

Quelle Place pour le récit de vie dans un traitement ostéopathique ?

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LYON

BONNET BERTRAND

Mémoire en vue de l'obtention du DU de philosophie de l'ostéopathie

Maitre de mémoire : Yan PLANTIER

Remerciements

*Un grand merci à mon maître de mémoire Yan PLANTIER,
pour son écoute inspirée et inspirante, et à tous les
professeurs qui ont marqué profondément et durablement
mon évolution professionnelle ; Bob BENICHOU, Roland
SOLERE, Jean François TERRAMORSI.*

*Désordre dans le corps, erreur dans l'esprit,
l'un nourrissant l'autre, voilà le réel de
l'imagination.
Alain -Système des beaux-arts (1920)*

QUELLE PLACE POUR LE RECIT DE VIE DANS UN TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE ?

Table des matières

Remerciements	1
Introduction.....	5
I. Identité, douleur, récit de vie.....	9
1. Identité et récit de vie	9
2. Douleurs physiques et souffrance :.....	11
II. Récit de vie et pratique ostéopathique.....	13
1. Confrontation à l'échec	13
2. Va et vient dans le récit et son écoute.....	13
3. Le cercle de du récit et de l'écoute tissulaire.....	13
4. Ostéopathie et psychanalyse	14
5. Quelle posture du thérapeute favorise le récit de vie ?.....	14
Importance de la compétence technique de l'ostéopathe	14
Importance de la posture	15
Éléments éthiques.....	15
Pragmatisme du résultat	16
Niveau de conscience du praticien.....	17
III. Les tissus, la main et la parole.....	18
1. Les tissus savent mais attendent les mots	18
2. Un toucher vivant: la main du praticien	18
La main qui informe et répond.....	18
Les mains, outil ostéopathique incontournable du soin.	19
3. Déficience des tissus dans le marquage de la vérité.....	19
Comment écouter ces tissus qui parlent ?	19
Homéostasie et motilité	20
4. La mise en place d'un protocole.....	20
Quand le mettre en place ?.....	20
Une étude de situation.....	21
Analyse	22
Conclusion : intérêt et limite du recours au récit de vie	23

Bibliographie..... 24

Introduction

Pratiquant l'ostéopathie depuis une trentaine d'année, j'ai toujours eu à cœur de répondre à la plainte première de mes patients, et pouvoir apporter une solution rapide efficace et durable à leur problématique qui avait motivé la consultation.

Formé dans une première école d'ostéopathie privilégiant le fonctionnel et le crânien j'ai longtemps pratiqué une « ostéopathie douce » basée sur l'écoute tissulaire, les corrections sans trusts, ce qui m'a permis de développer un toucher fiable.

Mais suite à certains échecs par cette approche, j'ai développé une conception plus structurelle des dysfonctionnements ostéopathiques. Après une remise en cause profonde à travers les concepts d'Étiopathie¹, j'ai eu la grande satisfaction de résultats rapides et indiscutables, associés à une augmentation conséquente de ma patientèle et bien sûr d'une augmentation importante de la variété et de la difficulté des cas à traiter.

Je n'en ai pas pour autant abandonné mes premiers apprentissages d'écoute et de travail tissulaire devenus parfaitement complémentaires.

Ces approches différentes dans leur registre d'analyse et de perception auraient pu me suffire car je répondais avec efficacité et efficacie par ces méthodes, à grand nombre de traitements dont mes patients me confiaient la charge.

Cependant il restait des patients « irréductibles », qui présentaient une réelle résistance, voire des réactions parfois violentes sous la forme d'aggravation significative des symptômes douloureux.

Ces réactions auraient pu s'expliquer pour certains par de mauvais diagnostics, tests et ou de mauvaises manipulations, ce qui a certainement dû arriver. Mais pour la plupart, le traitement avait été exécuté dans les règles de l'art et les signes objectifs (blocage articulaire, baisse d'amplitude..) avaient disparu !

Les signes subjectifs de leur douleur et la souffrance inhérente, raison de leur consultation restaient cependant sans aucune réponse, voire présentaient une aggravation sensible.

Même si la proportion de réussite était supérieure, il me fallait comprendre la raison de ces obstacles aux traitements et repartir dans une autre recherche des causes de cette inefficacité.

Un apprentissage de l'acupuncture me donna quelques pistes et des résultats sur ces cas difficiles. Mais cette « rééquilibrage énergétique » sans réelle prise de conscience ne permettait pas assez aux patients d'être indépendants et capables de maîtriser leur situation, par absence d'outils réflexifs et de moyens de résolution de leurs mécanismes ayant engendré de la souffrance.

Je présentais qu'une forme de discours, la construction d'une hypothèse en rapport avec la genèse de leurs dysfonctionnements, était non seulement souhaitable, si tant est

¹ J.F. TERRAMORSI, *Ostéopathie structurelle, lésion structurée, concept structurant*, Gépro/ Eolienne, 2013.

que les patients veuillent bien l'écouter et l'entendre, mais indispensable à la résolution de ces cas résistants à une ostéopathie plus classique.

Je n'avais cependant pas de formation psychologique universitaire, seulement un apprentissage par l'expérience sur le terrain au contact de mes patients, de nombreux stages de développement personnel et mon propre travail d'introspection.

Puis un cas se présenta, typique, avec les signes de réaction importante consécutive à la première séance, alors que les signes objectifs de blocage ostéopathique avaient disparu.

Je remercie d'ailleurs ce patient et tous les autres par la suite, qui m'ont fait, et me font encore confiance lorsque la première séance semble aggraver les symptômes, ce qui justifierait naturellement d'abandonner le traitement et d'annuler une seconde intervention risquant de reproduire les mêmes effets.

Donc en posant les mains sous le sacrum de ce patient, zone de la douleur récurrente, nous parlions de causes éventuelles possibles psychologiques, d'un évènement, une situation ... quand ce patient dans le courant de la discussion me parla de son père. Instantanément le sacrum qui, on l'a dit ne présentait plus de dysfonctionnement mécanique et donc était libre de ses mouvements, s'est bloqué à nouveau.

Intrigué, je partageais avec lui cette sensation et lui demandais de reparler de son père et d'essayer de sentir si il se passait quelque chose au niveau de son sacrum, ce qui me semblait un peu irréaliste, vu la très faible amplitude de mouvement et la faible capacité de sensation épicroticienne de cette pièce osseuse.

