

« Lâche ton mental et laisse travailler tes mains »

Béatrice PIERQUIN

Mémoire pour le diplôme universitaire de
philosophie de l'ostéopathie

Sous le regard tuteur de Laurent Denizeau

Centre Interdisciplinaire d'Ethique

Université Catholique de Lyon

Septembre 2015

« Lâche ton mental et laisse travailler tes mains »

Béatrice PIERQUIN

18/09/2015

« Lâche ton mental et laisse travailler tes mains » est une phrase couramment employée lors de la formation des ostéopathes. Par sa fonction d'initiation, elle nous amène à explorer les apports et les limites du savoir raisonné, à oser faire l'expérience de la perception et de la confiance dans les ressources thérapeutiques d'un patient et tenter d'en comprendre les ressorts.

Table des matières

3

Introduction	3
I Des passages et des ouvertures	4
1) Des barbiers aux chirurgiens : questions d'identité	4
2) D'un corps « qui ne va pas » à un corps « qui va ».	5
3) Du raisonnement à une représentation de la demande du patient	7
II) Que faut-il lâcher ou non dans l'espace de la raison ?	8
1) L'anatomie, cadre de travail.....	8
2) La recherche d'efficacité ou la reconnaissance d'efficience	10
3) Du corps-objet au corps-sujet, l'expérience d'un mystère.....	12
III) Laisse travailler tes mains	13
1) Accueillir l'information	14
2) Traverser les émotions, l'histoire.....	15
3) Choisir et guider le traitement.....	17
Conclusion.....	18
Bibliographie	20

« LÂCHE TON MENTAL ET LAISSE TRAVAILLER TES MAINS »

Introduction

Au départ de cette année d'initiation à la philosophie proposée à des ostéopathes, se posait pour moi la question : comment s'appuyer sur une expérience professionnelle et personnelle de l'ostéopathie pour penser cette discipline et tenter d'en comprendre les ressorts ? Quelle dissection opérer dans cette pratique pour en saisir l'essence ? Comment rendre compte de l'expérience si particulière que celle de capter le mouvement infime et puissant d'un corps immobile et vivant et de sentir sous ses mains le passage d'un état de dysfonction d'un tissu organique à un état harmonieux ? Pour beaucoup, cette expérience de la mobilité du corps et de ses ressources thérapeutiques reste mystérieuse, et c'est cet aspect énigmatique que je souhaite approcher ici en choisissant l'injonction fréquemment utilisée lors de l'enseignement en ostéopathie : « Lâche ton mental et laisse travailler tes mains ».

C'est la dimension initiatrice de cette phrase qui me semble rendre compte de la part essentielle du travail à accomplir pour exercer pleinement l'ostéopathie, comme un passage d'un lieu de savoir et de raison à celui d'une expérience et de perceptions. Ce passage ne se fait pas d'un jour à l'autre et s'est amorcé pour ma part lors d'un voyage en Chine où, jeune médecin occidentale, je fus sollicitée pour un avis « éclairé » auprès d'une patiente, malade depuis plusieurs semaines ; en fait d'éclairage, je ne disposais que de mes deux mains et je me suis vite rendue compte que, sans stéthoscope, sans bilan sanguin et a fortiori sans imagerie médicale, j'étais totalement démunie et que mes mains m'apportaient de bien piètres informations et encore moins de ressources thérapeutiques. Il me fallait donc pour continuer à devenir médecin, acquérir un savoir-faire diagnostique et en partie thérapeutique avec mes deux seules mains. Cette première expérience du « manque » au savoir médical a été confortée par la suite, lors de mon exercice en pédiatrie sociale, quand les échanges avec les parents par le biais du langage oral se sont révélés bien limités, soit du fait d'incompréhension d'une langue étrangère, soit par la difficulté pour eux, à dire une souffrance ou à exprimer une demande. Cette impasse verbale est encore plus nette si on s'adresse à un bébé qui pleure sans le prendre, le toucher, le contenir, le caresser. Je commence alors à imaginer que toucher ces mamans qui souffrent soit de carence de soins aimants, soit de violences physiques, serait une meilleure façon d'amorcer un soin juste, d'exercer une médecine adaptée aux besoins de

nombreux patients. C'est là qu'une médecine du toucher, une médecine manuelle devient nécessaire et que l'ostéopathie paraît être l'approche la plus adéquate.

La formation d'ostéopathie pour des médecins est une initiation prise dans le sens d'un passage : passage d'une posture de pouvoir à celle d'un accompagnement, d'un monde de raison à celui de perceptions, de la conception d'un problème à résoudre à celui d'un état de santé à restaurer. Ce sont bien des passages qu'il s'agit d'emprunter mais en se gardant de les prendre à sens unique, dans la mesure où il ne s'agit pas de quitter un état pour un autre mais plutôt de découvrir, investir une autre façon de soigner sans renier tous les apports structurants des enseignements par la raison.

C'est pourquoi le travail de réflexion engagé ici, tout en explorant les passages ou les ouvertures à réaliser, se propose de questionner les apports et les limites du mental dans la pratique ostéopathique et d'explorer le domaine plus intuitif du soin avec les mains.

I Des passages et des ouvertures

Puisque un chemin est à faire, nous choisissons ici de le parcourir en marquant le pas d'abord dans le temps car les questions touchant à l'art de soigner sont anciennes et les réponses en leur temps peuvent nous éclairer maintenant, puis en nous référant au corps, objet de notre travail, qu'il tende vers le pathos ou vers le vivant et enfin en nous intéressant à la place du thérapeute quand il raisonne ou développe son intuition.

