Nos mains, en quelque sorte, par un léger appui chaleureux « embrassent », saisissent « à bras le corps » la machine, en préambule à une exploration plus approfondie. Souvent cette douce mais réelle pression relance, « dégrappe » déjà un peu le mécanisme. Ce toucher indique notre implication et l'intérêt que nous portons à ce cas. Cette légère modification dans la tension structurelle nous permettra par la suite de nous laisser guider vers des régions « qui tirent ».

En observant ainsi avec acuité le corps dans sa globalité structurelle animée, nous l'apprécions comme une machine ; une machine, au sens pur et vrai du terme, et dotée d'un mécanisme. Ce corps nous apparaît aussi tel un système complexe, c'est-à-dire dans lequel « tout est lié » et dont on ne peut étudier une partie de façon isolée.

Le corps que nous touchons est, aussi, ce lieu qui « encaisse », qui « accumule », qui « emmagasine » dès lors que le patient par ses mots indique cette concordance. Cette métaphore invite l'ostéopathe à s'assurer auprès de son patient

¹ Ibid.

que cette juxtaposition fraîchement révélée trouve un accord ; cette correspondance perçue consciemment assiste, consolide l'harmonie articulatoire. Plus nous apportons de précision dans la description du vivant, notamment par les mots, plus notre technique s'affine, mais au risque de réduire la réalité de la matière et du vécu individuels, à ce que nous qualifions précisément. Celle-ci, nous l'avons vue, est variée, plurielle, subtile mais non moins indéterminée, vague et riche de mille possibles. Par contre, cette précision, plus exactement cet effort demandé au patient dans la description de ses maux et de ses sensations, l'invite à rencontrer la parole de son corps. L'inciter par la suite, dans un corps qui a recouvré une aisance, à en jouer par de simple geste vécus consciemment, c'est alors lui fournir quelques éléments de grammaire.

Nous avons abordé précédemment l'importance dans la pratique perceptive et thérapeutique de ne pas être « coincé » sur une représentation particulière et de ne pas vouloir à tous crins un résultat particulier ; c'est le gage d'une efficacité thérapeutique.

4. Quel diagnostic ?

Dans cette qualité de toucher, de perception du patient, un diagnostic d'un autre mode se dessine, se propose au médecin et au patient.

Citons en exergue les mots de Still qui affirmait que « découvrir la santé devrait être le but du médecin ¹ »

Le mot diagnostic indique que l'aptitude à « connaître » comporte associée à *dia* l'idée de séparer, de passer à travers. Porter un diagnostic est aptitude à discerner, à reconnaître. Cette intelligence percera les mystères et pénétrera dans la connaissance

Dans cette conduite diagnostique, nous nous laissons guider par les tensions des tissus que nos mains dévoilent, et nous cheminons progressivement dans une exploration globale du corps, pas à pas, *mano a mano*. Nous y voyons graduellement plus clair. Cette attitude qui consiste à se laisser conduire par les tensions myo-fasciales qu'exprime le corps du patient, n'a-t-elle pas son pendant dans l'attitude du psychanalyste qui accueille les associations libres ?

Notre diagnostic, nous l'avons vu, discerne au sein de la globalité corporelle, ce qui dans sa propriété de mouvement fonctionne et ne fonctionne pas correctement. Le diagnostic exact nosographique importe peu. Ce dernier, même posé, ne sera d'aucune aide au traitement ostéopathique ; il ne se justifie dans l'acte de médecine ostéopathique que comme diagnostic d'élimination quand une thérapie plus appropriée s'impose rapidement.

Si le diagnostic ostéopathique peut compléter, affiner le diagnostic médical, il ne l'épouse pas toujours. Le cas clinique individuel du patient nous intéresse, non sa maladie. Le diagnostic qui intéresse le patient n'est pas le diagnostic médical, mais celui de la compréhension de ce qui ne va pas en lui. Comment s'organise en lui les différentes tensions contribuant à son équilibre nous importe véritablement. Ce qui s'avère estimable est la découverte de la région précise qui permettra de rééquilibrer, en partie ou en totalité, le système défectueux puisque exprimant une souffrance. À ce terme là et dans l'immédiat, le geste ostéopathique peut basculer sur son versant thérapeutique tandis que chez le patient l'alternative saine s'énonce. Dans la plupart des cas ce diagnostic - cette saisie du levier thérapeutique - n'est pas immédiat. Cette authentique exploration, dans laquelle l'expérience, l'intégration des connaissances et savoirs, l'énergie et la disponibilité de corps et d'esprit du praticien, procède en grande partie d'un

¹ In *Philosophie de l'ostéopathie*.

« tâtonnement expérimental¹ » associé, il faut bien l'avouer, à une once d'intuition. C'est plus de découvrir la possibilité de bascule du système dans l'alternative saine qui importe au médecin ostéopathe que le constat patent de sa défectuosité.

Dans la conduite de ce diagnostic, la recherche de la lésion primaire nous importe peu. Nous privilégions l'intelligence de la lésion totale.

C'est tout ce cheminement mené en intime et étroite collaboration avec le patient qui nous intéresse. Cette voie n'est jamais tracée à l'avance. Deux patients qui présenteraient, s'il était possible, le même symptôme ou le même tableau, ne nous amènent jamais à la même conduite-à-tenir. Le paysage, le voyage est toujours différent et nouveau. Cette tenue, cette conduite, cette chasse, ce diagnostic peut, pour le praticien, selon les troubles, les tumultes, les souffrances, être éprouvant ; son discernement, sa neutralité, sa disponibilité ne devraient pas en être affectées. Cette étape du soin, précédent le geste thérapeutique proprement dit, met le praticien en contact direct et rapproché avec des couches corporelles du sujet qui ne se laissent pas d'emblée adoucir et traverser. Ici, il doit disposer d'une grande patience. Il rencontre indubitablement la résistance du corps du patient avant d'aborder, dans cet ensemble, le moteur du mécanisme.

Nous apprécions que le patient fasse en lui un constat (des lieux) qui s'apparente au nôtre. Nous l'invitons volontiers à l'énoncer dans son propre langage. Ses mots son entendus avec leurs sonorités propres ; la voix de la personne oriente ainsi également notre diagnostic.

Il arrive que cette étape diagnostic bute en chemin et peine à éclaircir cette situation qui paraît inextricable. En premier lieu, le praticien doit se remettre en cause rapidement pour s'y prendre autrement. Il essayera un autre abord, un autre toucher. Il ne doit en aucun cas s'entêter. Mais l'obstacle peut venir d'une vraie difficulté inscrite dans le corps du patient. Au praticien de disposer de maîtrise de soi et de connaissance psychologique. Le « blocage » n'est peut-être pas d'emblée abordable par le toucher du corps physique. En certaines régions du corps différents registres de l'être se croisent. Quel est ce registre réactif ? Est-il d'ordre physique, émotionnel, énergétique, imaginaire, symbolique, psychique ? Parfois, il s'agit simplement d'une précipitation du praticien qui n'a pas su palper avec tact, respect et clairvoyance son patient dans la réalité de son vécu corporel. Nous évoquons, ici, la notion d'autorisation et de « porte d'entrée ». Tout ce cheminement à travers (*dia*) le fatras corporel pour y démêler l'intrigue et y voir plus clair, est une partie conséquente et obligatoire du diagnostic ostéopathique. Il renseigne sur le contexte dans lequel les maux du patient se sont écrits dans son

¹ En usage dans la méthode éducative mise au point par Freinet.

corps. À nous de savoir les entendre et d'aider la personne à les traduire et les dire. Le premier temps du diagnostic était, d'ailleurs, à cette enseigne, une première lecture du corps.

À l'issue de cette traversée, il arrive régulièrement un moment particulièrement délicieux et heureux de notre métier ; quand, le patient ressent un net soulagement qu'un court laps de temps auparavant nous avons senti s'opérer sous nos mains.

Mais la représentation et l'énonciation de ce qui se passe dans le corps du patient, même dans la concordance du discours du patient et du praticien, correspondent-elles exactement à la réalité physiopathologique ? Sûrement pas. Cela invite plutôt à ne rien affirmer et ne permet d'évoquer qu'avec circonspection d'éventuelles hypothèses de mécanisme d'action à cette technique thérapeutique.

Dans d'autres cas, en d'autres lieux et circonstances, au terme de la séance le patient se sent mieux et constate une amélioration de son état général – alors même que parfois le symptôme qui avait motivé son rendez-vous persiste. Nous notons, parfois, malgré le soulagement manifeste ressenti par le patient, peu de changement notable au niveau des tensions myo-fasciales affectant sa structure. Dans tous les cas, un visible changement postural témoignera (notre expérience le confirme journallement) d'une efficacité du soin. En clôture de ce dernier nous prenons un instant pour lui faire remarquer et l'encourageons, s'il le peut et le souhaite, à goûter la présence nouvelle ou retrouvée que ce changement de posture lui apporte. Il constate alors que sa tenue est aisée, son corps à la fois bien posé sur terre et léger.

Il est toujours profitable de pouvoir expliquer au patient les mouvements, les gestes, les attitudes qu'il convient de ré-éduquer pour entretenir le bienfait de la séance, et éviter d'aller à l'encontre de la restauration de mobilité et de « retomber dans les ornières » des (mauvaises) habitudes passées. À cet égard, de simples conseils et gestes montrés à l'issue du soin sont très appréciés et profitables. Le patient remédiera ainsi à certains de ces maux. L'acte adjoint ainsi au geste curatif une proposition préventive.

Indiquons ici une conviction personnelle indéniable : nous estimons - chaque jour de consultation le confirme - que les maux et maladies ne touchent pas la personne au hasard. Ceux-ci ne semblent pas s'être installés uniquement pour nous faire souffrir et nous gêner la vie ! Ils peuvent éventuellement prendre un sens. Ces troubles qui affectent la personne, qui la perturbent à ce moment là de sa vie, sont l'occasion d'un bilan. Faire ce point peut lui permettre de rectifier sa conduite, d'orienter autrement sa démarche, de prendre acte de la relation qu'il entretient avec lui-même, avec son intériorité. Nous proposons cette hypothèse au patient. Une réelle et sensible modification dans son corps, dans sa posture et son attitude amènent la possibilité d'un changement de point de vue. Un changement

dans l'équilibre des tensions est le corollaire d'un recentrage. Il lui est alors, offert l'opportunité de vivre sa situation, son état sous un angle différent. Nous l'invitons à y faire attention et à l'apprécier. Nous nous gardons de tout jugement, de toute interprétation. C'est à lui de trouver du sens à ce qui lui arrive.

5. Le principe actif – ce qui agit

*Il faut que tout agisse et soit mouvant et crée
Et que la forme change aussitôt que formée.
Tu n'es qu'une apparence, ô repos du moment !
Partout au plus profond se meut l'éternité,
Car toute chose ira se dissoudre au Néant
Si dans l'Être immobile elle veut demeurer.*

Goethe
Elégie de Marienbad

Un principe actif est ce qui agit.

Qu'est-ce qui agit dans cette thérapeutique ? Quel en est le mécanisme d'action ? Quelle est cette *dunamis* demanderaient les Grecs ? Appartient-elle au patient ou au thérapeute ?

« La *force vitale* dirige des phénomènes qu'elle ne produit pas ; les agents physiques produisent des phénomènes qu'ils ne dirigent pas¹ », nous disait Claude Bernard. La nature est donc un principe actif.

La thérapeutique concerne les pratiques et actions destinées à guérir, à traiter les maladies. Qui en est l'acteur principal ?

Notre thérapeutique ne délivre au patient aucun médicament et pourtant un remède est élaboré. Comment celui-ci agit-il ? La personne du médecin ostéopathe n'est pas, à la différence de ce qui se passe en chimie, un corps réactif de l'acte (thérapeutique). Au mieux, nous en sommes un catalyseur. Catalyseur qui, soit dit en passant, se retrouve intact après la réaction chimique. Puisse donc l'ostéopathe apprendre à se préserver dans cet acte - pour sa personne propre, comme pour le praticien qui se doit de rester en permanence dans un état de disponibilité. Nous verrons que la mise en oeuvre de sa thérapeutique réclame qu'il sache, sans quitter le contact avec l'anatomie et la physiologie de son patient, ne pas agir.