Or ce n'est pas son sacrum que ce patient a décrit et d'ailleurs il n'a rien décrit du tout. J'ai vu son visage se déformer sous le coup d'une émotion intense et d'une montée de larmes irrépressible qui m'a touché et déstabilisé. Plutôt désarçonné par la tournure des évènements, pressentant que les mots que je pourrais employer risquaient d'aggraver les choses, je laissais ma main sous le sacrum.

L'émotion passée, les spasmes de son corps apaisés, je sentis avec surprise et enthousiasme que le sacrum reprenait son mouvement primaire signe d'un nouvel équilibre.

En se relevant, le patient me signifia qu'il ne ressentait plus les douleurs (aggravées à la première séance), alors que je n'avais que fait palper le sacrum et parler, donc à priori pas d'intervention mécanique.

Ce jour-là, j'avais touché de ma main quelque chose d'essentiel.

Je renouvelais bien sûr cette expérience de nombreuses fois avec le même succès. J'élaborais de nouveaux protocoles toujours dans ce registre de l'expression d'une histoire de mon patient et d'un accompagnement par le toucher. Ce qui me permettait de le guider en fonction des réactions de ses tissus, à savoir chaque fois que les tissus se bloquaient, approfondir le sujet évoqué jusqu'à ce que l'on retrouve un mouvement tissulaire normal.

Ces approfondissements donnaient naissance parfois à la résurgence d'événements passés souvent associés à la manifestation de violentes émotions. Parfois à la découverte d'un comportement inadéquat, source de souffrances, générant en bout de pistes des dysfonctionnements ostéopathiques visibles, portes ouvertes à de futures pathologies organiques.

Il me restait à approfondir ces mécanismes de traitement pour les faire évoluer, les confronter, voir les enseigner, sujet de ce mémoire.

Lors d'une séance de soin ostéopathique, au gré des manipulations et de la discussion qui suit l'anamnèse, s'invite le récit de vie, parfois motivé par la douleur et la souffrance qui en résulte, parfois simplement par la curiosité du thérapeute devenu chercheur de sens à la plainte de son patient.

Un certain nombre de questions se posent alors.

Le récit de vie a-t-il une place essentielle ou secondaire ?

Est-ce que ce récit de vie est nécessaire au soin, adjuvant au soin de façon systématique ? S'il s'invite doit-il être provoqué ? Est-ce qu'il apparaît de lui-même ? Est-ce qu'il faut des conditions pour que ce récit de vie apparaisse ? A-t-il une place centrale ? Est-ce que c'est un facilitateur, un médiateur ? Est-il essentiel, secondaire ?

La place du récit de vie peut être déterminée par deux choses ; soit elle est déterminée par la nature même du soin ostéopathique qui exige qu'il y ait un récit de vie ; ce récit de vie serait donc essentiel en soi ; soit elle est déterminée par la manière d'être de l'ostéopathe, dépendant davantage d'une certaine posture, d'une manière d'être des ostéopathes qui pour certains travaillent mieux à partir du récit de vie.

Quelle est la place du récit de vie dans le déroulé chronologique ?

Dans le déroulé chronologique du soin qu'elle est la place du récit de vie ? Avant ? Pendant ou après la période de soin ?

Quelle est sa place méthodologique (investigation, soin, mémoire du soin) ?

Quelle est la place du récit de vie pour le patient ? Mais quelle est aussi la place de celui-ci pour l'ostéopathe ?

Est-ce que le récit de vie a une place dans l'investigation ? Est-ce qu'il a une place après coup pour marquer la mémoire du soin ? Une fois que le soin a eu lieu et que la personne l'a associé au récit de vie, peut-être, peut-elle mieux comprendre ce qui se passe en elle par la suite, cela fait récit ; cela devient une mémoire, un outil.

Si quelqu'un a compris quelque chose de son fonctionnement, du sens de sa douleur, et comment ce soin s'inscrit dans son récit de vie, il y a quelque chose d'un nouveau pli qui se noue par le récit de vie, un nouveau nouage.

Cette évocation dirigée, car associée à un toucher des mains du thérapeute est souvent à l'origine de manifestations émotives significatives, voire de prise de conscience.

Ces prises de conscience à la fois psychologiques et corporelles sont d'une grande efficacité pour la résolution de nombreuses plaintes qui résistent souvent à une approche de soin ostéopathique classique.

En quoi la reconstruction du récit de vie par l'ostéopathe au cours de la mise en route structurelle favorise-t-elle le rééquilibrage des tissus. Inversement quelle ouverture permet le rééquilibrage grâce à la détente tissulaire par les mains du thérapeute ?

Le récit de vie permet l'ouverture du corps et le travail du corps ouvre le récit de vie. Que se passe-t-il lorsque le patient raconte sa souffrance et que celle-ci s'exprime dans son corps ?

Si le récit de vie est à ce point central s'il organise le soin, qu'est-ce qu'il le différencie de l'approche d'une consultation thérapeutique psychanalytique ?

I. Identité, douleur, récit de vie

1. Identité et récit de vie

La notion de récit de vie est une question philosophique difficile.

Selon Ricœur, c'est par le récit de vie que l'on comprend l'identité.

La personne est un « qui » et pas justement un « quoi ». La personne nous met devant le mystère même d'une identité, dans la différence pure de sa singularité par rapport à l'autre. « L'histoire racontée dit le « qui » de l'action »². L'identité est à la fois ce qu'elle est et qui elle est. Le sujet se communique par sa présence, une présence qui n'est jamais celle de l'autre, une présence qui, parce ce qu'il est un « qui », ne peut complètement se dire. Le langage est insuffisant, pas pour dire le « quoi » mais le « qui ». Le sujet est au-delà du « quoi ». Nous sommes devant le mystère de ce qui est en soi indicible par sa plénitude de sens. Comment se rencontrer, comment vivre ensemble, nous aimer ? C'est par le langage malgré tout que nous pouvons nous dévoiler, dire quelque chose de nous.