1) Des barbiers aux chirurgiens : questions d'identité

Être médecin et ostéopathe en France, aujourd'hui, c'est franchir une frontière qui rappelle celles qui séparaient au 16^e siècle les médecins qui ne parlaient entre eux que le latin, en portant la robe longue et l'hermine, en discourant sur les humeurs du malade sans « toucher au sang », d'avec les chirurgiens qui latinisaient eux aussi et portaient la robe longue, quoique sans l'hermine, mais s'intéressaient aux traitements des plaies et des fièvres sans pour autant y mettre la main, tâche reléguée aux barbiers qui eux, portant la robe courte, se chargeaient de « fourrager les chairs »¹.

Dans son livre sur Ambroise Paré, Jean Michel Delacomptée nous rappelle comment ce dernier, en imposant la qualité de son travail, celui de ses mains, a hissé le statut de barbiers à

¹ J.M. Delacomptée, *Ambroise Paré, la main savante*, Paris : Gallimard, « l'un et l'autre », 2008.

celui de chirurgiens-barbiers et contribué à donner ses lettres de noblesse à la chirurgie face à des médecins qui s'inquiétaient de la place grandissante que pouvaient prendre ces derniers.

Les rivalités de pratiques et de reconnaissance au sein de ces confréries ne sont pas sans rappeler les batailles actuelles autour des décrets attribuant ou non les titres de profession de santé aux ostéopathes et leur interdisant de toucher à certaines parties du corps (touchers intrapelviens, cervicales) ou au corps et crâne des nourrissons, sans la prescription expresse d'un médecin qui, le plus souvent, méconnaît l'indication et la portée de ces gestes.

Les médecins d'aujourd'hui ne parlent plus la langue latine mais celles des sciences dures, biochimie, biologie cellulaire, génétique, statistiques... et prennent de la distance avec l'examen clinique, le travail de leur main perceptive.

Les chirurgiens, pour leur part, continuent par leur haute technicité à faire progresser les possibilités de réparation du corps, même si pour cela, le contact direct avec le patient devient de plus en plus restreint : le relais par des robots semble augmenter l'efficacité des interventions en réduisant le geste direct du chirurgien sur le patient qui lui-même est « absent », en tout ou partie, du fait de l'anesthésie.

Devient alors vacant l'espace où le patient peut sentir sur lui, sur son corps, des mains qui cherchent le soulagement de sa douleur.

C'est à cette place, par le travail de leurs mains, que les ostéopathes mettent en œuvre leur savoir et demandent la reconnaissance d'un statut de professionnels de santé.

Il est alors étonnant de rapprocher les termes utilisés par J.M. Delacomptée pour caractériser le travail d'A. Paré : « *C'était un œil aux deux bouts d'une main...la main qui tranche et la main qui panse. La main qui soustrait et la main qui ajoute. La main qui fabrique... l'intelligence, la bonté tout entières dans la main.* » avec ceux que W.G. Sutherland, pionnier de l'ostéopathie crânienne, pouvait utiliser : « *des doigts qui pensent, sentent, voient et savent...* »

A quelques siècles d'écart, le travail de mains soignantes repoussent les limites des corporatismes au sein des professions de santé en explorant toujours plus avant ce qui constitue le vivant du corps de l'humain.

2) D'un corps « qui ne va pas » à un corps « qui va ».

L'exploration, la reconnaissance du vivant dans le corps de l'humain est un des points forts de la démarche de soin de l'ostéopathe. C'est une posture d'accueil, de sollicitation qui amène le thérapeute, avec ses mains, avec son corps entier à entrer en résonance avec le corps du

patient, à nommer intérieurement ce qui fonctionne chez lui et à mobiliser les ressources de ce corps occupé par la plainte, pour en lever les obstacles.

C'est ce que Christine Schweitzer évoque autrement dans son livre *l'ostéopathie intrapelvienne, l'arbre gynécologique*, quand elle met en jeu les deux pôles actifs en chacun de nous, le pôle thérapeutique et le pôle blessé en lésion, qui s'activent différemment mais les deux de façon nécessaire, pour qu'un processus thérapeutique s'enclenche ; le thérapeute se présente avec sa capacité d'aide en activant son pôle thérapeutique, son pôle blessé restant dans l'ombre et le patient, lui, présente sa demande d'aide avec son pôle blessé, son « ostéopathe intérieur » demeurant caché :

Dans les règles de l'art, le travail du thérapeute ostéopathe consiste à éveiller le thérapeute ostéopathe intérieur du patient, alors que ce dernier, blessé, va éveiller par résonance la blessure interne du thérapeute ostéopathe.²

Elle cite alors l'analyste jungien A.Guggenbühl-Craig :

Si quelqu'un devient malade, c'est l'archétype soignant/soigné qui s'anime en lui. Le soigné cherche un soignant extérieur et, en même temps, il active son soignant intérieur. C'est le soignant dans le patient lui-même qui guérit tout autant que le thérapeute soignant qui intervient de l'extérieur. Le facteur de guérison est le soignant en nous.³

Cet énoncé d'un principe thérapeutique à l'œuvre chez le patient rappelle pour les ostéopathes la notion d'autoguérison, si souvent évoquée dans ses écrits par A.T.Still, un des fondateurs de l'ostéopathie.