Nous aborderons ici essentiellement notre expérience d'une ostéopathie conduite par un geste non volontariste. Celui-ci fut étayé, dans son apprentissage, par la

¹ *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Claude Bernard. Morceaux choisis, Gallimard.

convergence que nous rencontrâmes dans des pratiques thérapeutiques et philosophiques existantes en des lieux et époques différents.

La compréhension et la recherche de mise en œuvre des trois principes fondamentaux de l'ostéopathie, ainsi que ceux tirés de l'humanisme, nous permirent, au gré du déroulement de notre exercice professionnel, de vérifier la validité de ce troisième principe d'autorégulation, d'autoguérison. Nous fîmes l'effort de ne pas l'affirmer comme croyance, mais de chercher dans le respect des deux premiers, la possibilité de manifester sa cause agissante. Nous en recueillions, nous en lisions, ainsi, son intelligence. Progressivement et tout naturellement, dans la continuité de l'évolution de notre geste ostéopathique, de notre écoute et entendement de la personne humaine, nos mains, et conjointement notre esprit, parvinrent à quitter la prééminence de la volonté d'agir sur. Cette décision ne put s'acter, non par choix théorique mais à la mesure de notre appréciation et notre accueil du potentiel de vie inhérent à chacun - et dont nous ne nous satisfaisions pas d'observer les effets uniquement de notre place de médecin mais de les cultiver également pour nous mêmes. Nourri de cette vitalité, des expériences personnelles et professionnelles, et de plus en plus habile dans notre geste, notre esprit et nos mains qui le prolongent, n'avaient plus besoin de « pousser devant soi (un troupeau)¹ » pour tenir notre rôle de médecin ostéopathe. Notre acte se contente d'une l'intention directionnelle et d'une perspective thérapeutique.

L'action thérapeutique se conçoit très bien à l'écart d'une dynamique et d'un langage militaire. Ce retournement est contemporain d'un rééquilibrage, dans l'acte médical, de l'intérêt porté au sujet et à la subjectivité, plutôt qu'à l'objet et à l'objectivité. Il s'agit désormais dans cette conception, non de faire pour l'autre, mais de trouver en lui le remède. Arrêtons-nous un instant sur ce mot d'une importance, ô combien capitale, dans notre noble *technê*. La racine indo-européenne °*med* qui exprime, certes, l'idée de « prendre avec autorité et réflexion des mesures d'ordre² », donnera en grec *Medousa* « celle qui médite ». Cette racine appartient en propre, avec cette idée là, aux mots méditation, médecin, médecine et remède, qui en découlent. Bien sûr, notre formation médicale et occidentale, qui nous incline plus « à agir sur le monde qu'à le reconnaître³ », ne nous a pas mis en situation de méditation face à la maladie comme à la vie qui, nous le rappelait Michel Foucaud, sont du même ordre.

Ne pas faire, semble ainsi en telle circonstance, presque inconvenant. Pourtant, la clinique, par la sensorialité qu'elle utilise pour recueillir au chevet du malade alité

¹ Confer étymologie : racine indo-européenne °*ag*.

² *Dictionnaire étymologique du français*, le Robert, ouvrage cité.

³ *Shen ou l'instant créateur*, Eyssalet J.M., Trédaniel, Paris, 1990, p.10.

des informations, amène le médecin à faire silence et à être, un instant dans cet objectif, passif. Cette observation prolongée de notre intériorité nous a été proposée dans des pratiques orientales des arts du corps.

Ce long préambule, pour dire la perspicacité et l'opiniâtreté dont il faut faire preuve, dans un tel contexte médical et face à un malade inscrit dans la modernité thérapeutique, pour poser et affirmer la pertinence d'une telle attitude. Nous saisissons ainsi que la notion d'action n'a pas la même connotation selon la perception avec laquelle nous considérons le monde et l'homme (avec ses maux). Dans notre culture, cette attitude n'est vécue que dans la contemplation, dont nous remarquons plus haut qu'elle ne possédait plus de statut dans une approche scientifique objective. Par ailleurs, notons que cette attitude d'écoute et de passivité n'est réintroduite dans le champ médical agréé que dans la psychothérapie analytique.

Ce principe actif ne s'appliquera que dans une modalité où l'obéissance, la contemplation, la passivité, la non volonté présideront. De tels comportements ne peuvent s'installer sans climat de confiance. Puisqu'il n'y a pas « de troupeau à pousser », où réside alors cette vigueur animale, cette activité thérapeutique ? Nous estimons qu'elle appartient en propre au patient. L'ostéopathe la trouvera au cœur du mécanisme involontaire qui anime l'organisme. Celle-ci ne demande, fort heureusement, qu'à s'exprimer. Il semble qu'une règle d'économie d'énergie et de moindre effort, stationne dans l'organisme. L'organisme ne demanderait, donc, qu'à être dégagé de charges inutiles. Ces charges, l'ostéopathe les « manipule » par l'entremise des *fasciae* souvent trop tendus qui ensèrent, pressent ou étouffent la libre expression et donc la motilité de ce mécanisme. C'est l'action libérée de ce mécanisme et la mise en branle de la puissance du (des) liquide qui pour les ostéopathes, est le mécanisme d'action de la thérapeutique (ostéopathique). Pour aider à remettre en pleine action, en mouvement ce mécanisme, il n'y a rien à faire ; mais être uniquement, à travers notre main qui apporte un nouveau point d'appui à celui-ci, le juste catalyseur. Toute la technique ostéopathique réside là. Pour offrir ce point d'appui thérapeutique, l'attitude, la posture, l'état du corps et de l'esprit du praticien sont primordiaux. La compréhension et l'utilisation du et des *fulcri*, des points d'appui et des leviers sont indispensables en ce lieu. Personnellement, nous étayons la tenue de cette attitude dans notre fréquentation du *Wu Wei* chinois. Ce point d'appui nouveau offert au corps du patient est tout sauf un point fixe. Les taoïstes rencontrent dans leur pratique de tel lieu ; il cultivent la rencontre avec ce Centre, pour « revenir au moment où le mouvement et l'immobilité sont confondus, où tout se coproduit, se

régénère et se réorganise perpétuellement¹. » Arriver et tenir en un tel lieu d'équilibre constamment mouvant où la régulation opère, exige un entraînement, une vigilance accrue et une fréquentation de la nature de ces phénomènes. La pratique de la méditation nous met sur cette voie. Notre geste ostéopathe se fonde dans la nature du phénomène biologique. L'ostéopathe, qui situe son acte dans une telle intention, se doit de « nourrir sa vie² » et d'apprécier la simplicité et la confiance que procurent le « Non-Agir », le *Wu Wei*, le « Laisser-Aller », qui ne sont pas assimilables à l'inaction, à l'inertie ou au « contentement paresseux aux yeux clos³ ». Il convient surtout, à son abord, de ne pas « se laisser aveugler par (nos) sens et (nos) désirs ». Notre attitude ressemble alors ici, à celle de l'homme « vrai (qui) consiste non pas à agir, mais plutôt à laisser être les choses, à les laisser respirer dans le balancement éternel du *yin yang*. Ne pas agir, c'est être à l'unisson de cet équilibre universel au sein duquel il nous faut trouver notre place silencieuse⁴ ». La culture bouddhiste estime, en outre, qu'il est même salutaire d'apprendre à se détacher de tout acte.

Ce qui agit, donc, ne nous appartient pas. Facile, à ce compte là, d'être détacher du résultat du soin. Ceci, pour nous est plus aisé quand l'amélioration advient que quand elle ne s'installe pas.

Il s'est agit d'agir sans faire. Or, l'agir (*agere*)⁵, dont nous parlons, exprime une action continue (donc peut-être différée), tandis que le faire (*facere*) concerne plutôt l'instant (la recherche d'un résultat immédiat tangible).

Cette recherche de la cause du dysfonctionnement nous conduit au cœur du processus moteur de la dynamique vitale articulée. Amener la personne à cette source, à cette origine prime dans notre acte plus que la recherche du pourquoi. Cette source, cette origine est *quelque part* la même pour nous tous. Il conviendra, par la suite, pour la personne, régénérée par l'écoulement restauré de cette circulation et cette animation vitale, de saisir ce qui lui ferait, à nouveau, quitter cette voie et retomber dans ses anciennes ornières.

Notre geste, conduit dans cet esprit et cette présence, a permis, en quelque sorte, un réamorçage, une ré-animation. La personne se trouve désormais et en premier lieu corporellement, au confluent « du sens, du sang et de la conscience⁶ ».

¹ *Histoire du taoïsme des origines au XIV^{ème} siècle*, Robinet I., Ed. du Cerf, Paris, 1991.

² *Nourrir sa vie*, Jullien F., Seuil, Paris, 2005.

³ *Wu Wei*, Borel H., Trédaniel, Paris, 1995.

⁴ *Agir, non agir en Chine et en Occident*, Kamenarovic I.P., Cerf, Paris, 2005, p.88.

⁵ *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2000.

⁶ *Poésie ininterrompue*, Paul Eluard.

Trouver et faire « marcher » le juste point d'appui, au bon endroit sont l'art et la science de l'ostéopathe. Ce geste apporte un soulagement global à l'être ; le mécanisme grâce à ce point d'appui est soulagé et simultanément la personne se sent soulagée. Elle exprime, parfois, se sentir concrètement « prise en main », comprise. La prise en charge, la considération, est tangible. Nos mains, dans le prolongement de notre présence, l'assistent effectivement un temps dans son vécu intérieur (conscient ou non) de chute. À un certain niveau, *on* ne la « laisse pas tomber ». Notre objectif est également de l'amener à un bon port, à une meilleure tenue.

Le juste appui, la force du levier, la distance correcte à l'autre, le et les *fulcri*, permettent à la puissance du liquide ou de l'énergie vitale de développer toute sa puissance. Ce geste est pure technique et vraie relation.

Ce qui « marche », c'est la ré-activation de l'élan vital, c'est la ré-animation de ce qui pulse dans le corps. S'agit-il aussi des pulsions et des émotions, qui selon leur incidence dans l'être le meuvent ou le freinent.

Ce soin, en cherchant cette dynamique vitale, pénètre l'habitat de la personne et, avec le propriétaire, apprécie l'état des lieux. Cette action thérapeutique n'a été possible qu'une fois la machine humaine mise au repos. Selon le mode de vie et les circonstances qui ont participé à l'installation des troubles, se reposer, se poser peut être entendu comme une nécessité de faire, un instant, « machine arrière » !

Montrer ainsi, ne fut-ce que l'instant de la séance, que l'accumulation, la pression, la tension peuvent s'inverser, offre au mécanisme et à la personne, un regain simple et naturel de circulation des courants vitaux (liquide et air). Or, l'énergie, la force et le mouvement, avant de nourrir autrement l'organisme, alimentent également le comportement du patient face à la vie et ses aléas. Ce surgissement (de forces et de liquides vitaux) n'aura été éloquent qu'une fois désamorçés certains mécanismes dispendieux de défense. La personne se trouve désormais incité à se laisser nourrir par la vie et porté par ce nouvel équilibre, plutôt qu'excité par la volonté de résister, de réagir. Comme les anciens Chinois, ce « nourrissement du vital¹ », cette harmonisation, ce ressourcement, seront à cultiver du côté de la participation à une origine commune, à la connaissance du fonctionnement de la vie, de la Nature, plutôt que de celui de la recherche de la raison des troubles et de l'individualité. Puisqu'« il existe perceptible en toutes choses, un processus moteur qui à chaque instant rend possible l'existence du monde », il s'agit alors pour cela de « s'efforcer de retrouver ce qui en nous est le moins séparé du Tout, le moins individualisé² ».