Je suis conscient d'exister, d'être moi, mais cette conscience ne fait pas de moi un être qui se connaît. Le sujet ne peut se connaître qu'en se disant et ne peut se dire qu'en se racontant. « Raconter, c'est dire qui a fait quoi, pourquoi et comment, en étalant dans le temps la connexion entre ces points de vue »³. La connaissance de soi ne peut s'effectuer que dans une situation de reconnaissance par un autre qui m'invite à entrer dans le récit de mon histoire. C'est par le détour du récit que je vais avoir possibilité de me connaître, c'est par l'élaboration d'un récit, d'une histoire, que je vais pouvoir faire diffuser ma singularité.

La mise en récit est une mise en intrigue, c'est ce qui lie au plus haut point ce que l'on est et le cœur de l'existence humaine. Cette existence humaine se joue dans une histoire, se projette dans celle-ci.

Je ne peux accéder à moi-même, je ne peux accéder à l'autre que par le récit de sa vie. Il n'y a pas de reconnaissance de soi sans une situation de reconnaissance, sans le détour d'une relecture, d'une réécriture du récit. Ce travail de récit, cette mise en intrigue, révèle ce qui est la clé ontologique de notre personne à savoir l'expérience de l'intrigue de notre vie. Cela va se faire par la notion de nouage. Nouer les fils de notre vie permet de construire le sens qui se dégage de l'existence. Dénouer par la compréhension intelligente de la signification de ce nouage, c'est libérer du sens.

La création et la libération de sens est à la fois un nouage et un dénouement.

Paradoxalement ce sont les liens qui libèrent, car dénouer des liens permet d'en créer de nouveaux, c'est une transformation qui va permettre au sujet de mieux tramer sa vie. Peut-être que le dénouement est assomption d'une histoire, l'enjeu du dénouement serait alors de rendre l'autre à lui-même, le rendre à soi. On voit là l'intérêt commun au niveau

² . P. Ricœur, *Temps et récit*, Tome III, *Le temps raconté*, Paris, Seuil, 1985, p. 442.

³ . P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 174.

épistémologique de l'ostéopathie et de la psychanalyse dans cet enjeu de rendre l'autre à soi-même.

La parole porte une puissance, une vitalité qui dépasse constamment l'agencement technique des mots pour le dire.

La parole va nommer le « qui », permettre au « qui » de demeurer en lui-même, assigner le « qui » à son adresse. Pour qu'il y ait identité, il faut qu'il ait une adresse, un site. Le sujet parce qu'il est nommé reçoit une force, une existence, une espérance, un sens, la vie.

Toute parole profonde et vraie adressée à l'autre peut-être pour lui l'expérience originariaire d'un trait unaire. Quand je dis « tu », je devance l'autre dans la certitude que j'ai de l'unité de son être, je le convoque au lieu de cette unité, je le rassemble.

Pour l'ostéopathe ses mains s'adressent au sujet, le font exister et font par là même exister l'ostéopathe. C'est un point de rencontre, un éveil, un partage transitoire d'intimité, sans que l'ostéopathe fasse histoire avec l'autre, cela permet l'incarnation.

Le toucher permettrait l'incarnation, et le langage l'identité.

L'essence humaine de la personne ne s'accomplit que sur le mode d'une ipséité. « L'ipséité est ainsi celle d'un soi instruit par les œuvres de la culture qu'il s'est appliquées à lui-même ⁴ ». L'expérience de soi-même c'est l'unité, faire un, avec soi-même, l'authenticité et la pure différence, moi seul suis le même que moi-même. Cette humanité se joue dans une histoire, dans ce mystère de la différence. « Un sujet se reconnaît dans l'histoire qu'il se raconte à lui-même sur lui-même »⁵.

Pour Ricœur, une des fonctions du récit de fiction devient alors « libérer rétrospectivement certaines possibilités non effectuées du passé historique », en tant que « détecteur des possibles enfouis dans le passé effectif »⁶.

Bergson apporte un éclairage particulier dans la temporalité du récit de vie. Il prend le temps comme un espace, le sujet peut avoir l'impression d'être extérieur aux différents moments de sa vie par rapport à ce schéma spatial. « L'artifice de notre perception, comme celui de notre intelligence, comme celui de notre langage, consiste à extraire de ces devenirs très variés la représentation unique du devenir en général, devenir indéterminé, simple abstraction qui par elle-même ne dit rien et à laquelle il est même rare que nous pensions. »⁷

Or le sujet n'est jamais à l'extérieur de son histoire, sa présence actuelle est porteuse de son passé. Le récit de vie y prend alors tout son sens.

⁴ . P. Ricœur, *Temps et récit*, Tome III..., p. 443-444.

⁵ . P. Ricœur, *Temps et récit*, Tome III..., p. 445.

⁶ . P. Ricœur, *Temps et récit*, Tome III..., p. 347.

⁷ . H. Bergson, *L'Evolution créatrice*, Edition critique, Paris, PUF, 2013, 302,304.

2. Douleurs physiques et souffrance :

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) ; « La douleur est une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes »

La souffrance est l'élargissement, le débordement de la douleur et nous ne sommes pas égaux devant la douleur et ses répercussions symboliques, la souffrance brise l'identité.

Paul Ricœur postule une distinction entre douleur et souffrance qui permet de rapporter la douleur au corps et la souffrance à la réflexivité, au langage ou au rapport à soi. « Ce faisant, la souffrance devient ce par quoi je me reconnais et je reconnais l'Autre »⁸.

« On s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement⁹. D'autre part on lira sa définition de la souffrance dans « le mal un défi à la philosophie et à la théologie » : « la souffrance souligne son caractère essentiellement subi : nous ne la faisons pas arriver, elle nous affecte (...) La souffrance se caractérise comme pure contrainte du plaisir, comme non-plaisir, c'est-à-dire comme diminution de notre intégrité physique, psychique et spirituelle...la souffrance le fait [l'homme] victime »¹⁰

Nous ne devons pas esquisser l'impact de la douleur. Il existe un tissage entre douleurs et sensations, qu'est-ce qu'elle signifie ? Qu'est-ce qui se trame ? Dans la douleur chronique le sujet devient sa douleur. La douleur vient questionner la représentation « corps/esprit » de l'homme. Quand elle ne peut être circonscrite, elle devient envahissante, irradiante, elle floute le dualisme « corps/esprit ». Le corps n'est pas un lieu neutre, il y a une variabilité culturelle dans la perception de la douleur qui est porteuse de sens et aussi de la représentation que se fait le sujet de son propre corps. Le travail de l'ostéopathe confronte celui-ci au rapport que le sujet a avec son corps, suivant son appartenance culturelle, sa socialisation, son hexis corporelle.