Les soignants en France actuellement sont la plupart du temps confrontés à une tout autre démarche, calquée sur la médecine allopathique qui enseigne la maladie comme un objet en soi, un défaut à corriger ou à éliminer, avant de la représenter comme une étape vers « plus de vie ». Ce sont les symptômes présentés par le patient qui conduisent à l'identification d'une pathologie qui porte un nom, elle-même corrélée à un protocole thérapeutique. Le thérapeute a à faire avec un corps « qui ne va pas ».

La démarche ostéopathique, au sein des médecines dites alternatives, part donc d'un postulat différent qui, tout en identifiant et traitant les restrictions au maintien d'un état de bonne

² C. Michel-Schweitzer, *Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique*, Paris, Robert Jauze, 2005

³ A. Guggenbühl-Craig, *Pouvoir et relation d'aide*, Bruxelles, P. Margada, 1985

santé, mobilise avant tout les ressources de ce corps « qui va », qui font la force de ce patient et lui permettent de franchir l'étape de la maladie.

Pour les ostéopathes, il y a donc un chemin à parcourir de la posture mentale du praticien rationnel, en quête d'une pathologie à combattre à celle des mains du praticien en quête d'appui sur le « thérapeute intérieur » du patient.

3) *Du raisonnement à une représentation de la demande du patient*

Comme nous l'évoquions précédemment, la médecine dite conventionnelle enseignée actuellement dans les facultés est une médecine de raison, de raisonnement.

La démarche diagnostique est très déductive, et se concentre de plus en plus sur des arbres décisionnels prenant en compte toutes les données recueillies. Les articles médicaux sont passés de la sémiologie, avec ses descriptions minutieuses des signes de la maladie, à des schémas d'orientation diagnostique qui ciblent plus une efficacité de résultats scientifiques qu'un art de la médecine.

De même, le choix du traitement se fait sur la base de protocoles, hautement recommandés par les organismes de tutelle, qui sont construits sur des données d'efficacité statistique (mortalité, morbidité) plus que sur l'évaluation d'un mieux-être des patients.

En cela on peut dire avec D. Le Breton que « *la médecine oublie que l'homme est un être de relation et de symbole et que le malade n'est pas seulement un corps à réparer* »⁴.

C'est ce qu'est venue dire avec force la psychanalyse en reconnaissant la fonction symbolique de la maladie et en considérant le corps « comme contenu manifeste d'un rêve »⁵. En acceptant de s'atteler à cette dimension du symbole pour la personne malade, la psychanalyse n'a-t-elle pas dispensé la médecine de prendre en compte la question du sens que pose le patient avec sa souffrance ?

Entre ces deux pôles de soins apportés à un patient, médecine et psychanalyse, se trouvent les médecines dites parallèles et en particulier l'ostéopathie qui, d'emblée, va aborder le corps comme un mouvement ou encore comme un ensemble d'éléments mobiles, animés par une énergie. L'ostéopathe, dans un même temps, recherche la dysfonction, la restriction de mobilité et sollicite délibérément la source du mouvement, les ressources du patient ; il interroge simultanément l'effet et la cause de la plainte.

⁴ David Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : PUF, « Quadrige », 2013

⁵ Pierre Fedida, cité par D. Le Breton, *idem* p.126

Cette attention portée à la présence de la personne et à la source du mouvement du corps introduit le patient dans sa dimension de sujet : son mouvement lui est propre et il peut, dans la perception qu'il a de sa mobilité sous les mains de l'ostéopathe élaborer une représentation de son corps et la faire sienne.

Au-delà d'une éventuelle guérison, il [le malade] regagne une dimension symbolique qui pare son corps et donc sa propre existence d'une valeur et d'un imaginaire qui lui faisaient défaut ; il enrichit sa vie d'un supplément d'âme qui n'est autre qu'un supplément de symbole.

De même, les médecines douces donnent au malade ce surcroît de sens nécessaire à la sécurité ontologique.⁶

Ces passages successifs, ces ouvertures que nous envisageons, peuvent-elles s'opérer et se penser sans lâcher quelques certitudes, quelque bord rassurant pour aller vers d'autres expériences ?

II) Que faut-il lâcher ou non dans l'espace de la raison ?

Quand les ostéopathes enseignants recommandent de « lâcher le mental » ils ne demandent pas de renoncer à tout raisonnement ou référence à des savoirs scientifiques ; ils continuent à enseigner l'anatomie, la physiologie et la sémiologie du corps. C'est plutôt une distance qu'ils souhaitent introduire entre « la tête » et les mains de l'étudiant ostéopathe, un engagement d'une autre part de lui-même que celle du raisonnement. Que faut-il mettre de côté dans la fonction raisonnante de notre cerveau pour accéder à l'expérience de la perception et de la mise en résonance des mains et du corps du thérapeute avec le corps du patient et sa personne ?

Quelle place tient l'anatomie dans ce travail de perception, quel objectif se donne l'ostéopathe au terme de sa consultation en termes d'efficacité ou alors d'efficience et comment un thérapeute défend-il la sécurité de sa raison face à des phénomènes qui lui sont inconnus ?