¹ *Nourrir sa vie*, Jullien F., ouvrage cité.

² *Agir, non-agir en Chine et en Occident*, ouvrage cité, p. 132.

Notre acte, en somme, apporte au patient les conditions propices à ce que ce Principe puisse être Actif. Dans cet acte, thérapeute et patient, sont tous les deux à l'écoute d'une vitalité toute intérieure.

Nous verrons plus loin que, ce qui se joue dans l'écart, la scission entre les maux et les mots, entre le corps et l'esprit, coïncide éminemment avec la « remise en marche » de ce « troupeau ».

6. La traversée ; du diagnostic au traitement

*« Je voudrais être le nocturne passeur des pauvres âmes,
« des pauvres vies, je les passerai sur les rivages de mon pays
« où toutes les choses sont vues dans leur secrète beauté »*

Alain Fournier à Jacques Rivière

Parvenir à la mise en œuvre de cette puissance thérapeutique naturelle est avec chaque patient une aventure particulière. Celle-ci est la période qui demande au praticien une présence ajustée de chaque instant, une grande vigilance, une disponibilité renouvelée sans cesse, une concentration et une énergie indubitables. Présent en ce lieu, théâtre de conflits, de tiraillements, où la souffrance et la peine tiennent « le haut du pavé », l'ostéopathe même habile et expérimenté est à chaque voyage mis à l'épreuve. Il ne peut parvenir à la source, à l'origine de la dynamique vitale et dévoiler les causes (le comment) du dysfonctionnement, qu'en prenant en considération la réalité interne du patient. Il côtoie ses tourments, les heurts ; il a les mains sur les rouages de sa machine. Dans cette traversée, il rencontre des zones serrées, opaques, bouchées, épaisses, enraidies, lourdes, obscures, sourdes qui ne se laissent pas attendrir facilement ; elles ont de telles autres habitudes de fonctionnement ! L'ostéopathe se laisse entraîner dans les retranchements, les voies détournées, tortueuses, perverses qu'a souvent empruntées le patient. Il est en prise avec la résistance des matériaux et l'endurance du corps, mais aussi avec l'atmosphère qui réside en ces lieux. La conscience que le patient développe de cette résidence est très variable. Ici, sur cette scène, la qualité de la résilience permettra, implicitement ou non, aux tissus qui constituent l'enveloppe, l'environnement et la trame de la structure du corps, de se laisser traverser voire toucher. Ces territoires ressemblent parfois à des no man's land. L'installation d'un dialogue nécessite d'abord une rencontre, une reconnaissance. Une communication doit pouvoir s'établir. Celle-ci utilisera tous les médias et canaux possibles : langage verbal et non verbal. L'installation de ce geste et du toucher sollicitent pleinement la relation interindividuelle. Ces conditions réunies, dès lors que « confiance et fiabilité » seront là, cet espace pourra révéler sa qualité d'*espace potentiel*. Cette « aire des phénomènes transitionnels », où « nous expérimentons la vie dans l'entrelacs excitant de la

subjectivité et de l'observation objective¹ », est espace de rencontre et de séparation. C'est en un lieu de cet acabit que le « jeu » (articulaire) « surgira tout naturellement de l'état de détente ». Ici, dans ce temps et cet espace offert, notre capacité d'adaptation à l'autre est fondamentale pour permettre l'instauration de « cette troisième aire de l'existence », située dans le « monde de la réalité partagée² ». Ce chemin vers l'autre ne déploiera sa vérité que si le praticien le parcourt également. Son authentique présence, simple, chaleureuse, vraie, est ce qui accompagne le patient dans cette traversée parfois difficile, incertaine, inconfortable. Nous ne sommes pas là pour « caresser » le patient « dans le sens du poil » ; nous « mettons (même) le doigt où ça fait mal » ! Nous retrouvons, ici, la qualité du *setting*. Le praticien doit tout à la fois être réellement présent et être capable de s'oublier. Son objectif est, « contre vent et marée » de se laisser conduire vers le lieu du corps qui, ce jour, appelle une résolution tissulaire. Navigateur aguerri, il sait tenir « l'écoute³ » et ne pas lutter en vain contre la résistance des éléments.

À ce stade de la traversée, les régions en souffrance qui appellent de l'aide sont dévoilées. Au praticien de proposer au patient, à travers son corps, ce juste point d'appui manuel qui est « une résistance constructive offerte au corps pour lui permettre de solliciter son potentiel d'autoguérison⁴ ». La qualité de la tenue de ce point d'appui est essentielle pour qu'un lâcher prise advienne. « On ne s'appuie que sur ce qui résiste », nous disait Sénèque. La résistance, ici, n'est pas synonyme d'opposition. À cet endroit, la présence entière de l'ostéopathe est éprouvée. Elle est à ajuster en permanence. La compréhension et l'aide des *fulcri*⁵ et des points d'appui, assistés d'un jeu de balance entre les différentes tensions et pressions de l'organisme, sont en ces lieux perturbés, des atouts fondamentaux. Son attitude physique, émotionnelle et mentale est, également dans ce contexte, primordiale. Le praticien se doit notamment de lâcher son égo. Ces conditions sont requises pour permettre à la dynamique vitale, à la puissance du liquide, à l'énergie du mécanisme involontaire de s'exprimer et d'agir. En ces lieux comprimés, éteints, inertes, le praticien sent que « quelque chose s'oppose quelque part à la liberté du courant⁶ ». Ici, il doit savoir être au service des besoins et des capacités des tissus de celui-ci. Il n'est que le révélateur, le catalyseur des ressources physiologiques du corps de ce patient. Pour cela, il a du se mettre au

¹ *Jeu et réalité*, Winnicott D.W., ouvrage cité, p. 90.

² Idem, p. 152.

³ L'écoute est, en outre, sur un voilier, le cordage qui actionne la grand-voile.

⁴ *La vie entre les mains*, Bois D., Trédaniel, Paris, 1989, p74.

⁵ Cf. note p.71.

⁶ *L'ostéopathie fondamentale*, Duval J.A., Sully, Vannes, 2004, p.85.

diapason de la tonalité de la fibre de cette personne qu'il accueille dans son cabinet. Dans ce voyage à la recherche de la force vitale correctrice, de point d'appui en point d'appui, à des niveaux et des couches anatomiques différentes, dévoilant souvent des compensations antérieures, en maniant des bras de levier divers, en contactant les liquides et les membranes, nous nous plongeons progressivement dans la compréhension physiologique du corps. Nous croisons des points d'équilibre, de tranquillité, des moments de calme¹, de repos, des lieux de silence et de paix, hors du temps et de l'espace ; là, existe un contact entre l'énergie universelle et l'énergie du patient. En nous approchant au plus près de la malfaçon de cet ouvrage qu'est le corps de l'homme, nous avons, de concert, trouvé le remède. La « porte de sortie » est alors assurée ; patient et thérapeute sont alors libres.

Cette traversée vécue, praticien et patient ensemble, chacun à sa place, constitue pleinement le soin. Le remède a été élaboré conjointement. Le thérapeute a été accompagnateur attentif et patient. Il a su se faire oublier et se situer à la bonne distance, tout en se mettant sur la même longueur d'onde de celui qu'il soignait. Il avait comme perspective de l'escorter vers cette source naturelle où son corps, son souffle se meuvent avec plus d'ampleur. Détourné de ses maux, dégagé de tiraillements contraires, découvrira-t-il une autre voie, une autre direction, un ailleurs (*alio-vorsus*) où, dans la verticalité, les vertèbres et articulations libérées, il écrira ses propre vers.

¹ *Still point.*

7. La portée de l'acte

*Pousse hardiment la porte devant
laquelle tous cherchent à s'esquiver*
Goethe

L'union (retrouvée) des différents *articles* de l'homme, la restauration de cette fonction articuloire, le dialogue installé entre le corps et l'esprit sont le creuset de cette action puissante, le moteur de cette dynamique thérapeutique parce que simplement vitale.

Nous constatons que cette approche globale participe dans certains cas à une réactivation du désir ; ce dernier étant entendu comme un mouvement interne de recherche d'une satisfaction face à un besoin. L'élan vital se trouve revigoré alors que conjointement l'embarcation est requinquée.

Cette réconciliation n'advient qu'une fois que, des régions sans respiration, compactées, bloquées, enraidies, sur-tendues, où règnent des compressions, des amalgames, des accumulations, des empilements, des blocages, sont levés. Alors le sang et le souffle circulent mieux ; « la règle de l'artère est suprême », disait A.T.Still. Les patients émettent fréquemment l'expression « ça circule ! » sur l'état qu'ils éprouvent quand le soin déjà bien avancé, une résolution tissulaire s'installe. Dans leur corps, une communication semble se rétablir concomitamment à un relâchement que nos mains perçoivent. Préalablement, il a fallu œuvrer pour permettre de desserrer, de démêler, de séparer, de dégager, de décompresser les régions en dysfonction. Quand notre diagnostic a permis de dévoiler ces zones du corps charnières et carrefours, ces confluent semblent être redevenus le lieu d'un écoulement facilité et la scène d'une heureuse rencontre de courants et fonctions vitales jusqu'ici ralentis ou interrompus. Les images d'écoulement vont florès en la matière. Les stagnations, les œdèmes, les fluxions, les rhumes et rhumatismes en parlent. Le patient se sent, d'ailleurs parfois, en certains lieux de son corps comme « bouché », « coincé », « encombré », « bloqué » ; ces régions dégagées il sent alors une communication s'établir.

Souvent, le patient se plaint d'être ou d'avoir été contrarié. Son corps en porte les stigmates. Soigner, soulager et calmer le corps peut mener à établir en lui de nouveaux rapports entre *articles* qui se contrariaient, c'est-à-dire qui tiraient en sens contraires. Ces tiraillements, notre geste les débusque et peut y remédier.

Notre acte permet de trouver un remède à ces maux. Bien que son environnement extérieur demeure identique, le rétablissement du mouvement interne, le rééquilibrage de ses tensions, le soulagement et la détente revenus, apportent de nouvelles conditions internes qui permettent une tenue du corps plus naturelle sans effort. Alors, « quelque chose » « passe » mieux ; ça joue, ça s'articule mieux. Un changement de point de vue sur sa situation actuelle s'offre à lui. Libéré du port encombrant de charges excessives voire inutiles, le patient se retrouve dans un autre équilibre (que celui qu'il éprouvait avant la séance). De faussement stable car durci et raide comme un piquet de bois mort enfoncé dans le sol, le voici tel un jeune scion fraîchement planté, oscillant autour de son axe vertical entre Ciel et Terre. Cette balance et cet habitat restaurés, un nouvel éclairage, sur sa posture, son attitude et sa position dans l'espace, se présente. Il peut saisir les trois dimensions de son essence d'homme. Cette estime de soi peut être l'occasion d'une réorientation de sa conduite et de l'attention qu'il porte (ou non) à sa monture. Le patient se porte alors autrement puisque déchargé de la volonté de se tenir et de la crainte de choir. Il peut sentir que dans ce nouvel équilibre la terre le porte ; « ça tient tout seul ! » Fréquemment le patient à l'issue du soin se trouve « léger », « vidé », allégé, « dégagé d'un poids » ; le voici, en somme délivré (ou simplement conscient) du port de charges inutiles. Sa stabilité, sa balance intérieure, s'en trouvent améliorées. En outre, avec cette mobilité réamorcée, la respiration libérée, il découvrira les propriétés de son souffle et rencontrera peut-être son rythme personnel, sa propre pulsation. Cette respiration délivrée et dégagée procure à la personne une vitalité améliorée et des ressources nouvelles disponibles. S'il parvient à inspirer plus amplement, à souffler et soupirer profondément, son état de santé s'en trouvera bonifié. Sa cage thoracique dégrappée, l'espace de cet habitat pourra prendre plus aisément de place dans son environnement extérieur. Souvent, ce n'est que, quand le corps se trouve dégagé et à récupéré son aisance naturelle, que les tensions qui le contraignaient, devenues conscientes, pourront, quand elles se représenteront, être aussitôt désamorçées. L'endurance de la personne et l'extrême résistance de la machine humaine l'amène à s'habituer à tout état, surtout si celui-ci s'installe progressivement. Permettre à l'être de pénétrer cette réalité intérieure et lui en présenter une autre plus agréable, appartiennent aux bienfaits de notre métier.

