

Université Catholique de Lyon
Centre Interdisciplinaire d'Éthique
D.U. Philosophie de l'Ostéopathie

Année Universitaire 2016-2017

Où conduit le silence du soin Ostéopathique ?

Mémoire présenté et soutenu par Stéphanie HOULLIER D.O.

Tuteur : Jean Marie GUEULLETTE

REMERCIEMENTS

Merci à Didier LEHOUGRE et Éric DEGEN, qui m'ont transmis la passion de l'Ostéopathie.

Merci à Sandrine, pour sa relecture attentionnée, sa douceur et son soutien inconditionnel.

Merci à mon frère, pour son talent de synthétiseur-traducteur, sa rigueur et sa patience mise à rude épreuve.

Merci à Laetitia DE LA ROUILLE, pour son service : « assistance mémoire j'écoute ! »

Merci à tous les intervenants du D.U. de philosophie de l'ostéopathie d'UCLY, tout particulièrement à Jean -Marie Gueullette tuteur de ce mémoire pour ses précieux conseils et à Claire pour sa qualité de présence et son sourire.

Merci à Suzanne MAUGUIN, qui m'a appris l'écoute du silence des chevaux et qui m'a donné la passion pour mener mon attelage.

Merci à tous mes poilus et plumés d'être là dans mon existence.

Merci à celles et ceux qui sont partis, et qui veillent sur moi.

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin ont croisé mon chemin du cœur que je continue de parcourir.

Merci pour tous nos silences partagés, où nous avons touché la trace de notre présence qui consent à l'autre.

Merci la vie pour ce passage...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
I Le silence comme clé d'entrée du soin ostéopathe.....	5
1.1 Le schéma de Shannon comme cadrage théorique	5
Schéma 1 Application des six éléments du schéma au soin ostéopathe.....	6
1.2 L'épaisseur de la rétroaction grâce au silence imposé.....	6
Schéma 2 Effet du silence -écoute-présence sur la rétroaction.....	7
II Proposition théorique d'un protocole de soin basé sur le silence	9
2.1 La salle d'attente.....	10
2.2 Au bureau.....	10
En réalité, ce silence porte en lui la qualité d'écoute du praticien.	12
Le silence est-il une présence ou une absence du praticien ?.....	12
Le silence du praticien, en s'approfondissant vers une écoute puis une présence, permet d'installer la confiance.	13
2.3 Sur la table.....	13
L'émergence de l'être charnel et conscient.....	13
Le dialogue avec son âme.....	15
La parole authentique	16
La communion avec soi.....	17
Schéma 3 les paliers de la profondeur relationnelle en ostéopathie	18
Schéma 4 le protocole théorique du soin ostéopathe	19
III Des vignettes cliniques qui viennent bouleverser ce protocole	19
3.1 Première vignette.....	20
« Le silence qui permet le dénouement » médiateur : la reconnaissance du silence du sujet vivant.....	20
Le silence d'effondrement post traumatique du sujet	20
Le silence comme médiateur du dénouement	21
3.2 Deuxième vignette	22
Le silence comme puissance de ré-intégration, ré-unification des deux pulsions.....	22
Un silence comme dimension de construction du sujet singulier.....	22
Mise en résonance de la transmission transgénérationnelle	22
3.3 Troisième vignette.....	23
L'alternance et complémentarité silence /parole qui devient une éthique relationnelle	23
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	26

INTRODUCTION

Il existe un lien indéfectible entre la parole et le silence. En effet, vouloir parler du silence passe nécessairement par l'acte du langage. Il s'agit alors d'une parole incarnée, habitée par un sujet doué du langage parlé. En effet, que dirions-nous du langage plus corporel, postural, plus instinctif, celui du cheval par exemple ? La relation silencieuse à cet animal vient résonner dans notre corps émotionnel, et nous invite à écouter ce qu'il s'y joue à l'instant présent : un contact authentique avec notre être. Le cheval nous invite à prendre place dans notre corporalité et à créer avec elle. Loin des stimulations sensorielles, de type informatif qui ne font que nous traverser et laisser un vide intérieur. Elles ne répondent pas à la tension de l'être qui aspire à se sentir vivant, vibrant, et accompli dans son chemin personnel.

Accepter de se retrouver simplement face à l'autre, animal ou humain est déjà un élément intersubjectif à éprouver « La relation avec l'Autre n'est pas une idyllique et harmonique relation de communion, ni une sympathie par laquelle, nous mettant à sa place, nous le reconnaissons comme semblable à nous, mais extérieur à nous: la relation avec l'Autre est une relation avec un mystère »¹ En ce qui nous concerne ici, dans le cadre thérapeutique, un mouvement interne s'amorce, celui de tendre l'un vers l'autre ou au contraire de subir notre entropie naturelle. En effet, le silence fait peur. Sentir, ouvrir ses sens, sentir la vibration de vie n'est pas que confortable.

Se rencontrer nécessite une phase d'habitation, de répétition, d'apprentissage qui permet de se découvrir ou plus exactement de s'approprier. Cela vient convoquer nos facultés d'écoute profonde, nous rendre disponible pleinement.