1) L'anatomie, cadre de travail

L'anatomie est présentée comme l'alpha et l'oméga de la pratique de l'ostéopathe et A.T. Still, un des fondateurs de l'ostéopathie au 19^e siècle, l'énonçait très clairement quand il écrivait : « l'ostéopathe doit se souvenir que sa première leçon, c'est l'anatomie, sa dernière

⁶ D. Le Breton id. p. 197

leçon, c'est l'anatomie et que toutes ses leçons sont l'anatomie »⁷. Et les auteurs de livres écrits sur l'ostéopathie s'accordent pour dire que la finesse de perception d'un praticien est étroitement corrélée à sa connaissance de l'anatomie. Nicette Sergueef en particulier écrit :

*...à chaque étape de la progression de notre étude de l'anatomie, la palpation devient plus facile et les liens entre les différentes régions du corps plus évidentes. L'anatomie prend alors de plus en plus d'importance dans l'approche ostéopathique et son étude devient passionnante.*⁸

L'histoire de l'anatomie est faite de représentations successives du corps, évoluant au cours des siècles et, si les premières gravures nous font sourire par leur imprécision au regard de ce que nous savons maintenant, nous pouvons penser que les images actuelles ne sont elles-mêmes encore qu'une représentation du réel et non pas une vérité définitive sur le corps. L'anatomie née avec la pratique de la dissection n'a été possible qu'en acceptant une discontinuité entre le corps et l'âme du sujet, entre l'individu et le cosmos environnant ; c'est à cette condition que l'effraction de l'enveloppe du sujet a été possible.

*Les premières dissections pratiquées par les anatomistes à des fins de formation et de connaissance témoignent d'un changement considérable dans l'histoire des mentalités occidentales. Avec les anatomistes, le corps cesse de s'épuiser tout entier dans la signification de la présence humaine. Mis en apesanteur, dissocié de l'homme, le corps est étudié pour lui-même, comme réalité autonome. Il cesse d'être le signe irréductible de l'immanence de l'homme et de l'ubiquité du cosmos.*⁹

Il fallait donc que ce corps soit devenu inhabité et dépourvu de sens ontologique pour qu'il puisse être découpé et qu'il révèle une topographie, voire des fonctions. Ce qui n'est pas sans rappeler le travail des chirurgiens actuels qui prennent la précaution d'«endormir» le sujet avant de pénétrer et trancher dans ce corps.

S'il a fallu séparer le corps de l'âme pour faire de l'anatomie une science, le mouvement inverse s'opère quand l'ostéopathe prend appui sur les représentations les plus précises possibles qu'il a des différents os, articulations, organes et de leurs fonctions pour saisir le

⁷ A.T. Still, *the philosophy and mechanical principles of osteopathy*, Kirksville,MO: Osteopathic enterprise;1986 p.12

⁸ N. Sergueef, *Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie crânienne*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2009 p. IX

⁹ D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, Quadrige, 2013

mouvement subtil qui les animent. Il part à la recherche d'une âme (anima : qui anime) en se représentant les images détaillées qu'il se fait d'un corps.

Cette connaissance de l'anatomie pourrait être comparée à une connaissance fine de l'alphabet, puis des mots et de la syntaxe, tout ce qui permet de lire et de comprendre un texte ; le contenu du texte et son sens ne deviennent vraiment accessibles qu'au moment où le lecteur prend la distance nécessaire avec l'outil de lecture pour en saisir la teneur et la subtilité. Si l'ostéopathe, en début de formation, « annonce » encore son anatomie, il comprend au fur et à mesure et d'autant plus finement son patient qu'il devient linguiste en anatomie et « lâche » le dessin des lettres pour pénétrer dans le texte.

2) *La recherche d'efficacité ou la reconnaissance d'efficience*

Si le moyen de pénétrer avec intelligence dans le corps du patient est l'anatomie et que cela prête à dissenter, il faut bien convenir que, pour le patient, la finalité de la consultation d'ostéopathie, reste quand même son mieux-être. La question de la finalité pose celle du résultat et de l'évaluation de ce résultat, sujet d'autant plus sensible que c'est dans ces termes que les échanges et les reconnaissances se nouent avec les autres professions de santé.

Dans quels termes évaluer ce mieux-être ? En terme d'efficacité, comme en recherche clinique avec des preuves de résultats sur les symptômes de la maladie, ou en terme d'efficience qui s'attache, dans le cheminement thérapeutique avec le patient, à une élaboration de sens, plus proche de l'attitude de la recherche fondamentale : comment cela fonctionne-t-il ? Face à cette question de l'évaluation, d'autres réponses que celle unique de l'efficacité sont proposées et J.M. Gueullette, dans un article de la revue *Etudes*, en étudiant la notion d'efficacité utilisée comme critère unique dans l'évaluation des médecines alternatives, introduit la notion d'éthique comme critère de discernement alternatif :

Lorsqu'on parle d'évaluation de ces thérapeutiques reposant sur des fondements différents de ceux de la biomédecine occidentale, il est fréquent que soit mis en avant un seul critère de discernement : celui de l'efficacité...¹⁰

L'efficacité objectivable ou mesurable n'est pas le seul effet que l'on peut rechercher dans une thérapeutique : l'être humain peut par exemple être satisfait de trouver des éléments d'élaboration de sens dans une démarche qui vient compléter une thérapeutique

10 Jean Marie Gueullette o.p., « Evaluation des médecines alternatives », *Etudes*, 2013/2 Tome 412, p.174

*efficace...*¹¹

*Pour compléter l'approche par l'efficacité, qui n'est pas à négliger malgré ses limites, il semble que l'évaluation par le biais de l'éthique puisse être féconde et assez bien adaptée aux médecines complémentaires.*¹²

Nous ne développerons pas ici les principes de l'éthique en tant que critère de discernement dans l'évaluation de l'ostéopathie mais soulignons le principe de la démarche qui consiste à ne pas réduire l'évaluation d'une thérapeutique à la recherche de résultats objectifs, rassurants pour la raison critique du mental, mais à donner place à l'élaboration de sens, faisant largement appel à d'autres registres, comme l'intuition.