Alors que les trois dimensions physiques apportent le volume à notre espace intérieur, la profondeur de l'être est consubstantielle à l'instauration de la parole. Cette mise en mot, ce dit, ce verbe se faisant chair, sont avec le rire le propre de l'homme. Porter intérêt à cette articulation corps-esprit et à sa mobilité nous paraissent relever de notre travail. C'est à ce prix qu'une patiente présentant tous les symptômes d'une dépression débutante se relève de la table de soin en disant :

« tiens, ma salive a du goût ! ». Dégager la personne de contraintes parasites dans l'écoute de son être participe à libérer ces cinq sens ; le patient se perçoit, s'estime alors différemment.

De surcroît, cette remise en mouvement tout azimut installera la personne dans une relation, dont il convient qu'elle prenne conscience, entre l'individualité et l'universalité.

Cette traversée a fait passer le patient d'un état à un autre. Une part de souffrance apaisée, quelques douleurs disparues, sont la conséquence, le fruit de sa propre terre retrouvée ; le résultat d'une conversion (*convertere*). Il n'est pas rare qu'il nous dise se sentir « rassemblé ».

Ainsi, la portée de cet acte est de contribuer à « remettre » la personne sur ses « rails » et détordre, détendre « la corde » que l'être utilise pour se tenir, résister. Puisse-t-il par la suite jouer de son instrument dans la modalité qu'il lui sied ou choisit, et trouver un sens assuré à sa démarche.

À ce port, le patient s'est délesté d'une partie inutile de sa cargaison et un temps hors de portée d'agression, il peut faire le point et réorienter sa route. Avec cette portée de son corps sur le sol, il se sent plus léger et la tête tenue. Le voici simplement *en* son propre *port* ; stabilisé, équilibré plus naturellement. Ses gestes peuvent aussi découvrir leurs portées propres. Sur cette portée dévoilée, sa musique, son chant, son *dit* intérieurs peuvent prendre chair.

Cette traversée peut lui permettre de passer de l'avoir à l'être ; de la pesanteur d'un corps douloureux qu'il avait, il s'ouvre à l'expression possible de son être simplement vivant.

8. Le lien

L'écoute et la tenue du lien myo-fasciale nous a conduit pour accompagner le patient à bon port. Cette traversée, menée sans précipitation dans un temps suffisamment long et en suscitant la conscience de ce qui se passe dans le corps, a permis de réaccorder l'instrument corporel, de relier la personne à son souffle et de la ramener à la source vive de sa vitalité. La portée de cet acte est souvent durable. Nous laissons toujours les patients libres de reprendre rendez-vous. Si nous leur conseillons de programmer une séance d'entretien ou de vérification - une consultation préventive en quelque sorte - la plupart du temps, même en accord avec ce principe et satisfait de nos services, ils attendent, dans la majorité des cas, l'installation de symptômes (souvent douloureux) pour téléphoner pour un nouveau rendez-vous. Le corps et l'être possèdent de telles capacités d'endurance et d'accumulation que symptôme voire maladie n'apparaissent, dans la plupart des cas, que de manière différée par rapport à l'installation de la perturbation.

Tous, nous « tirons sur la corde » et « encaissons ». Ces attributs appartiennent au vivant. Plus nous avons conscience de la manière dont nous nous conduisons et nous comportons, moins le chemin de réconciliation, avec ce qui ne demande qu'à vivre simplement, sera long et difficile. Nous constatons que les patients, habituellement soignés en ostéopathie – il en est de même avec les autres médecines différentes et naturelles -, quand ils sont à l'écoute et dans une meilleure connaissance de leur corps, laissent moins s'accumuler, s'empiler les tourments, les heurts, les agents pathogènes ; la conduite de la thérapeutique dans de tels cas est favorable. Cette attention à soi est souvent corolaire de la conscience de la réalité de l'entité corps-esprit. Nous apprécions toujours qu'un patient constate, avec candeur, alors que se fait sentir en lui, lors du soin, un rapprochement de deux éléments qu'il considérait jusqu'ici comme disparates, que « finalement tout se tient, tout est lié ! »

La sensibilité de cette « corde » est toute personnelle. Sa tension est d'une extrême variabilité. L'ostéopathe perçoit comment, dans la globalité du corps du patient, tout s'organise, se tient. Il capte l'équilibre tensionnel, la tenségrité de sa structure. Son travail diagnostique et thérapeutique est conduit par ces fibres.

Dans cette traversée vers un nouvel équilibre plus sain, l'ostéopathe apprécie la qualité de ces multiples liens au sein de l'organisme du patient. De quel ordre, de quelle nature sont-ils ? Quels en sont leurs usages ?

Un lien permet de mettre en relation au moins deux termes. Il relie aussi deux polarités d'une dualité. Cette notion de mise en relation est inscrite dans le principe de l'ostéopathie qui lui est le plus spécifique : l'interrelation ou interdépendance de la structure et de la fonction. De même, chercher, quel que soit le symptôme ou la maladie pour lesquels le patient nous consulte, à le considérer dans sa globalité, c'est également mettre en relation la partie avec le tout.

Une des spécificités du geste ostéopathique est de rapprocher le geste diagnostique du geste thérapeutique. Cela signifie découvrir le lien existant entre le trouble et le sain. La pratique de l'ostéopathie non manipulative, non volontaire permet d'affirmer par les résultats qu'elle obtient que le pathologique et le physiologique ne sont pas deux notions séparées. Or, ce qui est séparé, peut être uni et réciproquement.

Ce sera toujours, par, avec, grâce à ce lien que la restauration de la mobilité se manifestera. Nous aimons rendre tangible ces phénomènes et offrir au patient d'éprouver cette réalité ; découvrir ce passage de *dis-ease* à *ease*.

Le fascia, tissu ubiquitaire au sein de la tenségrité et du mécanisme du vivant, révélera ces corrélations. Ses freins, ses crispations, ses retenues, ses blocages comme son aisance, sa fluidité et sa liberté, sont pour l'ostéopathe perceptibles. Ce que ces fibres relient, ce qui se jouent sur ces cordons, peuvent être rendus accessibles à la conscience. La disponibilité, le centrage, « l'enracinement et l'ouverture » de l'ostéopathe sont, dans ce geste, capitaux. Le praticien doit continuellement veiller à déjouer ses penchants et éviter de projeter son vécu ou sa représentation sur cette toile ; sur celle-ci patient et thérapeute conversent.

Il est avantageux dans ce voyage tissulaire que le patient puissent exprimer dans ses mots son ressenti et énoncer les liens qui se révèlent ainsi entre les diverses parties de son corps, ou ceux qu'il établit entre son ressenti et la représentation de celui-ci. Les patients apprécient la reconnaissance ou la traduction de leurs sensations internes. Si l'ostéopathe a lui-même ré-uni (donc séparé) dans son propre vécu sensation et représentation, alors avec simplicité et assurance, il pourra valider l'authenticité de cette liaison émise par le patient. Quoi qu'il en soit, nous ne remettons jamais en question la réalité de la sensation propre du patient. Nous saisissons dans cette aventure les tenants et aboutissants de cet équilibre. Ce conduit, ce fascia, nous autorise à faire « l'état des lieux » de ce navire, ce char, ce corps. Quand le patient témoigne d'un constat analogue, la conversation débutée dans le silence se poursuit et éclaire le vécu des deux protagonistes. Un autre terrain d'entente s'ouvre ; la confiance se confirme. À ce moment là, quand un patient, par exemple, réalise qu' « il en a plein le dos », que

« la coupe est pleine »,..., ses mots ont une autre résonance. À l'ostéopathe de l'aider à prendre acte de ses dire.

L'expérience professionnelle comme l'expérience de la vie, alliée à la connaissance et surtout la conscience permettront de dévoiler, de débusquer les multiples et infinis liens que l'aventure humaine peut amener à vivre. Ceux-ci peuvent être des relations cordiales, chaleureuses et libres, comme des chaînes et des attachements aliénants. Mille usages sont possibles avec un lien. Ces liens sont en quelque sorte les rênes qui nous permettent de conduire notre char. Puisse l'aurige être éveillé, clairvoyant et le plus conscient possible ! Et comme, nous proclamait Racine¹ : « qui veut voyager loin, ménage sa monture », l'attention sur cette route concerne, ainsi, tout autant le corps que l'esprit.

À l'origine des mots, l'homme semblait vivre proche de la nature, de sa nature. En cette nature, le spirituel et le matériel dialoguaient. Il n'est pas étonnant, par exemple, pour un ostéopathe, d'apprendre que le vertex est à la fois un « tourbillon et le point le plus élevé (d'où tombe une chute d'eau)² ».

L'homme, malade ou non, vit dans une réalité autant psychosomatique que somatopsychique ; chaque nouvel acte l'atteste. D'aucuns affirment, en outre, l'essence hautement spirituelle de l'être. Ces constatations, ces convictions sont personnelles. Ce qui nous importe, n'est ni de les prouver, ni de les vérifier et surtout pas de les affirmer, mais d'amener le patient, quel que soit sa souffrance, sa pathologie et sa culture, à établir avec toutes ces parties, ces *articles*, dans cette traversée vers ce port, une intimité, une conversation. Ce dialogue se tient lorsque les *articles* sont déliés, quand une porte, une ouverture, dans cet amalgame douloureux et compliqué, apparaissent. Il convient donc pour permettre à la personne de vivre cet entre-deux, cette communication, cette communion de desserrer, de détendre cette toile - ce fascia. Celui-ci, au cœur de notre homéostasie, est un lien mécanique et fluide. Il « unit et sépare tout, sépare et unit tout » disait Lionnelle Issartelle. Pour Marcel Bienfait, c'est un « ensemble membraneux très étendu dans lequel tout est lié ». L'ostéopathe, qui l'aborde, pénètre au sein de la globalité du patient avec sa complexité et ses différentes couches. L'animation fasciale est un pertinent reflet de la vitalité du patient. La qualité de notre toucher nous fait entendre la demande des tissus dans l'« ici et maintenant ». Il perçoit la tension et la pression qui y règnent.

« Une connaissance de l'étendue universelle du fascia est presque impérative et elle est une des aides les plus précieuses pour celui qui cherche la cause de la

¹ *Les plaideurs*, Acte I.

² *Dictionnaire étymologique de la langue française*, le Robert, ouvrage cité.

maladie ». « Nous pensons que l'origine, le développement et la cause de toutes les maladies sont dans le fascia¹ ».

Sur, dans, par cette toile, des échanges se vivent ; des articulations sont admises ou non. Ce lieu est le lien de l'ossature et des organes, le carrefour des différentes chaînes myo-fasciales biomécaniques et psycho comportementales, le confluent des divers courants fluidiques, le cœur des dynamiques vitales : respiration primaire et secondaire, dynamique active volontaire et involontaire ainsi que dynamique liée à l'adaptation statique. Il est, aussi, le théâtre intime des fonctions biologiques, ainsi que la trame et la texture du geste comme du *dit* de la personne. Ce fascia est éminemment sous l'influence de l'émotion. Il la porte ainsi au sein du corps. Le vécu corporel alors témoigne de la qualité du lien relationnel que nous entretenons avec les choses, les autres et le monde. Nos expériences relationnelles de séparation et d'union imprègnent inévitablement nos tissus.

Nous montrions précédemment que ce soin se déroulait éminemment et préférentiellement dans la relation - elle même inscrite dans un cadre précis. Ce liant là, ce *setting*, ce lieu, incitent la personne à rencontrer en elle d'autres liens.