Le corps douloureux reste investi de valeurs pouvant éprouver le monde. Notre modalité d'être est corporelle. Non seulement la douleur est l'épreuve d'un ressenti mais l'épreuve identitaire, épreuve qui vient mettre en difficulté l'identité quotidienne, épreuve qui arrête au niveau du quotidien. La douleur à ce moment-là, vient comme mettre en question : qu'est ce qui m'arrive ? Qu'est ce qui se passe ? Elle n'est pas intégrable dans le quotidien, le moment n'est plus intégrable dans l'espace de la vie, elle pose problème... A ce moment-là, on passe de qu'est ce qui m'arrive à qu'est-ce que cela dit et qu'est-ce que cela me dit ? qu'est-ce que cela dit de moi ?

L'enjeu pour l'ostéopathe est de passer de « qu'est ce qui m'arrive ? » à « qu'est-ce que cela dit et que cela me dit, cela dit de moi ? » Le non intégrable de la douleur invite l'ostéopathe à d'autres modes d'intégration comme par exemple le récit de vie. Le récit de

⁸ editions-metallie.com/wp/wp.../psychiatrie1892012.pdf

⁹ P. Ricœur, « La souffrance n'est pas la douleur ». *Revue Autrement / Mutations*, n°142, 1994, p. 59.

¹⁰ 58-69. Ricœur, P. (2004). *Le mal : un défi à la philosophie et à la théologie*. Genève : Labor et Fides. p 58 59

vie va être une façon de réintégrer quelque chose de cette douleur. Il y a la douleur qui engendre une souffrance et il peut y avoir une souffrance inconsciente qui engendre la douleur, c'est par le récit de vie que le patient va réélaborer une nouvelle réalité. La douleur dans un premier temps est ce qui interrompt le déroulé de sa vie, elle vient susciter une reprise et une réintégration dans le déroulé de la vie par le récit. La difficulté se situe entre une douleur qui ne se dit pas et qu'il est important de dire, et une douleur qui dit quelque chose. La douleur met en échec le déroulement de la vie, elle demande un traitement. Ce traitement peut être fourni mais parfois celui-ci est mis en échec et là, intervient le récit de vie.

L'attitude de l'ostéopathe vient suppléer à ce qui peine. Le discours ostéopathique amène l'espérance au sujet dans sa certitude de la puissance de solution intrinsèque de son corps.

II. Récit de vie et pratique ostéopathique

1. Confrontation à l'échec

Le récit de vie n'émerge que par l'échec du traitement, il n'est pas systématique, il intervient comme un secours qui devient essentiel, qui fait sens, qui permet d'aller à l'essentiel.

L'ostéopathe va lui travailler sur les deux terrains à la fois. Au soulagement de la douleur et à l'intégration de la douleur dans le récit de vie. L'intégration du sens de ce qui se passe dans le récit de vie et en même temps va soulager la douleur par la compréhension du récit de vie. C'est une boucle, comment le récit de vie permet de comprendre le sens de la douleur et de la traiter et inversement comment la douleur permet de remanier le récit de vie. Cela pose la question de l'écoute tissulaire, de la posture de l'ostéopathe, de l'importance qu'il porte à son sujet et à son récit.

L'échec de l'ostéopathe confronte celui-ci à quelque chose qui résiste, il faut qu'il trouve ailleurs des ressources pour revenir soutenir son art.

Il n'est pas nécessaire dans chaque cas de « faire parler » le patient. Le récit de vie n'est pas essentiel au traitement ostéopathique, en revanche quand il y a résistance il devient une médiation par laquelle la chose véritablement se dit et se travaille.

2. Va et vient dans le récit et son écoute.

Il y a quelque chose du **cercle herméneutique** dans cette écoute du récit de vie. Quand on lit une histoire, on ne comprend un passage lu que par le passage d'une référence à l'histoire. Mais inversement cette histoire on ne la connaît qu'en y associant tous les passages. « Le mouvement de la compréhension procède toujours du tout vers la partie pour retourner au tout »¹¹

Quand je dis quelque chose à un sujet, il en a toujours une précompréhension et il anticipe sur ce que je vais dire, je continue et il rectifie en permanence. En d'autres termes, il ne s'agit pas de se taire, de ne pas réfléchir puis de synthétiser en fin, mais en permanence je commence à comprendre puis je corrige ce que je comprends puis à partir de ce que l'autre dit je reconstruis ma compréhension.

3. Le cercle de du récit et de l'écoute tissulaire

Ce phénomène empirique du **cercle herméneutique** se retrouve dans la « lecture » du récit et des tissus, dans les relations entre le tout et les parties. Il y a une première compréhension du tissu qui permet d'être plus attentif au récit de vie, et inversement, le récit de vie et les quelques éléments que la personne donne, ne serait-ce qu'en arrivant en disant bonjour, me donnent un horizon de compréhension dès que je l'écoute. C'est un va et vient permanent, un cercle vertueux entre les mots et les tissus, les tissus et les mots. On pose une question à la personne sur sa vie et elle va réagir ou pas, et inversement elle va dire sans y penser et cela va réagir, et cela amène à poser une autre question. C'est un **cercle de l'écoute**, du tissu au récit et du récit au tissu.

¹¹ H. GADAMER, « Du cercle de la compréhension », *La philosophie herméneutique*, ch. III, Paris, PUF, 1959

Le patient tente des choses dont l'hypothèse est renforcée et validée ou non par l'ostéopathe. Cela revient pour l'ostéopathe à assumer un rôle d'interprète, ne se rapproche-il pas alors de la psychanalyse?

4. Ostéopathie et psychanalyse

En effet la psychanalyse envisage le vécu du sujet à la fois sous le jeu de forces et à la fois sous le jeu du sens. À la fois comme une énergétique et à la fois comme une herméneutique. L'originalité de la psychanalyse est qu'elle ne peut jamais séparer ces deux approches. Le point majeur c'est d'envisager en quoi l'ostéopathie justement, comme épistémologie mixte, doit constamment travailler sur le plan de l'énergie et du sens.

C'est le souci d'envisager la clinique dans la prise en compte de la singularité du sujet. L'approche psychanalytique et celle ostéopathique sont des approches éminemment singulière. Nécessairement singulières, inconditionnellement singulières.