Ce regard porté sur la recherche d'efficience, nécessaire en ostéopathie, au-delà de l'efficacité, est conforté par le travail de réflexion mené par G. Devereux sur « *le lieu de la démarcation [qui] présuppose une prise de conscience créatrice de l'existence de l'observateur* »¹³ au sein d'une expérience. Il explique ainsi que toute expérience implique l'observateur en tant que participant de l'expérience, au même titre que l'objet observé et que, de ce fait, il n'y a pas de résultat objectif d'une expérience scientifique mais bien une mesure « subjectivée » par l'observateur qui recueille lui-même le résultat de l'expérience.

Il n'y aurait donc pas de critères strictement objectifs d'évaluation d'une interaction thérapeute/patient ; l'observateur-thérapeute n'est pas à distance, extérieur à l'objet-patient mais affecté lui aussi par le mouvement thérapeutique à l'œuvre chez le patient et, de ce fait, ce sont des observations d'effets relatifs qui seront recueillies au terme d'une consultation d'ostéopathie.

C'est donc en fonction du *lieu de démarcation* choisi, objet à distance de l'observateur ou objet en interaction avec l'observateur qu'il y aura pertinence ou non de l'évaluation d'une action thérapeutique.

Ainsi, le travail de G. Devereux nous renvoie à la différence de posture entre une approche objectiviste du soin où la pathologie du patient est un problème à résoudre et où le résultat est à évaluer en terme d'efficacité et celle, relativiste où le soin relève de la recherche de sens, l'histoire du patient du mystère et où le résultat s'évalue en terme d'efficience.

¹¹ Idem p.175

¹² Idem p.178

¹³ G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, 2000, p.382-385

3) *Du corps-objet au corps-sujet, l'expérience d'un mystère*

Comment la philosophie pourrait-elle ne pas interroger l'expérience ? Aucune question philosophique ne pourrait surgir s'il n'y avait pas expérience d'un mystère, celui d'une rencontre entre ce que nous sommes et ce qui est. Cette rencontre est ce qui, sans préjuger du sens de l'expérience, définit l'expérience même.¹⁴

Dans cette exploration d'un corps « habité » qui apparaît comme un des piliers de l'ostéopathie, la philosophie et l'ésotérisme nous permettent, l'une et l'autre différemment, de cheminer en confrontant l'expérience à la pensée objective, la présence au mental.

Si nous revenons à l'injonction à l'origine de ce travail, les enseignants en ostéopathie, tout au long de la formation, somment l'étudiant de « lâcher le mental », que ce soit dans un temps diagnostique ou dans un temps thérapeutique, de façon à accéder à une expérience d'un autre type que celle de la connaissance anatomique ou gestuelle de l'ostéopathie.

Cette autre expérience, approchée par une voie ésotérique, est évoquée en termes de « présence », décrivant un état de « *vide mental et de présence totale* ».

Eckhart Tolle, écrivain conférencier relatant son expérience spirituelle, décrit cet état de présence comme un état de conscience de la beauté :

Au-delà de la beauté des formes extérieures, il y a plus. Il y a quelque chose d'indéfinissable qui n'a pas de nom. Il y a une essence intérieure, profonde et sacrée. Là où il y a de la beauté, cette essence transparaît d'une façon ou d'une autre. Elle ne vous est révélée que si vous êtes présent. Serait-il possible que cette essence indicible et votre présence soient une seule et même chose ?... Le mental ne peut ni reconnaître ni créer la beauté.¹⁵

Dans l'approche philosophique, la pensée de M. Merleau-Ponty reprise par Franck Robert dans un ouvrage traitant de *l'expérience*, nous introduit, elle, au cœur de l'expérience pour elle-même, comme perception du monde :

L'expérience, comme contact avec l'Être, épreuve même du monde, oblige à dégager les termes d'une nouvelle ontologie, termes sans lesquels l'expérience demeure impensable.

...Réveillez l'expérience du monde, c'est ainsi se rendre attentif à l'apparaître du monde, se rendre présent au monde tel qu'il se donne à nous ; c'est par notre corps que

¹⁴ Franck Robert, sous la direction de L. Perreau, *l'expérience*, Paris, libr philosophique J.Vrin, 2010

¹⁵ E.Tolle, *le pouvoir du moment présent*, Paris, Flammarion, coll. J'ai lu, 2010

*nous sommes au monde, le monde est précisément ce que nous percevons. L'expérience du monde nous révèle ainsi à nous-mêmes comme sujet de perception, nous révèle comme sujet corporel.*¹⁶

Que ce soit l'un ou l'autre des regards portés sur la rencontre de l'Être, elles soulignent toutes deux l'impossibilité pour le mental ou la pensée objective de faire l'expérience de l'expérience :

*Cela, la pensée objective ne parvient pas à le penser ; la science est en effet incapable de décrire ce que signifie percevoir, ce que signifie notre première expérience du monde...La science manque l'expérience, car elle cherche à l'expliquer à partir d'objets qui ne relèvent plus de l'expérience, mais qui en sont l'idéalisation.*¹⁷

Et c'est dans ce sens de pensée objective ou de science que le mental, dans ses limites à percevoir, peut retarder l'expérience de la rencontre entre le patient et le thérapeute, lieu et temps thérapeutiques puisque lieu et temps de rencontre entre deux individus introduits par l'expérience dans leur qualité de sujets.