Notre toucher contribue à créer du lien. Notre présence et notre conscience dans cet acte sont des clefs d'une haute importance. Néanmoins, la sensation, la direction, la signification que ce démêlage, de cet accordage appartiennent en propre au patient. Il devrait à l'issue de cette traversée, arrivé à bon port, tenir les rennes de son char et rencontrer la nature de ce lien et ce qui se joue sur cette « corde ».

Notre acte encourage, même dans son silence, ce dialogue, cette conversation intérieure. Il semble opportun de solliciter cette écoute. Il est tout aussi pertinent de présenter au patient des gestes simples, des remèdes simples - sans ordonnance - qui lui fassent retrouver facilement ce lien, cette écoute, cette possibilité de ressourcement. Notre acte accueille, lit cette réalité. Il désigne le trait d'union des *articles* mal joints, celui qui assure leur en-tente, qui incitera à en-tendre *ce* qui se joue et se *dit* en ces lieux. Alors, l'ostéopathe est peut-être ce passeur, cet entremetteur. Pour cela, ses mains doivent être aptes à suivre les moindres modifications de tensions et de pressions qui résident dans ces tissus. Cette adaptation à cette longueur d'onde témoigne de notre attention et notre intention dans ce soin ; les tissus du patient exprimeront leur demande et accueilleront une résiliation, une normalisation des conflits dont ils sont porteurs, à la seule condition que la confiance puisse parvenir jusqu'à eux. Tel le poète chinois, cet acte « suscite la résonance du non-dit et fait vivre une expérience de vacuité² ».

¹ Andrew Taylor Still, ouvrage cité.

² *Le dialogue*, Cheng F., Desclée de Brouwer, Paris, 2002.

En ces lieux douloureux, troublés et obscurs, dans ces lieux-maux-dits, mal-sains, où en partie le corps sombre dans l'inertie, l'ineptie, l'inaptitude, quand par l'entremise du toucher sensible et conscient, le mouvement surgit, le flux s'écoule ; alors, ce lieu devient théâtre d'une rencontre, d'un dialogue. La déchirure semble, alors, moins vive et la peine moins lourde. D'exilé, de déraciné, d'isolé qu'il était avec sa souffrance, sa douleur, ses tourments et déficiences, il regagne sa terre, son île, sa confiance. Ce ré-accord, cette ré-animation, cette reconnaissance, cette ré-conciliation participent également à rapprocher les maux et les mots ; la personne ré-orientée peut poursuivre sa route et sa prose, c'est-à-dire à sa convenance articuler les mots et les os. Peut-on parler de reliance ou de reluire ? En tout cas de réconfort, de restauration.

L'acte ostéopathique contribue, ainsi, à aider le patient à retrouver ou trouver un lien vivant, un juste rapport entre des aspects ou parties de son être qui ne communiquaient pas ou plus. L'ostéopathe, pour amener cette conciliation, cette alliance a contribué à desserrer, à décompresser, à délier, à démêler, à séparer autant que réunir et mettre en relation. Ce travail contribue ainsi à établir d'éventuels liens de causalité entre des régions du corps où dominaient des restrictions de mobilité et des symptômes ; le toucher ostéopathique participe à éclairer et à faire sentir à la personne ces (ses) relations internes.

Une tension juste entre *articles* amène un autre équilibre. Parfois des forces opposées étaient appliquées sur une même structure. L'ostéopathe sent cet état contrarié, freiné, figé... De son côté, le patient exprime par ses maux et ses mots qu'il vit une situation intérieure (analogue) contrariée, freinée, figée... Il livre spontanément ce témoignage quand le soin l'incite à se re-tourner vers le dedans (*introversio*) de son être de chair.

Ce lien, ce fascia, dégagé, libèrera sa posture : sa tenue sera favorisée. Il pourra dans cet éveil, à sa guise, se relâcher sans crainte de tomber, se détendre sans appréhension de tout « laisser tomber », (se) re-fléchir, bref se poser.

Il a fallu s'insinuer jusqu'à l'extrémité du lien pour le dénouer ; les patients évoquent, d'ailleurs, régulièrement, des sensations de nouure. Délier pour relier, séparer pour réunir. Desserrer certaines fibres et les laisser se relier au cœur du mécanisme. Délier pour libérer le geste. Lier et délier les os et la parole ; les lier à la vitalité, à l'expression, à la connaissance afin que déliés, ils puissent d'être offerts.

Dans cet acte, pour vivre ce voyage, aucune croyance n'est exigée. Seule, et ce n'est pas la moindre affaire, la confiance doit régner dans le cadre, sur la scène de cet acte ; une connivence humaine simple de deux acteurs semblables y contribue.

Tisser ce lien demande d'éveiller la sensation, de se mettre à l'écoute et dans le silence. Alors l'être, avec cette reliure, peut accueillir, lire, la parole comme l'énergie au cœur du corps.

Ce lien permet de suivre sa voie, d'entendre le langage du corps. Il est au cœur de notre être. Il nous mène à vivre, à nous mouvoir, nous exprimer dans le monde comme à pénétrer l'univers intérieur ; il nous autorise l'action comme nous incite à la contemplation. Fil à plomb et fil d'Ariane, mais toujours fibres vivantes et précieuses quand ils savent rester souples, élastiques, adaptables. Trop souvent, il est une « corde » sur laquelle on tire » ou nous cramponnons et nous retenons tant la vie est rarement « un long fleuve tranquille » !

Vivre avec ce lien, le suivre, nous permet de trouver ou retrouver du mouvement, du sens. Ce lien quand il demeure souple, libre, met en relation en nous les *articles* de notre être. Il convient d'être vigilant à ce qu'il ne les tirent pas fortement au risque de nous attacher dans ce lieu de la traction. En effet, nous habituant à tout, cette tension qui nous affecte peut devenir propre et devenir un habit quotidien familier, tolérable et attiré. Il est préférable plutôt qu'il éclaire, qu'il révèle, qu'il crée des coïncidences et des résonances. Il est intrinsèquement un terme médian, médiateur entre des opposés tels le yin et le yang, la tension et la détente, le volontaire et l'involontaire, le dedans et le dehors, l'individuel et l'universel, le relâchement et l'érection, la chute et l'éveil. Il unit et sépare. Il joue dans toutes les articulations. Il peut connaître le vide médian cher au taoïstes comme la tension extrême de la résistance acharnée.

Il rapproche les différentes acceptions du mot sens. Il collabore à la sensation, à la direction et à la signification de nos gestes.

Puisse l'ostéopathe sentir, goûter, entendre, voir, estimer le geste humain dans sa complexité et sa beauté.

L'acte ostéopathique a permis de dégager, dévoiler ces liens chez le patient. Son geste libéré, il est de l'apanage de celui-ci d'en apprécier la saveur, de leur en donner du sens et une pleine expression. Puisse leurs gestes et leurs paroles conserver ce liant qui donnera à leur présence, en leur propre lieu et dans le monde, sa consistance, son sceau.

Lege, lege, relege...et religa.

Lis, lis, relis...et relie.

Tout ce que vous délierez sur la terre sera délié dans les cieux.

Mt 18,18

9. L'acte mature

Cet acte nous apparaît aujourd'hui dans sa maturité comme d'une grande simplicité. Il s'est dégagé de la volonté. Il se déroule naturellement. Soigner de cette manière là peut sembler déconcertant à l'égard de la thérapeutique conventionnelle, académique, hospitalo-universitaire, de l'evidence *based médecine*. L'évidence, ici, l'est réellement ! Elle s'assume même pleinement, car l'acte, bien fondé, bien construit, porté par la relation, se déroule dans le respect et dans une authentique honnêteté et humilité. Il est agité dans le lâcher-prise. Le praticien n'a quasiment rien à faire. Il se contente d'être juste, au bon endroit et à sa place.

Un tel acte, comme tout acte mature, paraît simple ; la technique n'apparaît pas. Il se développe simplement, naturellement. La technique présente retrouve en devenant art sa racine grecque *technê* ou latine *ars*. Devenus habiles (c'est-à-dire apte à ajuster, à adapter) et connaissant la manière de rétablir les justes rapports des choses, des os et des mots, nous sommes ainsi armés pour aider le patient à recouvrer en lui l'harmonie. L'étymologie encore nous ravie quand elle nous rappelle que la racine indo-européenne du « mot » est *°mu* symbolisant un son inarticulé. Cette habileté, cette simplicité dans l'acte, tout à l'écoute de ce qui se *dit* et s'articule, apprécie pleinement le silence (des organes) de la vie quand l'être sort de l'inertie.

Nous avons décrit ce cheminement et analysé sa structure, sa fonction, son unité et sa réalisation. Nous sommes obligé de constater que, de ce qui se passe dans ce soin, nous ne sommes pas entièrement conscient. Bien évidemment la demande et la guérison ne nous appartiennent pas ; nous nous mettons au service de. Le remède est élaboré dans la relation franchement médiatisé par le truchement du toucher. Nous essayons le plus possible de conscientiser, de nous représenter ce qui se passe dans cet acte et notamment sous nos mains dans la réalité anatomique du patient. Dans le développement de ce geste, force est de reconnaître, que nous avons souvent été, et sommes encore parfois « dans le brouillard » ; cela ne nous arrête pas pour autant, ni ne nous fait quitter notre posture soutenue par une certaine audace, à tenir le cap « dans la tempête » en direction d'un port ou d'une terre que nous estimons de meilleur aloi.

Dans cet acte mature, le praticien possède les outils ; ils sont intégrés à son geste. Il n'a plus le souci de chercher quel outil saisir face à la nouvelle situation qui se présente, ni de celui de bien le prendre en main. Il démêle plus rapidement les

situations compliquées. Il y voit plus clair dans la complexe organisation du corps et ses déficiences.

Par ailleurs, il est manifeste que dans la relation patient-thérapeute le dialogue qui a lieu concerne aussi la part de non conscient, voire de l'inconscient des deux protagonistes. On ne peut la nier. Comme on ne peut nier, surtout dans cet acte de toucher, l'existence du magnétisme. Or que celui-ci agisse, cela est à la « grâce de Dieu », dirons-nous ; mais notre travail ne concerne pas ce « fluide », ce phénomène. Personne ne sera heurté qu'un boulanger est du magnétisme ! L'illustre Ambroise Paré disait en son temps: « je le pansay, Dieu le guérit ».

La qualité de présence du thérapeute est un attribut que ce dernier peut, et se devrait concrètement de travailler et ainsi bonifier. Si infime soit la part de conscience, de maîtrise dans cet acte, ceux-ci doivent être l'objet d'une recherche ininterrompue. Sur cette scène, confiance et conscience ne cesse de dialoguer.

L'acte s'épanouit pleinement. Le médecin ostéopathe l'a déjà moult fois vécu. Il a accompagné des milliers de personnes dans cette traversée. Il sait faire le point rapidement, discerner les difficultés de cette route et tenir le cap pour aboutir à sa finalité. Il connaît la destination, le port que le patient peut atteindre et apprécie lui-même ce havre et cette demeure. Il estime la poésie de la vie et de la multiplicité des ressorts du vivant. Chaque cas est pour lui une nouvelle aventure qui pourra le surprendre. Le respect de l'autre et l'obéissance aux lois de la vie fortifient son acte. Il goûte le mystérieux fruit de la connaissance dans le silence. Il côtoie le jeu des *articles* de l'être et en perçoit la vibration. Il entend la résonance de *ce* qui cherche à s'articuler. Ainsi, dans le silence dans lequel le véritable travail¹ s'opère, nous encourageons et facilitons ce dialogue malaisé. Tel un médiateur ou un chef d'orchestre, nous favorisons l'entente des diverses parties désaccordées de cet ensemble. Le patient nous délègue volontiers cette recherche d'harmonie que sa corde intérieure, ce fascia, est devenue grinçante et douloureuse.

L'acte mature est toujours un acte d'humilité à vivre pleinement avec chaque nouveau patient.

Nous découvrons sans cesse que cet acte recèle de nombreux attributs de jeu.