Il y a une notion d'authenticité en ostéopathie comme en psychanalyse, on sent à quel moment ce que dit le sujet « sonne juste ». « Le sonne Juste » n'est pas évalué à partir de normes extérieures, il n'est pas évalué à partir d'une idée de ce qui est juste, il est évalué à partir de l'homme, de son être propre ou à côté de sa vérité propre.

L'expérience singulière de l'autre en psychanalyse ou en ostéopathie va nécessairement à une autre expérience singulière de moi-même.

Le transfert lui-même haut lieu de la psychanalyse est peut-être lieu de distinction majeure avec l'ostéopathie, le transfert lui-même ne peut pas se penser autrement qu'à travers les jeux de force des sens qui l'organise. L'ostéopathe croise le rôle du psychanalyste dans son travail mais s'en distingue par sa posture.

5. Quelle posture du thérapeute favorise le récit de vie ?

La compétence ostéopathique seule ne suffit pas à faire émerger le récit de vie et inversement la seule posture ne permet pas cette écoute parce que pour écouter les tissus il faut une compétence ostéopathique. Cela ne peut pas être un travail psychanalytique, quelqu'un qui n'aurait qu'une posture d'écoute pourrait bien susciter tous les récits de vie possibles il n'aura pas la compétence ni pour reconnaître l'accent de vérité par les tissus ni d'opérer sur ces tissus.

Dans la psychanalyse, le remaniement ne peut passer par là.

Importance de la compétence technique de l'ostéopathe

Ce n'est que quand le thérapeute maîtrise le diagnostic différentiel (importance de l'anamnèse médicale), le diagnostic biomécanique et tissulaire, lorsque toutes les barrières ostéopathiques sont levées : lésions articulaires, lésions viscérales, lésions crâniennes, lésions traumatiques, que la conduction du récit de vie prend son efficacité.

Cette maîtrise demande à l'ostéopathe à la fois compétence technique, examen clinique, tests, pratique du diagnostic différentiel (il pourrait être dramatique de passer à côté de lésions organiques et d'enfermer le patient dans l'impasse d'une explication de ses maux par le récit de vie), manipulations et une certaine confiance en ses perceptions,

coordonnées, analysées et synthétisées par son expérience. Viennent alors les capacités de l'ostéopathe à l'écoute du récit de vie de son patient.

Importance de la posture

Elle nécessite plusieurs qualités ¹²:

- la congruence, qui consiste à être soi-même, présent, ouvert et non défensif face à ses propres sentiments envers l'autre;
- l'attention positive inconditionnelle, c'est-à-dire l'acceptation de toute manifestation de l'autre sans la juger;
- l'empathie, soit la perception du monde subjectif de l'autre, avec ses composantes émotionnelles et ses significations, mais sans identification, demeurant émotionnellement indépendant, dans une décentration impliquée.
- l'écoute sensible, ressenti de l'univers affectif, imaginaire et cognitif de l'autre, pour comprendre de l'intérieur ses attitudes, ses comportements et son système d'idées et de valeurs.

Par ailleurs, l'attitude de compréhension prend également appui sur quelques techniques d'appel à l'expression ¹³

- le silence attentif, forme de centration sur l'autre et le silence actif sur ce qu'il dit.
- l'encouragement sans phrases, sorte de manifestation de la spontanéité par « oui », « mmm », « je vois », qui montre que le chercheur suit ce que lui dit le sujet;
- le paralangage de compréhension, comprenant la convergence des attitudes, des mimiques, du ton et des regards et concrétisant l'empathie du chercheur ¹⁴.
- la reformulation, inspirée par le cadre de référence du sujet, sous différentes formes (inductions positives, reformulation-reflet, reformulation-synthèse, reformulation-clarification, reformulation du paralangage, etc.) et à trois niveaux (contenu manifeste, contenu latent et comportement non verbal);
- les interventions d'élucidation, telles des questions au sujet du contenu verbal ou paralinguistique pas facilement compréhensible. Dans le cadre d'un récit de vie, l'intervention de l'ostéopathe prendra surtout appui sur les trois premières formes d'appel à l'expression.

Éléments éthiques

Si on se réfère aux principes les plus classiques de l'éthique biomédicale élaborés pour la première fois par TL .Beauchamp et JF Childress ¹⁵, à savoir la non malfaisance, la

¹². K. Rogers, cité dans A. MUCCHIELLI, *Psychologie de la communication*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

¹³. Barbier, 1997

¹⁴. Voir l'article de J.M. GUEULLETTE, « Évaluation des médecines alternatives », *Études*, 2013/2, Tome 412, p. 173-184.

¹⁵. T. L. BEAUCHAMP et J.F. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.

bienfaisance(*primun non nocere*), le respect de l'autonomie du patient , le respect de la dignité et de l'intégrité du patient et le respect de sa vulnérabilité ,le principe de justice , la sollicitude apporte une dimension relationnelle au-delà de la morale et de la déontologie. C'est l'une des caractéristiques qui semble la plus adéquate à développer pour l'ostéopathe et qui favorisera au mieux la justesse du récit de vie du sujet.

Elle met en effet deux personnes au centre d'une relation singulière privilégiée qui malgré une position qui peut sembler dissymétrique au premier abord, demandeur souffrant et thérapeute, met en évidence la réversibilité, la similitude et amène « au paradoxe de l'échange au lieu même de l'irremplaçable¹⁶. »

C'est la signification d'une présence inconditionnelle : promesse d'une relation de sollicitude qu'aucune détresse ne saurait abolir¹⁷. Nous soulignerons cependant que même si la sollicitude recherche l'égalité dans l'inégalité, elle n'efface pas cependant pas la dissymétrie de la relation thérapeutique même si elle peut faire comprendre aux deux protagonistes leur commune vulnérabilité.

Une règle déontologique apparaît de même incontournable, le consentement libre et éclairé¹⁸: libre, dans le sens où le sujet doit être en accord avec la démarche de travail envisagée, sans pression aucune et avec la possibilité de refuser ou de stopper la procédure.

Éclairé, car le sujet doit disposer d'une information claire sur le déroulement de la démarche¹⁹.

Il s'agit aussi de dépasser le contexte social pour que locuteur et ostéopathe se situent dans une démarche d'intersubjectivité, dans laquelle l'attitude phénoménologique permet d'expliciter des constructions objectives à travers des composantes subjectives, soutenues par les intentions, le langage et l'empreinte socioculturelle des acteurs¹⁹.