L'introduction d'un individu dans sa qualité de sujet, reconnue, acceptée, est donc au cœur de la consultation d'ostéopathie et il est remarquable de constater chez M. Merleau-Ponty la place faite à la notion de corporéité de l'expérience ; l'être au monde du sujet devient sensible par son incarnation, se révèle par son corps habité.

L'ostéopathe est à pied d'œuvre : conscient de son corps et présent, il peut engager la rencontre avec le patient dans le corps à corps auquel ses mains l'introduisent.

III) Laisse travailler tes mains

Ancré par ses pieds au sol qui le porte, conscient de sa propre respiration, de l'espace qu'il habite et de celui que le patient est en train de prendre, l'ostéopathe pose ainsi le cadre de la consultation en complétant celui déjà posé par le récit du patient lors de l'anamnèse.

Il se rend ainsi disponible pour recevoir les informations émanant du patient, aller à sa rencontre et engager le traitement estimé nécessaire.

¹⁶ Franck Robert, sous la direction de L. Perreau, *l'expérience*, Paris, librairie philosophique J.Vrin, 2010

¹⁷ F. Robert, id.

1) *Accueillir l'information*

Nous sommes une quinzaine de médecins dans un cursus de perfectionnement, après l'obtention de notre diplôme d'ostéopathe et nous apprenons à sentir et à manipuler les tissus qui ne sont pas directement accessibles au toucher ; ce jour-là, nous sommes à la recherche du psoas, muscle profond, puissant, souvent à l'origine de douleurs dans le bas du dos ; je sais anatomiquement où il se trouve, une diapositive est sous nos yeux pour nous le rappeler, et mes doigts le cherchent, fouillent l'abdomen de mon courageux binôme, sans grands résultats : j'ai bien la paroi de l'abdomen sous ma main, je devine le colon et ensuite, brouillard, silence, mes doigts sont impuissants à pénétrer plus avant ; c'est alors que mon binôme, patient et disponible me rassure en me confirmant qu'il a bien un psoas de ce côté-là et qu'en l'imaginant à sa place, je peux le « laisser venir » sous mes doigts ; c'est une expérience nouvelle qui s'offre à moi, de ne plus chercher mais d'accueillir, de ne plus vouloir trouver mais d'espérer recevoir. Rattachée à l'image anatomique, confirmation de la présence d'un organe, je découvre par la présence de mon partenaire et la confiance d'une écoute possible que j'ai accès à cet organe et que mes doigts peuvent le rencontrer et en saisir ses caractères. Les allers et retours permanents entre l'imagination, représentation mentale d'un objet ou d'une situation connue, et la disponibilité de réception à des sensations encore inconnues vont devenir le fondement de ma progression en ostéopathie.

Si nous reprenons les éléments qui marquent cette progression, nous pouvons retenir *la présence de l'autre*, comme rencontre du non soi ; il y a là de l'inconnu, créateur de mouvement, d'aller vers, comme le mouvement entre vide et plein. Même l'écoute d'un arbre, les deux mains posées sur le tronc, nous oblige à reconnaître l'altérité du vivant rencontré. Il n'est pas alors inutile de rappeler la nécessité de maintenir cette altérité tout au long de l'exercice ostéopathique, par la posture physique aussi bien que psychique, tant la tendance à rompre cette distance génératrice d'information est forte.

Nous retenons aussi *la disponibilité*, en tant qu'arrêt de l'activité propre en cours, dans l'idée de faire en soi une place nécessaire, un espace vacant où la sensation puisse devenir perception. C'est peut-être cette disponibilité qu'on nomme souvent « écoute » en ostéopathie.

Retenons encore, *la confiance* qui nous dépossède de nous-même en levant le voile permanent du doute et met en lumière ce qu'on n'ose pas voir en redoutant l'inconnu : quoiqu'il arrive, je peux aller au-devant du vivant.

Le thérapeute, avec ses mains, disponible et confiant est à même de recueillir ce que le corps du patient a à dire.