¹ « Le vrai travail se fait dans le silence » Itsuo Tsuda .

IV - EPILOGUE

Au terme de ce travail de mémoire, de ce témoignage de ce qui constitue notre acte, un mot émerge naturellement : **entre**. Il exprime à la fois l'idée de réciprocité, de rapport et celle d'intervalle, d'espace ou de temps, séparant des personnes et des choses. Nous estimons poser notre geste en ce lieu d'articulation potentielle et plurielle. Notre aptitude à restaurer ce lien - qui ne nous appartient pas - et, en des régions lésées, inertes et tourmentées, laisser surgir son activité naturelle, est pure technique. Cet art est permis une fois qu'un cadre, une relation, une confiance sont instaurés. Notre présence nourrit notre toucher. Notre geste est habile à trouver la manière de rétablir, entre deux *articles* de l'être, entre deux pièces de son anatomie, un lien vivant qui apportera à l'ensemble du mécanisme un soulagement. Cette recherche conduit le médecin ostéopathe à être présent entre polarités souvent opposées. Cet acte global nous amène à tenir une posture à la charnière du sain et du morbide, de la partie et du tout, du subjectif et de l'objectif, du tangible et de l'impalpable, du corps et de l'esprit, de l'individuel et de l'universel. Entre maux et mot, entre mouvement et parole, inertie et non *dit*. Nous entrons via le fascia dans cette complexité où « tout se tient ». Nous discernons comment, dans le corps du patient, dans ce temple, dans ce livre, ces divers liens s'enchevêtrent. Nous contribuons par notre geste à susciter sur cette trame un dialogue. Par celui-ci, dans cette communication restaurée, dans ce jeu et par cette articulation, le remède naturel se manifeste. Cette corde retrouve une autre sensibilité, une autre tension, une autre vibration. Délignée, libérée de traction unilatérale, elle devient lieu d'échange. Elle retrouve sa fonction de connexion et sa position médiane dans le système complexe qu'est la personne humaine. La présence du praticien est primordiale pour côtoyer ces lieux troublés, pour déjouer la confusion et la més-entente qui règnent sur cette toile et entre-tiennent une dysharmonie propice à la souffrance. Sa patience est sollicitée ensuite pour parvenir à trouver dans ce terrain meurtri un autre accord. Pour tenir justement ce lien et suivre ce fil conducteur, solidité, ouverture et éveil tout azimut sont de mise. L'ostéopathie, ainsi, invite les deux protagonistes de cet acte, à un véritable travail du corps et de l'esprit. Sous ce nouvel éclairage intérieur et dans ce jeu articulaire recouvré, le patient a l'occasion de se resituer dans son histoire et sa géographie personnelles. Le voici dans un autre équilibre, libre.

Tenir et suivre ce lien (fascial) permet d'approcher les causes (raisons) biomécaniques de la lésion et de re-poser le mécanisme (la machine) sur des bases saines, naturellement harmonisantes. Conjointement, cet acte offre un regard plus frais et clair sur les causes (raisons) psychiques qui provoquent et maintiennent la traction, la tension de ces fibres humaines sollicitées dans cette souffrance. En ce lieu, cet intervalle, ce carrefour, quand détente et quiétude s'installent et sont ressenties, des liens peuvent advenir et s'exprimer. Ces rapprochements, ces

analogies, ces relations s'entretiennent à l'endroit où silence et parole, union et séparation s'équilibrent. Cette dialectique découvre la polysémie du mot sens (sensorialité, direction et signification). Cet échange et cette rencontre résonnent au cœur de l'être, entre ses diverses polarités. Le patient peut contempler cette collaboration et accueillir au cœur de son être cette activité curatrice.

Dans cette traversée vers ce port et cette terre retrouvés, l'ostéopathe est accordeur, mécanicien, horloger, restaurateur, lavandier, conciliateur, passeur... « Le goût des autres », du vivant et de la vie l'accompagnent. Dans cet entre-deux souvent malmené, il se doit de ne pas juger, de ne pas interpréter. Il est juste entre-metteur, intermédiaire ; parfois avocat ou traducteur le plus fidèle possible de maux du patient. Il interprète un texte qu'il déchiffre, qu'il lit. Il aide le patient à re-connaître sa nature, sa matière, son souffle, son énergie, son jeu. Il veille à laisser se dire *ce* qui se passe dans ce contexte. Dévoilant des liens torves, il permet à l'auteur de révéler son œuvre. Il est ainsi trait d'union. Son geste lui demande d'épouser les diverses qualités de ce lien. Il en connaît les attributs de toutes sortes. Sans jamais lâcher la biophysique et la biodynamique de l'anatomie humaine et quelle que soit sa situation, il doit être apte à rester disponible, centrer et toujours à l'écoute. Il lui est demandé d'être au plus près de la réalité charnelle perturbée, d'en percevoir les maillons inertes sans perdre contact avec la globalité et la vitalité du patient. Cette proximité, cette intimité est corollaire d'une distance et d'une neutralité. Il a instauré jusqu'entre ses mains un lien, plus exactement un lieu de confiance. Cet espace est pleinement habité de clarté, de chaleur, de calme et de silence. Ses mains tiennent deux éléments anatomiques entre lesquels adviendra une résolution tissulaire et s'établira un lien vivant. Grâce à cette habile et respectueuse prise en mains, dans cette écoute et cette considération, le patient dispose de l'opportunité de s'écouter, de s'entendre, de se détendre, de se libérer de charge, de pression, de tension parasites. L'aptitude de l'ostéopathe est d'apporter précisément de nouveaux points d'appui qui incitent l'organisme à fonctionner physiologiquement. Dans ce cheminement le concours du *fulcrum* est prépondérant ; *fulcio amicum* écrivait Ciceron. Notre geste contribue à inciter le patient à entrer dans cet entre-deux, cet antre. De lui-même, alors, recouvrant son propre jeu, sa Nature, il peut quitter ses afflictions, ses dommages et ses tourments.

L'ostéopathe se doit d'ajuster en permanence son attitude et son geste. Sa vigilance porte autant sur l'univers interne du patient que sur le sien. Nous disons de manière simple qu'entre nos mains, il y a autant le patient que nous-mêmes !

Sur cette scène, où notre acte se réalise, l'acteur, l'auteur principal est le patient. Cette recherche et cette découverte des liens et de leurs jeux lui appartiennent exclusivement. Nous nous mettons à la disposition d'une meilleure diction, d'une

articulation plus aisée, d'une mise en mouvement et en mot plus fluide. Nous contribuons à atténuer la prééminence du contexte - le climat dans lequel s'installe les troubles. Nous invitons le patient à dire son propre texte et à rencontrer son propre livre. Notre présence est au service de cette entre-prise. Notre acte (geste et parole) participe à assembler (cueillir) des paroles et des mots, des mouvements et des os. Il peut rendre lisible, audible ce qui en ces lieux se terre (se tait). Il suscite l'écoute du *dit* - « la parole au cœur du corps¹ » - ou simplement éclaire, éclaircit le lieu de vie, l'habitat premier qu'est le corps. Il se fait volontiers le guide de l'intériorité, de cette terre parfois non cultivée, voire restée *terra incognita*. Cette conscience et ce *senti* du corps encouragés pendant le soin montrent à la personne les *articles* dont elle possède l'usage. Ce langage corporel et verbal, ce *dit*, ce geste, s'apprennent ; nos soins peuvent apporter des éléments de vocabulaire et de grammaire.

Notre acte de médecine ostéopathe est pertinent s'il aide la personne à retrouver en elle ce lien, ce jeu, cette respiration. Nous apprécions qu'en fin de séance le patient reconnaisse en lui la perception naturelle d'« être debout » (*°sta*) en équilibre (*sista*, « poser dans une balance »). Pour conduire le patient à ce terme, nous avons juste été présent à côté de lui, en immisçant notre esprit et nos mains en ce lieu, d'articulation, de passage, d'équilibre et de dialogue, où réside l'union et la rencontre du souffle, du mouvement, de la matière, de l'énergie et du rythme. Un instant humble trait d'union en ce Vide médian cher aux anciens Chinois. Cette aventure est renouvelée et différente à chaque nouvel acte. Assister quotidiennement à la répétition de petits instants de merveilleux et d'apaisement nous conforte dans notre intention thérapeutique de laisser agir. Merci à tous les patients qui nous ont fait confiance. Et merci à l'Amour qui nous entoure.

¹ *La Parole au cœur du corps*, Annick de Souzenelle, Albin Michel, Paris, 1993.

V - ANNEXES

1. Annexe 1

Article personnel paru dans Ostéos de France (novembre 2005)

Être « débordé »

À la lecture de l'excellent, utile et clair article du Dr Didier Feltesse, je souhaitais réagir à partir de sa dernière phrase.

Pour tenir justement en main son outil thérapeutique, le médecin ostéopathe – tout comme l'ostéopathe non-médecin – doit, me semble-t-il, organiser sa vie – professionnelle – afin « d'avoir le temps de prendre son temps », au moins pour écouter et soigner ses patients. Ne disposant pas de ce temps, de cette tranquillité, il risque, de mon point de vue, de se mettre en « porte-à-faux », de tricher. L'art ostéopathique - si utile aux corps stressés d'aujourd'hui - ne peut s'inscrire dans cet emballement, ce « débordement » dont Didier parle. L'ostéopathe ne peut s'essouffler, ne peut se « mettre entre parenthèse ». L'ostéopathie n'existe qu'avec l'ostéopathe.

Débordés, nous travaillerons mal et nous nous blesserons (un mécanisme de compensation s'installant pour contrer ce débordement). À chacun d'être conscient de son « débordement » et des conséquences que celui-ci implique dans sa pratique. Notre présence témoigne de notre attention à l'être. La pratique de l'ostéopathie ne nous permet pas d'être « hors-bord » - conférer l'étymologie qui éclaire les mots en leur redonnant un sens premier, simple. L'ostéopathe ne peut « s'oublier », se « mettre en dehors ». Demandons-nous alors ce qui déborde ; celui-ci se situe-t-il dans le temps ou dans l'espace ? Une des aptitudes de l'ostéopathe réside dans sa capacité à être pleinement présent. Le « débordé », à l'instar du « tonneau troué » - image qu'utilise Socrate discourant avec le sophiste Calliclès pour lui montrer les avantages d'une vie harmonieuse et ordonnée - prend le risque de quitter le sujet et l'objet de son intérêt premier qui doit demeurer la connaissance sensible du vivant. Il s'agit là d'un choix de mode de pratique. Il s'agit aussi de respect de soi autant que de l'autre. Nonobstant, cette attention nous permettra de rencontrer nos limites – ô combien utile à connaître dans un acte thérapeutique. Il s'agit aussi de cohérence. Soulager ses patients en allégeant leurs tensions ne devrait pas être source pour nous de désordre et de dysharmonie.

2. Annexe 2

Résumé d'une intervention personnelle au 1^{er} congrès de Psychophonie* en décembre 2005

OSTEOPATHIE ET PSYCHOPHONIE

Ostéopathie et Psychophonie, deux pratiques hautement compatibles et synergiques, où la sensorialité occupe une place centrale.

Ces deux approches *touchent* l'être par son corps dans sa globalité et appuient leurs actions propres sur la capacité intérieure de la vitalité de l'individu. Si l'être est ici, considéré comme une unité de fonction, il a la possibilité, là, de vivre celle essentielle qu'est l'expression. Si le guide de l'ostéopathe est le mouvement, le « phare » de la psychophoniste est la qualité du son. À l'instar de l'interdépendance réception-émission, nous connaissons en ostéopathie celle de la structure et la fonction.

Les stages de psychophonie étendirent la connaissance du vivant, que ma pratique me procurait, à celle du corps dans sa dimension sonore. Mais surtout ils me permirent de relier la réception à l'émission et de faire chanter et découvrir des espaces corporels qui ne demandaient qu'à vibrer. Avec la psychophonie je pus vivre le plaisir, le jeu, la simplicité du vivant sonore et constatais qu'une physiologie et une éducation du geste sonore existaient. J'avais toujours été convaincu de l'indispensable travail personnel intérieur du thérapeute ; la psychophonie m'en proposait une forme véritable.