Le patient consultant est très souvent dans une période de son existence où il sent que lui échappe l'essentiel, comme s'il perdait le contact avec sa réalité. Ils viennent à des moments de questionnements existentiels pour eux, non pas comme on pourrait le croire, avec une quête de sens. Ils cherchent à retrouver une présence dans leur relation aux choses. Ce qui est le plus douloureux pour l'humain est de ne pouvoir relationner pleinement avec ce qui nous arrive. D'être présent à soi et de trouver un cheminement vers ce qui nous importe véritablement comme une sorte de renaissance. Celle-ci peut se passer dans la profondeur du corps comme point d'appui, pour entrer dans l'ampleur de notre expérience.

La réalité est saisissante par essence même, car elle est l'inconnu avec lequel nous sommes là, en présence. N'est-ce pas lorsque nous sommes confrontés à tout sauf à nos repères, que l'inconfort crée devient tellement secouant, que cela permet l'émergence de l'être nouveau. Devant notre vulnérabilité, l'amour peut entrer. Se sentir exister, est un dialogue, être avec les choses.

Décider de se sentir de nouveau vivant, présent au monde, demande d'aller se confronter très doucement à notre part de finitude. Il arrivera un jour où nous serons

¹ Emmanuel Levinas, *Le temps et l'Autre*, Ed Vrin

silence irréversible, aller à sa rencontre et se mettre à relationner avec, nous amène à nous sentir alors en capacité du dire, une tension saine émerge, il s'agit comme l'a si bien dit Jean Wahl d'« une tension active dont aucun équilibre définitif n'assurera à jamais la détente »²cette liberté d'humain d'exprimer qui nous sommes. Cette tension est le refus de nous laisser enfermer

Aussi, pour permettre cette perspective, l'ostéopathe possède dans son arsenal thérapeutique la main. « Le dire » peut se faire par le geste. La main, vivante, porteuse, soutenant, accompagnante, unificatrice a ce don particulier d'une expression unique, d'un langage qui lui appartient car reliée entièrement à l'être qui la mobilise. Elle pourra être façonnée de tendresse, prête à donner et à laisser passer à travers elle, en silence, toute la bonté, car respectueuse de l'unique en l'autre, car pleinement consciente de son entière singularité.

Dans un certain silence voulu, consenti, choisi, en dehors du faire, et de l'avoir, nous retrouvons notre part existentielle.

Durant la consultation, cette dimension peut apparaître car le praticien n'a rien à prouver. L'ostéopathe se met en écoute authentique du patient, en silence intérieur, et de pleine présence à l'autre, l'invitant à advenir par lui-même au monde. Par sa simple présence, le praticien permet au patient de remettre sa vie en énigme, en mouvement, guidé par l'intériorité de son être (son âme ?). Ne rien dire permet de percevoir l'autre au plus près et de partager un souffle commun, celui d'exister, car à cet instant nous communions dans notre vulnérabilité. Le toucher adressé à l'autre et pour l'autre génère un infini respect de l'altérité.

Le silence est alors vivifiant, fécond, et source de joie simple d'exister. Il active en l'humain ce petit rien, qui fait que nous ne sommes pas rien. Aussi, le geste ostéopathique, en comblant l'intervalle existant entre les deux protagonistes est l'expression d'un dialogue qui sera de chair, palpatoire.

Dans ce mémoire nous allons aborder la question de notre dimension secrète derrière le verbe et nous interroger sur la pertinence de ces questionnements. Cet indicible ne peut-il se dire que dans le silence ?

Devons-nous reconnaître que nous sommes ensemencés et traversés de quelque chose de plus grand que nous, d'innommable ? Une des dimensions aujourd'hui utilisée pour nous faire oublier l'abîme de nos existences serait la communication. Dans l'espace entre deux interlocuteurs, la croyance en cette communication ne correspond pas à la vérité d'une relation. Ne pas le reconnaître détruit tout rapport réel à la vérité.

La première partie de ce mémoire consistera à proposer une réflexion sur une des modalités de contact choisi avec le patient dans mes consultations ostéopathiques. Le silence entre nous deux. Ce silence est un mode relationnel qui va permettre une épaisseur dans l'échange, ce que le schéma 1 et 2 vont illustrer.

² V. Jankelevitch, *op.cit.* *Quelque part dans l'inachevé*, Ed. Gallimard

En prenant comme postulat de départ, le schéma de communication classiquement accepté, nous le transformerons afin d'y apporter un nouvel éclairage, notamment en proposant de faire advenir la ré-émergence de l'être.

Dans une deuxième partie, je montre comment ce même silence entre nous deux est une clé d'entrée de deux étapes qui vont s'ensuivre, avec un approfondissement progressif qui va être décrit. Deux autres schémas présenteront le protocole ostéopathique idéal, de manière théorique.