2) *Traverser les émotions, l'histoire*

Ida K. a une trentaine d'années quand elle vient en consultation la première fois ; elle pratique des sports extrêmes, fait du vol libre, se jetant dans le vide pour être « rattrapée » par son parachute au moment nécessaire, plonge dans les profondeurs, jusqu'aux mers les plus froides sous les glaces du Groenland, grâce aux bouteilles qui lui assurent l'air nécessaire et pousse son corps à prendre des risques importants en souffrant terriblement de ses lombaires, raison pour laquelle elle vient me voir ; assez vite une hernie discale est diagnostiquée, dont elle se fera opérée dans l'année qui suit notre rencontre. Mais je vais la voir en ostéopathie régulièrement pendant plusieurs années, tant ses douleurs restent multiples, ce qui ne l'empêche pas de mener une vie professionnelle d'ingénieure, intense. Dès la première consultation mes mains rencontrent son corps, comme un bloc, qui supporte le contact mais ne se résout pas à se poser sur la table ; j'ai senti sa réticence à se déshabiller et une couverture légère servira de protection entre sa peau et mes mains tout au long de nos séances. Je ne peux pas d'emblée explorer en profondeur ce que ce corps a à dire : je ne suis pas autorisée à « rentrer » chez elle et travaille donc dans des mobilisations globales de ses articulations et des temps d'écoute courts au niveau du bassin et de l'abdomen ; je fais mon travail, sans chercher une rencontre particulière, accueillant simplement le fait qu'elle soit là, sur la table et qu'elle accepte d'y rester. C'est pourquoi, quand je pose ma main sous son sacrum, premier point d'appui et d'écoute de sa charpente osseuse, je ne pourrai rien lui dire de cette sensation de pierre, de pic, qui vient traverser ma main et la table, comme clouées ; et dans le même temps que cette densité extrême et pointue, un sentiment de grande tristesse vient m'envelopper ; je connais maintenant ces sentiments qui surgissent au décours d'un geste ou de la main posée, qui peuvent m'envahir en surprenant parfois par leur intensité et que je sais être l'émergence d'une émotion atteinte chez le patient ; je saisis donc cette émotion de tristesse, la salue comme écho à la possible mienne, et la laisse prendre une place au-dessus, au-dedans du bassin mais dissociée du tissu osseux lui-même. C'est une première étape, de reconnaissance de la peine enfouie dans son corps, mais dont j'ai l'intuition qu'elle n'est pas encore accessible pour Ida, qui restera en suspens dans son bassin encore de longs mois et que je retrouverai à chaque séance dans ce sacrum pierreux. Il faudra

étayer tout le reste de son corps et qu'Ida K. soit peu à peu plus sûre de ses forces pour évoquer avec elle cette émotion, mettre des mots sur une probable blessure enfermée.

Ce qui apparaît d'abord dans cette situation est la proximité, voire l'intimité, du corps à corps, ici « protégée » par la couverture, qui caractérise le toucher dès lors qu'il est consenti : en venant en consultation d'ostéopathie, le patient sait qu'il va être touché ; il le sait au plan physique, il est parfois surpris au plan émotionnel. Le toucher est effectivement une mise en jeu des émotions et Didier Anzieu le dit dans son travail sur le « *moi-peau* » quand il en parle comme le sens des premières expériences de mise en relation, inscrivant durablement l'histoire du sujet à la surface de son corps :

Le Moi-Peau est le parchemin originare, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originare » préverbale faite de traces cutanées.¹⁸

Cette rencontre et mise en jeu des émotions du patient est donc inhérente à la pratique de l'ostéopathie et il revient au praticien de les prendre en compte ou non et d'en utiliser les ressorts thérapeutiques ou non.

L'effet remarquable ensuite de ce toucher du corps avec les mains est la réciprocité, soulignée par Claude Camilli, citée par Marie Laure Veyron dans son ouvrage, *le toucher dans les évangiles* :

Le toucher est le sens de la proximité et de la réciprocité... Le toucher n'admet pas d'intermédiaire. C'est un sens qui oblige à s'engager personnellement car nul ne peut toucher sans être lui-même touché par ce qu'il touche.¹⁹

Nous retrouvons là l'écho de l'émotion quand elle est retenue dans un corps et que l'ostéopathe apprend à la reconnaître chez lui, à la différencier de celle du patient afin d'être en mesure de maintenir avec ce dernier une juste distance nécessaire à l'altérité et au geste thérapeutique qui va suivre. La fusion des émotions et des histoires propres à chacun des partenaires de la consultation serait confusion, et perte du repère thérapeutique pour le patient. Soulignons ici aussi l'importance pour l'ostéopathe de savoir doser cette distance nécessaire qui fait que sa main peut « pénétrer » dans une intimité très profonde du sujet comme se tenir à la surface de la peau, en fonction des capacités du patient à faire l'expérience du toucher et à

¹⁸ D. Anzieu, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985, p.104

¹⁹ Cl. Camilli, *le toucher et la psychanalyse*, in M.L.Veyron, *le toucher dans les évangiles*, Paris, ed.du Cerf, 2013, p.31

élaborer son histoire à partir des bouleversements possibles dans son organisation interne. C'est un devoir de respect du thérapeute pour son patient et une affaire d'intuition pour l'ostéopathe vis-à-vis des informations perçues.

3) Choisir et guider le traitement

Tout au long de la consultation les informations du patient ont été recueillies et le thérapeute, tout en traversant les émotions et l'histoire de ce dernier, choisit peu à peu le lieu de son intervention :

Ce jour-là, ce sont les dorsales, et même la quatrième dorsale qui réclame toute l'attention de mes mains ; j'ai beau les promener, telles un radar, au niveau des cervicales où siège la douleur du patient, c'est sur le thorax que mes mains sont attirées de façon insistante, enregistrant un message d'alerte, de tension perçue et c'est en regard de cette quatrième dorsale qu'elles s'arrêtent, interrogeant la vertèbre « restreinte ».

Les mains auraient donc cette fonction de langage qui permet les questions et les réponses entre deux partenaires, entre la main, le corps de l'ostéopathe et ce segment rachidien, fragment du patient. Le dialogue qui s'instaure alors se joue à deux niveaux : une perception nette dans les tissus de la main du mouvement restreint de l'articulation, des deux apophyses qui cherchent à se dégager de leur restriction, comme si cette main tenait l'amarre au bout de laquelle un bateau tire et qu'on puisse manipuler cette amarre, et la perception concomitante de deux êtres qui se côtoient dans cette même pièce dans une attention mutuelle et silencieuse, cette attention paraissant nécessaire à la mise en mouvement du bateau au bout de son amarre.