L'ostéopathe sera toujours dans une extrême vigilance pour ne pas mettre son patient dans une position de fragilité ou de fragilisation extrême.

Pragmatisme du résultat

Lorsque le thérapeute met en marche le récit de vie de son patient, l'un des meilleurs garde-fous à une dérive psychologique ou médicale, est l'efficience de cette mise en œuvre. En effet lorsque le processus se met en route, le thérapeute guidé par son écoute des tissus et par le récit du sujet, sent les changements de perception à l'instant même où le sujet est authentique et touche à sa problématique, responsable de ses maux. Ce changement de perception n'est jamais unilatéral, il deviendrait alors, dans ce contexte, suspect, mais il est partagé avec le sujet, il y a là une véritable obligation d'intersubjectivité nécessaire pour légitimer le soin.

Tant qu'il n'y a pas ce partage et cet accord entre patient et thérapeute, l'un par son ressenti dans les tissus et son écoute du récit de vie, l'autre par l'expérience qu'il fait dans

¹⁶. P .RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

¹⁷. E. HIRSCH, *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert, p.39.

¹⁸. J.L. LEGRAND, « Définir les histoires de vie », *Revue internationale de psychosociologie*, VI (14), 2000, 29-46.

¹⁹. Bertaux 2013, tiré d'une thèse de Delphine BURRICK, *Une épistémologie du récit de vie*, p. 13.

les transformations corporelles qu'il ressent en exprimant son récit de vie, il n'y a pas de légitimité à utiliser cette approche.

La mise en action du récit de vie lors d'un échec thérapeutique mais aussi au cours d'une séance de soins ostéopathique classique doit toujours être suivie d'un résultat, c'est sa raison d'être.

Niveau de conscience du praticien

L'efficacité de l'écoute du praticien c'est à dire sa capacité à créer un espace de communication et de partage avec son patient, la profondeur de l'intimité possible et efficiente est étroitement corrélée à son niveau de travail personnel. Il sera toujours surpris, au lendemain d'une formation ou après une expérience marquante, riche de prise de conscience et de sens, de voir à quel point ses patients se livrent encore plus profondément et laissent découvrir un récit de vie particulièrement riche de sens, touchant et juste.

L'ostéopathe est un relai révélateur, médiateur, ce récit est une mise au travail.

L'ostéopathe devient un guide au travers du récit de vie de son patient, il va l'aider à toucher profondément des zones de sa vie dont il n'avait parfois même pas idée qu'elles pouvaient poser problème ou même exister . Par ses questions, toujours motivées par l'écoute des tissus, il va permettre à son patient une reconstruction de son récit de vie, une nouvelle compréhension de son histoire, un nouveau regard avec toujours en toile de fond, cette sensation corporelle d'apaisement et de légèreté quasi instantanée.

L'ostéopathe devient Constructeur de l'élaboration.

III. Les tissus, la main et la parole

1. Les tissus savent mais attendent les mots

« Seuls les tissus savent. En eux se trouve manifestée la connaissance absolue : ils savent ce dont ils souffrent, et ils savent la direction dans laquelle se situe la solution de leurs problèmes. »²⁰

Est-ce que l'on peut dire que les tissus font récits ? Est-ce que les tissus s'inscrivent ? Est-ce qu'en partant des tissus on peut vraiment savoir ? Ou qu'est-ce que le savoir des tissus ?

Souvent le sujet, lorsqu'il évoque une situation désagréable, ressent naturellement un zone de son corps qui se manifeste soit par une crispation, une oppression, parfois une douleur.

Parfois il est nécessaire de mettre le sujet en état de suggestion pour être dans une plus grande introspection.

Cette façon de travailler est particulièrement intéressante par exemple, lors de traitement d'hypofertilité chez la femme où on lui demande de porter une attention particulière sur sa zone gynécologique.

Là encore la patiente va ressentir des sensations qu'elle connaît déjà mais elle découvre qu'elle peut les déclencher en fonction de ce qu'elle exprime de son récit de vie.

Intuitivement les tissus savent car ils sont porteurs de mémoire mais ils ne suffisent pas pour faire récit, il faut quand même passer par le langage. Les tissus savent mais montrent les nuances qu'il faut apporter à ce savoir. C'est un savoir qui peut se suffire mais c'est un savoir qui attend la conscience qui passe par les mots, par l'autre, par le récit.

L'interprétation ostéopathique s'appuie sur un phénomène sensoriel, le corps est un critère pertinent.

Les tissus, les mots et l'altérité : les tissus savent mais il faut que cela passe aux mots. Il faut pour cela l'altérité de l'ostéopathe, l'altérité de son écoute et du touché de ses mains.

2. Un toucher vivant: la main du praticien

Les mains sont le prolongement du thérapeute, son outil de prédilection, à la fois instrument de réception et de transmission.

La main qui informe et répond

En réponse à la plainte du patient, les mains du thérapeute se déplacent, comme dans un état des lieux, deviennent vecteur de perceptions sensorielles, proprioceptives : état des tissus, texture, température, tensions, rien ne voudrait échapper à ces mains entraînées, éduquées. Les récepteurs de la peau, des muscles et des articulations de ces mains sont au travail, en pleine attention. Multiples sensations, devenant perceptions,

²⁰ J.A. DUVAL, *Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques*, Paris, Maloine, [1976] 19843, p. 11-12.

arrivent à la conscience du praticien, beaucoup d'autres informations arrivent à son insu, génèrent émotions changements, dans le corps du praticien. Observations, analyse, synthèse et ...Récit de vie.

Ces mains de l'ostéopathe vont parfois générer des émotions. Il n'est pas rare le patient lâche des tensions émotionnelles au travers de sanglots...

Les mains, outil ostéopathique incontournable du soin.

Leur « toucher » génère des mécanismes multiples et complexes, nourrissant le conscient et l'inconscient, à la fois du thérapeute et du patient, produisant des effets parfois mesurables (baisse de la douleur), souvent plus difficiles à cerner, de l'ordre d'une relation profonde , au-delà des apparences, un dialogue libéré des codes sociétaux habituels, une communion humaine de nature spirituelle, souvent à l'origine d'une grande sensation de complétude et de paix.