La référence pour un praticien de médecine naturelle, c'est le vivant. Quand l'ostéopathe vit en lui la réalité d'une fonction, la physiologie alors prend du corps, a du goût, le mouvement un sens et la voix un timbre. Il rencontrera alors différemment dans la profondeur des tissus de son patient les troubles que sa main cherchera à dévoiler. Son écoute comprendra plus intimement le dysfonctionnement.

En ostéopathie comme en psychophonie, le remède est proposé aussitôt le diagnostic posé.

* « La psychophonie est une démarche auto-expérimentale d'harmonie vitale utilisant, à la faveur de la voix parlée et chantée, les correspondances entre l'Homme, les Sons, les Rythmes et le Verbe, créant patiemment une synthèse personnelle de connaissance et d'équilibre ».

Pour libérer la voix à l'écoulement des flux vitaux le sang comme le son -, un ajustement du corps, de l'instrument, semble nécessaire.

L'ostéopathe cherche à redonner du mouvement, du jeu dans le mécanisme respiratoire et locomoteur de l'organisme. Pour y parvenir et parfaire son geste, le praticien doit être également à la recherche de son équilibre. Avec mon corps sonore désormais conscient, les souffrances des patients résonnent différemment en moi et mon travail «d'accordeur» s'enrichit de propositions thérapeutiques qui mêlent au mouvement le souffle sonorisé Mais il ne suffit pas de restaurer la mobilité pour que le corps recouvre de lui-même la fonction juste ; une démarche ré-éducative est nécessaire. L'ostéopathie met en mouvement un vécu sensoriel intériorisé invisible que la psychophonie rend parlant, chantant.

Mouvement et vibration sont deux aspects de l'expression de la vie. Parler, c'est aussi articuler. Ce jeu se rencontre dans la voix et s'épanouit dans le chant. Psychophonie et ostéopathie combinées contribuent à l'épanouissement et à la conscience de la personne. Si l'ostéopathie est plus traitante, la psychophonie est plus éducative. Auprès de l'ostéopathe comme de l'homme la psychophonie demeure une heureuse partenaire.

3. Annexe 3

Intervention personnelle dans ce cadre d'*OSTEO-PRATIQUE*, au dernier séminaire de synthèse clinique (juin 1999 et 2000)

« *POURQUOI JE NE VOUS PRESENTERAI PAS DE CAS CLINIQUES ?* »

La pratique reposant sur une conviction intime rencontrera le vivant plus aisément qu'une pratique guidée par la seule croyance théorique.

Ainsi la pratique sera nourrie et enrichie quotidiennement par la connaissance et non par le savoir

Afin d'éprouver cette vie, de rencontrer son intériorité, de s'accorder avec soi, il me paraît nécessaire de se mettre régulièrement dans un exercice personnel dans lequel cette rencontre existe. S'y mettre et y consacrer du temps me semble essentiel ; surtout si nous désirons tenir une médecine de l'Être. Cela est un vrai travail. Cette faculté là se conquiert seul ; - la Faculté de Médecine ne nous ayant délivré qu'une possibilité d'exercer ! Cette fonction de l'Être (faculté) est notre seul pouvoir. Ici préside la vertu de l'exercice. La conscience mérite d'être cultivée.

Notre travail thérapeutique est de retrouver avec l'Être souffrant les premières causes, c'est-à-dire le Principe (ou cette Nature en nous). Ce Principe agissant en nous, découvrons le, sentons le, vivons avec. Rencontrons le en nous avant de le retrouver en l'autre. Sinon, soit nous aurons des difficultés à le sentir chez l'autre, soit ne le sentant pas en nous mais seulement en l'autre, nous resterons accroché (tel un virus) à l'autre, ou encore serons-nous fatigués sans comprendre pourquoi. Peut-être pourrons nous, alors, saisir alors le Principe Actif du soin ostéopathique. Telle est la fabuleuse nécessité intérieure que l'ostéopathie nous demande de tenir ? Merci à Still et aux autres !

Portant soin et cherchant à ce que les patients rencontrent en eux le remède, certaines aptitudes sont, pour y parvenir, requises. Il convient notamment d'être doté de patience, de pouvoir rester calme, accueillant, solide tout en étant le plus conscient possible. Il s'agit d'explorer un territoire inconnu sans se perdre. Ici, la capacité, à tenir un point de vue centré, me paraît importante à développer. Si la carte (le savoir anatomique) nous est utile pour nous repérer, il est conseillé pour découvrir la région de « lever le nez » et de quitter la carte des yeux. La carte n'est pas le territoire ! Découvrons par nous-mêmes.

Dans cet acte, nous ne pouvons nous extraire du paysage que nous observons. Cela les physiciens le reconnaissent. Louis Vernet - directeur d'une antenne CNRS - écrit dans *Sciences et Avenir* : « Nous sommes à la fois des objets légitimes pour les sciences que nous avons créés et des sujets qui vivent, aiment, rêvent, créent et interprètent ». Autrement dit, nous ne pouvons être à la fois dans la piscine et au bord de la piscine !

Je compare souvent une séance à une navigation. Je me laisse guider. Dans cette aventure - et je l'accepte même - il m'arrive de me perdre, de faire fausse route, de risquer de tomber à l'eau. C'est une lutte. Ici ma capacité à faire le point, à tenir bon la barre et le vent sans perdre mon souffle, à pacifier mes réactions, constituent de précieux atouts, dont ma main soignante dispose et qu'elle offre à l'autre. Sur cette route, la projection est toujours un écueil. Je prends d'ailleurs aujourd'hui, avec l'expérience, beaucoup moins de coups ! Je parviens plus facilement à me détacher du symptôme, - il arrive souvent que dans le cours de la séance je l'ai complètement oublié !

Ainsi je ne m'intéresse pas - plus - à la maladie ; laissant celle-ci demeurer l'objet de la médecine hospitalo-universitaire. Dans mon objectif j'ai le Sujet avec sa demande de mieux-être. Alors son cas m'intéresse pleinement. Son cas, c'est-à-dire sa façon de chuter - comme l'étymologie peut nous inviter à l'appréhender quand elle nous enseigne que *cadere* signifie tomber. Ce mot - cas - n'entra dans le vocabulaire de la médecine qu'au XVIII^e siècle. Comment le patient se porte, la charge qu'il éprouve, comment son fardeau le ploie, cela m'intéresse. C'est mon boulot d'ostéopathe. Je m'attelle à être un révélateur et un *dévoileur* des tissus tourmentés de l'Être. Chaque cas est éminemment intéressant et sera traité de façon singulière, différemment par chaque thérapeute selon sa présence de l'instant et son expérience. Dans cette optique on est d'ailleurs tous tordu, mal foutu, tous des cas d'espèces ! Nous sommes tous des cas cliniques ! Si j'ai conscience de mon propre cas, alors il m'est plus facile humainement de considérer humblement le cas de l'autre. J'entends régulièrement : « Que pensez-vous de mon cas ? » ou « Vous en avez déjà vu des cas comme moi ? ». Quand, grâce à la prise en charge, le patient reconnaît sa manière de se porter, de se charger, alors son cas n'est plus un cas médical. Probablement que les plus « beaux cas » que j'ai approchés, je ne les revois plus ; ils sont libérés. Les bien portants fréquentent moins les cabinets médicaux ! En outre, « si je savais raconter des histoires », c'est le dedans de l'acte ostéopathique, le cheminement vers la lésion qu'il m'aurait plu de vous narrer. Difficile de retracer précisément ce cheminement. C'est à chaque fois une aventure nouvelle, singulière. Les quelques techniques, lieux du corps que je note sur mes fiches sont à peine les pointillés du cas que la médecine aime découper ! Ces annotations - telles des

notes de voyage - ne sont utiles qu'à rendre compte d'un vécu, comme on note un rêve, qu'à clarifier un niveau de conscience et de pratique. Cette connaissance rencontrée n'est pas une affaire de mémoire. Cette connaissance est celle des Principes. Là, il s'agit du vécu d'un immédiat. Et ici, je ne m'observe pas. De surcroît, un jour un individu éclairé m'a dit: « Ne t'attache pas au résultat de tes actions »... D'ailleurs, souvent, je n'ai pas le retour. Et si je l'ai et qu'il est positif pour la personne, est-ce vraiment l'ostéopathie qui en est la cause ?

Ainsi intéressons-nous à notre cas, à notre manière de vivre la gravité de notre situation entre Ciel et Terre.

Afin que notre instrument perceptif fonctionne dans un état de réceptivité et que nos mains éclairent avec chaleur les zones en souffrance, il convient de respecter certaines conditions. Dès le début de la consultation je cherche à éveiller l'état de réceptivité, notamment en rompant avec l'attitude médicale classique. Le cadre extérieur a aussi son importance : rare appel téléphonique, rendez-vous suffisamment long, espace propice au calme... Cela pour pouvoir écouter, entendre dans le silence intérieur.

J'ai pris l'habitude de noter sur mes fiches *in extenso* les mots de la plainte des patients. Ensuite, à chaque séquence du soin j'oublie les informations reçues. Je ne cherche pas à les retenir. La cohérence, le lien est dans le corps du patient, pas en moi. Cela, il doit le sentir. Ainsi ses maux - perte de mobilité - recouvreront peut-être un sens, une direction.

De notre posture, nous réceptionnons la posture du patient. Mais ce qui prime, c'est l'Autre. Pour cela, il faut pouvoir mettre de côté notre petit ou notre gros moi, taire nos bavardages intérieurs - oublier les théories - .

Entrons dans l'exercice et apprécions notre enracinement, notre ouverture, la liberté de notre souffle, la qualité de notre animation intérieure, nos ressources énergétiques, l'état de notre esprit, nos capacités à nous concentrer, à unir tout cela, à tenir un point de vue centré. Bref, notre jeu corporel, notre équilibre du jour. Dans, par, grâce à l'exercice pour soi - hors champ médical - je peux rencontrer l'in, le non connu. Alors je pourrai accepter de ne rien chercher de connu en l'autre. Si cette part n'a pas de place en moi, je ne saurai quitter la seule cohérence théorique. Par exemple, concernant la globalité, il est admis que l'idée d'une théorie du tout participe de cette marche générale de la Science vers l'Unité. Ma conviction est qu'il est nécessaire de rencontrer, de vivre en soi cette expérience de la recherche de l'Unité. Quel que soit l'exercice pratiqué, il est l'occasion de cette mise à l'épreuve. Sachons goûter cette mise en mouvement en nous, cette animation intérieure.

Donc, dans le soin pas de « prise-de-tête », pas d'effort de volonté, pas de souci ; juste mes mains qui tiennent une prise et l'esprit disponible. Redécouvrons les Simples !!

Réceptionner, c'est aussi prendre le risque d'être touché. Le comble de l'ostéopathe serait d'avoir les « pattes coupées » parce qu'il serait touché !

Le cadre, l'espace, l'ambiance, l'atmosphère de la consultation doivent refléter notre attention à l'autre; afin d'obtenir aisément l'installation d'une réceptivité réciproque. Comment je regarde l'autre ? Quel corps je perçois ? Mon regard est modifié selon comment je suis posé et situé en moi. Je suis dans le même espace que l'autre. Mon attitude doit correspondre à un état de recueillement (des données cliniques du cas présent). N'oublions pas que ce corps, dont nous appréhendons la tenue, n'est que la partie matérielle d'un « Etre animé ».

Sa posture indique comment le sujet se place dans l'espace ; elle est le reflet d'une attitude intérieure.