Faisant confiance à la perception reçue par mes mains, je positionne le patient, puis son thorax, puis de façon de plus en plus fine, à tout petits mouvements, j'ajuste la place de ce segment vertébral et la vertèbre elle-même ; ma main enregistre la détente progressive de la tension dorsale et l'image qui se forme ce jour-là dans ma tête est celle d'une vertèbre « fatiguée » qui demande un temps de repos ; un autre jour, je pourrai avoir l'image d'une vertèbre en colère, en lutte ou bien désemparée, mais là, la vertèbre vient se nicher dans le mouvement induit par ma main, mon bras, mon bassin et l'ensemble de mon corps qui oscille doucement sur mes deux pieds bien ancrés au sol, et au bout de plusieurs secondes je la sens qui « soupire » et se relâche ; elle reprend une position dans l'axe de l'ensemble de la colonne et retrouve ce petit flottement d'elle-même, indiquant sa mobilité retrouvée. C'est un même soupir que pousse très souvent le patient lui-même, de tout son

diaphragme : le relâchement est enregistré par l'ensemble de son corps et celui-ci le manifeste.

Il a fallu, dans cet exercice, faire un choix à partir d'une perception, sensation décodée à l'aune de l'expérience et suivre, dans une attention réciproque de la main et des tissus du patient, le dialogue d'ajustement entre une situation de conflit (ici, de l'articulation) et une proposition de résolution de la tension induite par la main. C'est la main et le corps de l'ostéopathe qui interagissent avec celui du patient sans que l'activité mentale n'en contrôle le déroulement ; elle reconstitue et ordonne les images de l'action a posteriori et tente ensuite d'en trouver la raison mais le moment thérapeutique est fait d'une attention « flottante » où la raison n'a pas de raison d'être.

Que ce soit donc dans le temps diagnostique ou dans le temps thérapeutique, parfois confondus d'ailleurs tant le corps du patient impose parfois son rythme propre de travail, les mains, le corps et la présence de l'ostéopathe se rendent disponibles, à l'affût des tensions et mouvements vitaux chez le patient qu'ils puissent capter et amplifier, avant d'en maîtriser la raison. C'est sans doute dans cette disponibilité à soi-même, cette attention soutenue à la présence de l'autre et dans la confiance que la vie est faite de mouvement que se situe l'injonction : « laisse travailler tes mains ».

Conclusion

Au terme de ce travail la phrase que nous identifions comme initiatrice « lâche ton mental et laisse travailler tes mains » aura rempli en premier lieu sa fonction de « passeur » pour parcourir le chemin d'une formation de médecin à une pratique d'ostéopathe.

Mais « lâche ton mental et laisse travailler » n'est sans doute pas une recommandation exclusive de l'ostéopathie et, si cette discipline est une des pratiques favorisant le plus cette ouverture, nombre de médecins et de soignants sont aussi dans cette attitude d'écoute des ressources thérapeutiques du patient qu'ils pilotent, chacun avec son savoir-faire.

« Lâche ton mental et laisse » se profère aussi sur le mode incantatoire, au sens de l'action d'enchanter, d'agir avec force par l'émotion : les enseignants en ostéopathie mobilisent clairement par cette incantation le champ émotionnel de leurs élèves et cela apparaît chez certains ostéopathes quand ils parlent de « leurs maîtres ». Reste aux ostéopathes à explorer

pour eux-mêmes ce registre émotionnel, à le dépasser à la rencontre de l'être du patient, véritable thérapeute de son corps.

« Lâche ton mental » a bien sûr, nous l'avons vu, une fonction d'enseignement : comment ne pas restreindre le champ de la perception et investir le domaine de l'intuition ?

Et « lâche » est en fin une invitation faite à chaque thérapeute à adopter la posture humble et vigilante de l'écoute, ouverture aux ressources opérantes en terme de soins du patient.

Bibliographie

- Anzieu D., *le moi-peau*, Paris, Bordas, 1985.
- Cassoura A., *L'énergie, l'émotion, la pensée au bout des doigts*, Paris, Odile Jacob, 2010.
- Delacomptée JM., *Ambroise Paré, la main savante*, Paris, Gallimard, 2007.
- Devereux G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, 2000.
- Gueullette JM. o.p., « *Des doigts qui pensent, sentent, voient et savent* », ethnographiques.org, article à paraître, 2015.
- Gueullette JM. o.p., *Evaluation des médecines alternatives*, Etudes, 2013/2 - Tome 412, p.173 à 184.
- Janssen T., *La solution intérieure*, Paris, Fayard « pocket », 2006.
- Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, « Quadrige », 2013.
- Robert F., *L'expérience*, sous la direction de L. Perreau, Paris, librairie philosophique J. Vrin, 2010
- Schweitzer C., *Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique*, Paris, R.Jauze, 2005.
- Sergueef N., *Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2009.
- Still AT., *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, Vannes, Sully, 2009.
- Tolle E., *Le pouvoir du moment présent*, Paris, J'ai lu, 2010.
- Veyron ML., *Le toucher dans les évangiles*, Paris, ed. du Cerf, 2013.