Cependant les mains restent dépendantes de l'identité du thérapeute, de son intention, de son expérience, de son vécu, de ses capacités d'analyse et de synthèse.

Sans réflexion, sans conscience, non associées aux autres sens, sans l'expérience, le savoir, sans l'éthique du praticien, elles redeviennent une simple partie du corps à la biomécanique sophistiquée mais dépourvue de sens ostéopathique.

Le contact de la main avec le corps est une métonymie de la relation entre corps à corps, elle-même incluse dans une relation de personne à personne²¹.

La main n'est pas qu'un instrument au service du praticien qui s'en servirait pour explorer le corps du patient, car « le sujet de la sensation n'est pas un penseur qui note une qualité. » Mais le praticien n'est pas non plus une simple caisse de résonance de ce que percevrait la main, « un milieu inerte qui serait affecté ou modifié par elle ». Le sujet de la perception est « une puissance qui co- naît à un certain milieu d'existence et se synchronise avec lui »²²

3. Déficience des tissus dans le marquage de la vérité

Comment écouter ces tissus qui parlent ?

On s'appuiera sur la notion de motilité chère aux ostéopathes. Qu'est-ce que la motilité ? Comment définir cette sensation subjective que parfois certains thérapeutes n'ont jamais sentie ? Comment être sûr de son ressenti, n'est-ce pas les mouvements de notre propre corps, nos désirs, notre intention, de la suggestion ? « On ne sent pas la réalité des autres, on sent ce que les autres modifient dans notre « réalité », dans notre ressenti »²³.

Là encore le récit de vie vient à notre secours, la mise en récit du sujet génère une différence , un avant et un après l'expression du sujet, cette différence se module en fonction du vécu par le sujet de son récit de vie, cette différence est vécue toujours dans

²¹ J.M. GUEULLETTE, « Des doigts qui pensent, sentent, voient et savent », à paraître dans ethnographiques.org, 2015.

²² M. MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, [1945], 2012, p. 256.

²³ J.F. TERRAMORSI, *Ostéopathie structurelle, lésion structurée, concept structurant*, Gépro/Eolienne, 2013, p. 219.

l'altérité à la fois par le sujet et le thérapeute, gage d'une communication, d'un partage et d'une reconnaissance.

Homéostasie et motilité

Walter B. Cannon, dans son ouvrage *The Wisdom of the Body* (La sagesse du corps), publié en 1932 a défini l'homéostasie comme "*une tendance à l'uniformité ou à la stabilité dans les états corporels normaux de l'organisme*". *La théorie de l'homéostasie peut être comparée aux principes du concept ostéopathique du Dr A. T. Still, car leur similitude est évidente*²⁴.

« *Ce qu'est le mécanisme respiratoire primaire ? C'est l'expression involontaire du mécanisme homéostatique durant la vie, indépendamment des mobilités posturales de l'individu.* »²⁵

En dehors des mouvements diaphragmatiques, cardiaque, du péristaltisme qui sont passifs, extrinsèques, subis, Barral et Mercier parlent d'une mobilité vécue, active qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de la structure, la motilité : c'est un mouvement lent de faible amplitude, non visible, perceptible à la main, qui demande une grande éducation du toucher, elle est l'expression cinétique des tissus en mouvement²⁶.

4. La mise en place d'un protocole

Quand le mettre en place ?

Le récit de vie se met souvent en place en dernier ressort, suite à un échec thérapeutique classique, un effet rebond (aggravation des symptômes), une demande motivée du patient pour comprendre les causes de ses souffrances.

Nous sommes là aux limites du traitement ostéopathique parce que le récit de vie ne fait pas tout et le soin ostéopathique ne suffit pas au récit de vie. On est renvoyé ailleurs. Le soin ostéopathique met en route, ouvre un travail psychique de réélaboration de son histoire qui est la limite du soin, il amène au passage de relai vers un autre thérapeute pour libérer davantage de sens.

²⁴. R. Becker, *Life in Motion*, p. 271

²⁵. R. Becker, *The Stillness of Life*, p. 122. Tiré du mémoire d'A. ASTIER, *Une approche de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, D.O.*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme en ostéopathie, 2004 – ISO Aix-en-Provence.

²⁶. J.P. BARRAL et P. MERCIER, *Manipulations viscérales*, Paris, Maloine, 1983, p. 17.

Une étude de situation

Monsieur M. se présente au cabinet, incité par une de ses relations. Il se plaint d'oppression et de bourdonnement d'oreille depuis un an. Il est âgé de 55 ans, en surpoids, cadre formateur dans une grosse entreprise de fourniture d'énergie, qui paraît de forte personnalité.

1° séance : Je le traite de façon classique, anamnèse, diagnostic, manipulations, etc. Et lui donne rendez-vous 15 jours plus tard.

2° séance : les bourdonnements d'oreille ont disparu mais l'oppression n'a pas changé, voire a empiré, je pressens en lui un agacement profond de cette situation difficilement vivable, agacement tellement perceptible que j'hésite à rentrer dans le vif du sujet.

« Qu'est-ce qui vous contraint actuellement ?

- Le boulot; j'ai des incompetents comme supérieurs, je finis ma carrière, c'est du gâchis. Et en plus le fils que j'ai adopté divorce, il n'a pas compris que faire un enfant ce n'est pas un jeu... »

- Que sentez-vous se manifester dans votre corps quand vous exprimez ces contrariétés?

- Je suis encore plus oppressé.

- Quels sentiments avez-vous ?

- De la colère

- Derrière cette colère ?

- Du gâchis.

- Oui mais plus précisément ?

- De l'impuissance ?

- Non. (1),

- De la honte ?

- Non (1).

- Qu'est-ce que vous auriez aimé que votre père vous apporte et qu'il ne vous a jamais apporté ?

- Mon père était génial d'un grand charisme, il a fini directeur général des filatures Dupont...

- Comment vous sentez vous quand, en fermant les yeux, quand vous observez le regard de votre père se poser sur vous ?

- Pas à la hauteur.

- Comment vous sentez vous quand vous pensez à la situation actuelle ?
- Pas à la hauteur. »

Une émotion visible se manifeste, à la fois d'étonnement et de soulagement. Les vieilles souffrances de l'enfance apparaissent, remontent douloureusement à la surface.