Je suis attentif le plus possible au lien entre mon geste et ma parole. Car notre acte gestué est le prolongement de la parole. Les mots que je mets sur tel ou tel mal doivent être précis et conscients. Je rejoins Bruno Geoffroy qui dit: « nommer, définir ce que nos doigts font est un « rail de sécurité » pour l'ostéopathe comme pour le patient ». En ce qui me concerne, je nomme l'anatomie, sa situation lésionnelle et fonctionnelle dans l'espace. Ici des guides majeurs sont l'honnêteté sur mes sensations, la précision et l'attention portées à leur description. Car si le développement de nos perceptions gonfle notre sentiment de toute-puissance, c'est qu'on fait fausse route ; par contre si elle augmente notre humilité, alors elle relaxe.

Ne pas faire ce qu'on ne sait pas faire, mais ce contenter de trouver la prise adéquate dans cette circonstance (celle-ci n'est, d'ailleurs rarement le canon ostéopathique !)

Même si je capte vite la lésion, j'évite de m'y précipiter. ; un réflexe de défense risquerait d'être suscité. Il convient de laisser se créer un espace libre entre le patient et le thérapeute. Il faut pouvoir tenir, sentir et toujours écouter ce qui se passe, même dans les zones de turbulences, de trouble. Pour partir à l'écoute de l'involontaire, il faut en être apte - en avoir la faculté.

Pour chaque cas il est nécessaire de conserver le regard centré. Ce point, ce lieu, ce moment centré est trouvé dans mon équilibre de l'instant. Celui-ci, pour qu'il fonctionne se situe dans le silence ; dans l'écoute, dans un éveil tonique qui permet d'unir concentration, énergie et pensée.

Il convient - et cela se travaille - de pouvoir tenir et d'être capable d'y demeurer quelque soit la densité, plus ou moins tourmentée, de la lésion rencontrée. Comment j'encaisse celle-ci me semble important à conscientiser. Le travail

corporel, la méditation, la conscience de mes propres troubles émotionnels, la confiance réelle et intime dans les processus naturels d'autorégulation ont été et sont toujours mes guides.

J'essaye de rester attentif tant à l'autre qu'à moi. Quand un accord aura été trouvé entre les deux protagonistes (le patient et l'ostéopathe), c'est que ce sera créé un espace ouvert de liberté entre les deux ; espace dans lequel la résolution tissulaire pourra advenir. Dans ce cheminement vers la lésion, et auprès d'elle, je développe donc ma tranquillité. Elle m'est nécessaire - d'autant plus que je suis sensible (malgré moi) dans mes tissus à la souffrance de l'autre.

C'est dans la relation, dans cette rencontre que la blessure enfouie se révèle et peut entamer sa cicatrisation.

Quasiment jamais la présentation d'un cas clinique ne m'a aidé à développer ma pratique.

Entrons dans cette relation entre le sensible et le caché aurait dit Paracelse. Ici nous n'avons pas le droit d'interpréter les choses visibles selon « notre opinion », « notre jugement », mais nous devons les laisser « sur leur base », leur fondement, c'est-à-dire aux Principes primordiaux. L'un de ces principes vitaux ne serait-il pas l'*anima*, l'animé ?

C'est une démarche et un regard d'ordre traditionnel que je cherche à tenir. Pascal a dit : « Les principes se sentent, les propositions se concluent ».

Difficile, voire impossible - pour moi - de me situer dans ces deux champs à la fois. Les règles du jeu dans lequel je cherche à être ne s'accordent que rarement aux règles de l'esprit scientifique qui prévalent aujourd'hui. Voilà pourquoi je n'ai pu présenter de cas clinique.

Je recherche avant tout l'état naturel de l'homme, c'est-à-dire la santé.

Pour moi, ostéopathe, l'étalon c'est l'équilibre.

L'acte thérapeutique est une rencontre de l'instant. Qu'importe le chemin emprunté pourvu que vous cheminiez avec l'Etre. Pour soutenir cet accompagnement, l'exercice personnel me guide, me corrige. Car il convient d'ajuster, d'être conscient de la sensibilité - la précision - de la balance, de l'instrument perceptif.

C'est dans l'exercice, dans les actes, les gestes quotidiens que l'intégration des connaissances à notre vie se réalise. Cette qualité intérieure, le patient la capte ; vos mains en témoignent. Car si vous percevez l'autre, lui aussi vous perçoit. Il sentira autant votre tranquillité, votre stabilité, votre confiance que votre agitation, vos hésitations, vos doutes. Quels que soient mon état, mes maux, mes difficultés, je cherche la justesse et suis conscient de n'apporter au patient qu'une petite contribution. Ce qui se passe de bon ne m'appartient pas, voire me dépasse.

Le respect, l'assise sur les principes et la patience m'accompagnent sur cet voie ; mon travail est d'y demeurer et d'offrir cette présence à l'autre.

Rollin Becker a dit: « Nous contactons la structure, mais nous percevons la fonction ».

L'important, c'est la fonction.

L'essentiel, c'est l'Etre.

A chacun de vous de trouver son exercice. Celui-ci peut revêtir maints aspects.

L'acte ostéopathique est avec chaque patient une création.

4. Bibliographie

- Anzieu D. *Le Moi-peau*, Dunod , Paris, 1995.
- Bachelard G. *La poétique de l'espace*, PUF, 1981.
- Bellet M. *L'écoute*, Desclée de Brouwer, Paris, 1989.
- Berger E. *Le mouvement dans tous ses états*, Ed. point d'appui, Paris, 1999.
- Bernard Claude. *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Morceaux choisis, Gallimard.
- Bochurberg Cl., *Jeux de main, jeux de vie*, Seuil, Paris, 1983.
- Bois D. *La vie entre les mains*, Trédaniel, Paris, 1989.
- Bonnaud P. *Le corps dans l'espace*, mémoire de licence de psychologie clinique, Censier Paris VII, 1983.
- Borel H. *Wu Wei*, Trédaniel, Paris, 1995.
- Campignon Ph. *Les chaines musculaires et articulaire ; concept G.D.S.*, ISBN, Bruxelles, 2001.
- Canguilhem G. *La connaissance de la vie*, Librairie philosophique J. Vrin, Paris, 1998.
- Cheng F. *Le dialogue*, Desclée de Brouwer, Paris, 2002.
- Dachez R. *L'histoire de la médecine*, Tallandier, Paris, 2004.
- Dolto F. *L'image inconsciente du corps*, Ed. du Seuil, Paris, 1984.
- Duval J.A. *L'ostéopathie fondamentale*, Sully, Vannes, 2004.
- Eyssalet J.M. *Shen ou l'instant créateur*, Trédaniel, Paris, 1990.
- Fédida P. *Lieux du corps*, Nouvelle Revue de Psychanalyse n°3, Gallimard, Paris, 1971.
- Foucault M. *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963.
- Gonzalès J. *Initiation à l'histoire de la médecine*, Ed. Heures de Œil, 1997.
- Issartel L. et M., *L'ostéopathie exactement*, Laffont, Paris, 1983.
- Janssen T. *La solution intérieure*, Fayard, Paris, 2006.
- Jullien F. *Nourrir sa vie*, Seuil, Paris, 2005.
- Jung C.G. *Commentaire sur le Mystère de la Fleur d'Or*, Albin Michel, Paris, 1979.
- Kamenarovic I.P. *Agir, non agir en Chine et en Occident*, Cerf, Paris, 2005.
- KLotz H.P. *L'homme malade*, Mercure de France, 1977.
- Labonte M.L. *Au cœur de notre corps*, les Editions de l'Homme, Montréal, 2000.
- Lavier J.A. *Médecine chinoise, médecine totale*, Grasset, Paris, 1973.
- Leloup J.Y. *L'enracinement et l'ouverture*, Albin Michel, Paris, 1989.
- Merleau-Ponty M. *L'œil et l'Esprit*, Gallimard, 1964.
- Montagu A. *La peau et le toucher*, Seuil, Paris, 1979.
- Naori A. *L'enfant porté*, Seuil, Paris, 1982.
- Pankow G. *L'homme et sa psychose*, Aubier Montaigne, 1969.

- Prigent Y. *Vivre la séparation*, Desclée de Brouwer, Paris, 1998.
- Robinet I. *Histoire du taoïsme des origines au XIVème siècle*, Ed. du Cerf, Paris, 1991.
- Rolf I.P. *Rolfing : The Integration of Human Structure*, Santa Monica, CA, Dennis-Landman , 1977.
- Sami-Ali, *L'espace imaginaire*, Gallimard, Paris, 1974.
- Schwaller de Lubicz R.A. *Le temple dans l'homme*, Dervy-Livres, Paris.
- Schilder P. *L'image du corps*, Gallimard, 1968.
- Souzenelle (de) A. *La Parole au cœur du corps*, Albin Michel, Paris, 1993.
- Still A.T. *Philosophie de l'ostéopathie*, traduction Madeleine Veyrat.
- Steichen R. *Dialectique du sujet et de l'individu*, Academia Bruyland, Louvain-la-Neuve, 2003.
- Sutherland A.S. *Avec des doigts qui pensent*, l'histoire de W.G.Sutherland.
- Tomatis A.A. *La nuit utérine*, Stock, Paris, 1983.
- Tidière P. *Jactatio capitis nocturna, approche ostéopathique*, mémoire de DO. Aix-en-Provence, 1998, in Apostill n°8 2001.
- Toustain J. *Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique*, ProEdit, Marseille, 2006.
- Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975.
- Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969.

Dictionnaires :

- *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Le Robert, Paris, 1994..
- *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2000.
- Gobry I. *Le vocabulaire grec de la philosophie*, Ellipses, Paris, 2000.

Séminaire et congrès :

- *Doute et certitude*, séminaire S.F.T.G Avignon, juillet 2005.
- *Ostéopathie et psychophonie*, congrès international de psychophonie, Aix 2005

Résumé :

Un acte se pense, se construit, s'élabore. Toute pratique s'étaye sur des perceptions, des représentations, des théories, des fondements conduisant à des modalités d'application et à des fins.

Le geste ostéopathique, mêlant diagnostic et traitement, demande au praticien un éveil des sens, une disponibilité et une présence renouvelés à chaque consultation. L'ostéopathe, ainsi, capte et discerne en chaque être humain, à travers l'anatomie, la qualité de la diversité de ce qui s'y articule et respire.

Offrir un cadre, une relation, un toucher, permettant au patient de trouver ou retrouver ce qui se joue entre les différents *articles* et parties de son être, constituent l'habile mission du médecin ostéopathe.

Cet acte global engage pleinement les deux protagonistes ; ensemble, chacun à sa place, en dévoilant les dysfonctions de cette matière, de cette structure, ils assisteront à la restauration de la dynamique vitale autonome. Dans cette relation vécue en conscience toutes sortes de liens peuvent, alors, se révéler. Le geste ostéopathique à sa maturité s'avère d'une étonnante simplicité et d'une efficacité durable ; il conduit naturellement à une médecine préventive.

Mots clés : ostéopathie, acte global, conception, involontaire, médecine de l'être, articulations, sens, geste juste, liens.

Summary :

An act is thought, it is assembled and elaborated. Any kind of practice is supported by perceptions, representations, theories and foundations which lead to modes of applications and to purposes.

The osteopathic gesture which combines diagnosis and treatment requires that the practitioner's senses be awake, that he should be on the alert and present, again and again, for each patient. Thus, the osteopath catches and perceives in each human being ; through their anatomy, the quality of the diversity of what is jointed and of what breaks.

To offer a frame, a relationship, a touch, which will enable the patient to discover, or to rediscover, what is happening between the different *articles* and parts of his or her being, all of this makes up the skilful mission of the osteopath practitioner. This global act commits the two protagonists totally ; together, each in his place, by unveiling the dysfunctioning of this matter, of this structure, they will take part in the restoring of the autonomous vital dynamics. In this relationship, to be lived consciously, all sorts of links may then be revealed.

The osteopathic gesture in its fullness proves surprisingly simple and lastingly effective ; it naturally leads to a preventive medicine.

Key words : osteopathy, global act, conception, unintentional, medicine of the being, joints, sense(s), right gesture, links.