Le patient a perdu son agressivité, apaisé et souriant, une dernière vertèbre qui ne voulait pas bouger à la première séance ne se fait pas prier pour se remettre en mouvement par un gros « crac » libérateur ! Le thorax est devenu souple, la respiration se fait régulière et ample.

Le patient se lève, il n'est plus oppressé.

La séance aura duré 35 minutes.

(1)-Tout au long de l'échange verbal, le thérapeute a les mains posées sur la zone en dysfonctionnement, en l'occurrence sur le thorax du sujet, lieu de son oppression .Le « non » du thérapeute est dicté par le changement de perception dans ses mains, ce changement parfois subtil, souvent indiscutable permet d'orienter les questions sur le récit de vie du sujet.

Analyse

Le « non » du thérapeute peut sembler au premier abord péremptoire et le reflet d'une toute puissance du thérapeute, il n'en est rien et ce n'est jamais vécu comme tel par les deux protagonistes. En effet ce « non » est la résultante d'une recherche commune dont les tissus sont les témoins. Pour le patient, la découverte du mot juste génère une sensation nouvelle dans son corps de l'ordre de l'émotion et ou de la sensation d'apaisement. Pour le thérapeute c'est le changement dans la perception des tissus élargi à sa propre sensation corporelle. Pierre Tricot parle de syntonisation. Les deux sujets se retrouvent dans une résonance à la fois singulière et partagée. C'est une accréditation du récit dont la relation transversale est le moyen.

Toute spectaculaire qu'elle soit, la séance n'est que le début, peut-être, vers une « découverte de soi » pour le patient, qui vient de comprendre de façon concrète par l'expérience, les interactions profondes et non discutables de l'impact de ses émotions et souffrances conscientes et inconscientes sur son corps.

Il reste maître d'œuvre de sa vie. Un patient a priori réfractaire à toute démarche de soin psychologique, peut s'ouvrir à cette possibilité, non par la voie de la raison, mais par la voie de l'expérience.

Le résultat concret de la résolution de la plainte du patient donne à la démarche thérapeutique ostéopathique et psychologique toute sa légitimité et sa pertinence.

Conclusion : intérêt et limite du recours au récit de vie

Les limites du traitement par le recours au récit de vie sont étroitement liées à la compétence et l'expérience du thérapeute qui l'utilise. Un ostéopathe reçoit une formation psychologique et psychiatrique de base qui peut se révéler insuffisante dans certains cas même s'il est averti par les modifications des tissus, cela peut générer des effets délétères pour le patient, décompensation, dénie, rejet du traitement...Le traitement par le récit de vie dans une séance d'ostéopathie reste ponctuel et transitoire. Un travail d'approfondissement et d'accompagnement pour les problématiques mises en évidence, par un autre professionnel, (psychologue clinicien psychiatre, psychanalyste...), reste le plus souvent souhaitable et souhaité.

Il existe une complémentarité et non une opposition ou une substitution avec la psychanalyse, une transition devient possible entre ostéopathie et psychanalyse, le récit de vie devient médiation entre ostéopathie et analyse, le sujet peut se réapproprier son être à la fois par le langage du corps et celui de sa conscience.

Le récit de vie permet une dialectique entre corps et parole, un étayage interne et externe. Le passage du récit de vie ne se contente pas de soigner, il opère un travail de conscience. Par la suite en effet, la personne est capable de reconnaître ce qui se passe en elle parce qu'elle a travaillé, elle sait quelle place cela prend, elle peut en reconnaître la couleur, le sens, elle fait l'expérience par les sensations de sa vérité, de son unité, de son identité, c'est tout l'enjeu de l'altérité.

Si l'ostéopathe n'était pas là, le corps ne parlerait pas de cette façon ou du moins ne serait pas entendu ainsi. Pour que le récit de vie trouve sa bonne place dans le soin ostéopathique, l'ostéopathe doit aussi rester à sa place, à sa bonne place.

Bibliographie

Livres

- BARRAL, J.P. et MERCIER, P., *Manipulations viscérales*, Paris, Maloine, 1983.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J.F., *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- BERGSON, H., *L'Evolution créatrice*, Edition critique, Paris, PUF, 2013.
- BECKER, R. E., *Life in Motion*, Portland [Etats-Unis], Stillness Press, 1997.
- BECKER, R. E., *The Stillness of Life*, Portland [Etats-Unis], Stillness Press, 2000.
- BERTAUX, D., *Les récits de vie*, Paris, Nathan Université, 2003.
- BURRICK, D., *Une épistémologie du récit de vie*, Thèse de Doctorat, Université de Mons.
- DUVAL, J. A., *Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques*, Paris, Maloine, [1976] 1984³.
- GADAMER, H.G., « Du cercle de la compréhension », dans *La philosophie herméneutique*, chapitre III, Paris, PUF, 1959.
- GUELLETTE, J.M., *L'ostéopathie une autre médecine*, Rennes, Presses universitaires de Rennes « Essai », 2014.
- HIRSCH, E., *L'éthique au cœur des soins*. Paris, Vuibert, espace éthique, 2006.
- MERLEAU-PONTY, M, [1945], *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 2012.
- MUCHIELLI, A, *Psychologie de la communication*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.
- Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin, 1996.
- RICŒUR. P, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990
- RICŒUR, P., « La souffrance n'est pas la douleur ». *Revue Autrement / Mutations*, n°142, 1994.
- RICŒUR, P., *Temps et récit. Tome III. Le temps raconté*. Paris, Seuil, 1985.
- TERRAMORSI, J.F., *Ostéopathie structurelle, lésion structurée, concept structurant*, Gépro/ Eolienne, 2013.
- TRICOT, P., *Approche tissulaire de l'ostéopathie*. Livre 2, Vannes, Sully, 2005.

Articles et mémoires

ASTIER, A., *Une approche de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, D.O.*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme en ostéopathie, 2004 – ISO Aix-en-Provence.

GUEULLETTE, J.M. « Évaluation des médecines alternatives », *Études*, 2013/2 Tome 412, p. 173-184.

GUEULLETTE, J.M. « des doigts qui pensent, sentent, voient et savent », à paraître dans ethnographiques.org, 2015

LE GRAND, J.L. « Définir les histoires de vie », *Revue internationale de psychosociologie*, VI(14), 2000, 29-46.

Site internet

editions-metallie.com/wp/wp.../psychiatrie1892012.pdf