Dans une troisième partie, je présente trois vignettes cliniques me permettant d'illustrer cette présentation théorique. Je montrerai comment le silence a fait son œuvre, ce dont nous avons été le témoin. Il s'avère que la pratique vient bouleverser la typologie proposée dans notre schéma 4.

Nous concluons sur le fait que ce n'est pas un obstacle à la bonne réalisation du soin.

I Le silence comme clé d'entrée du soin ostéopathique

1.1 Le schéma de Shannon comme cadrage théorique

C'est la deuxième partie du mémoire qui raconte comment se déroule le soin ostéopathique mais cela nécessite une première partie théorique qui présente, de manière abrupte, les liens entre le soignant et le soigné. Cette première partie est un préalable nécessaire à la compréhension que nous voulons apporter à propos du silence pendant le soin ostéopathique.

Dans la consultation ostéopathique, deux protagonistes se trouvent dans différents espaces (salle d'attente, au bureau, sur la table) et vont communiquer pour résoudre un motif de consultation. Nous communiquons de manière standardisée en émettant des messages mais je considère que la mise en mot n'est pas suffisante pour comprendre les maux. Aussi, j'envisage ici le schéma de Claude Shannon, référence théorique de la communication, afin de situer les deux protagonistes en question et ainsi mieux comprendre l'amélioration de la rétroaction que je propose avec le silence que j'installe dans ma relation avec le patient.

Lorsque nous communiquons, il y a 6 éléments qui interviennent dont 1 facultatif :

L'émetteur, la personne qui envoie le message

Le récepteur, la personne qui reçoit le message

Le message, les informations ou connaissances transmises

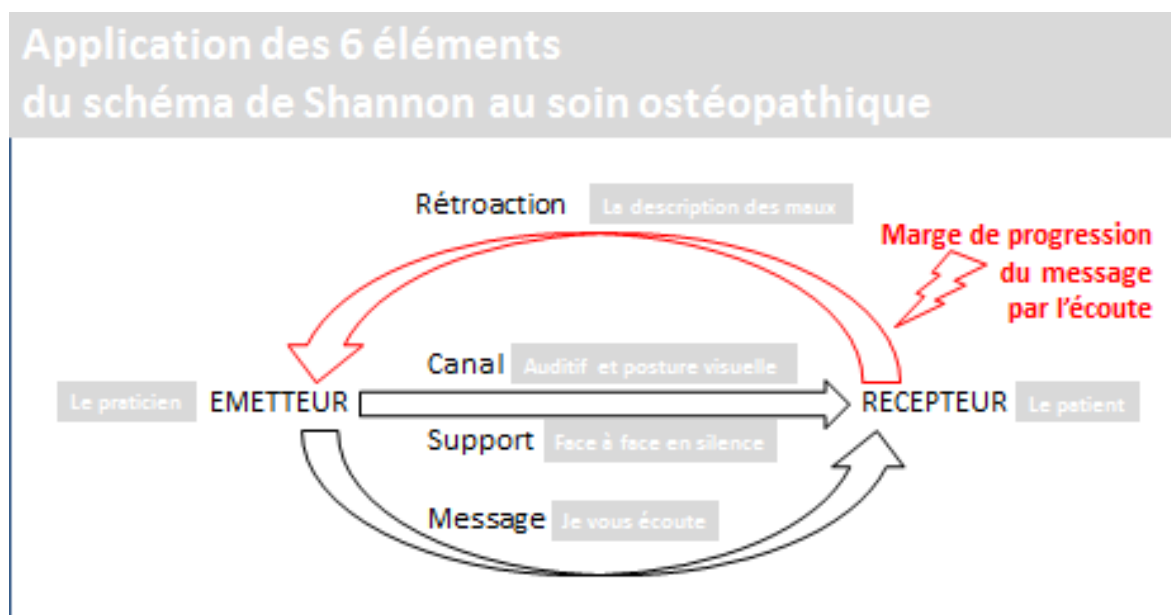
Le canal, ce par quoi le message est transmis (auditif, visuel ou audiovisuel)

Le support, l'outil utilisé pour transmettre le message (mail, fax, tv, ...)

Le retour ou feed-back, élément facultatif, le message que renvoie le récepteur à l'émetteur

Tout ceci est représenté par un schéma, appelé le Schéma de Shannon (1948) que j'ai transposé dans le cadre d'une consultation ostéopathique. C'est à propos de la rétroaction dont le caractère facultatif en théorie, apparaît, dans le cadre du soin ostéopathique, comme l'élément central où tout se joue pour le patient.

Schéma 1



Lors d'un soin ostéopathique, l'émetteur est le praticien, qui envoie le message suivant au récepteur lorsqu'il est entré dans la salle de consultation : « je vous écoute ». Le support est le face à face des deux protagonistes, pour lequel j'ai installé le silence mais aussi une posture visuelle et auditive qui forment le canal. La situation est mise en place pour permettre une rétroaction. Je considère que cette dernière peut être étriquée. La description des maux ne passe pas que par la parole. J'ai pu observer une marge de progression dans la manière dont le récepteur peut délivrer son message et cela passe par mon écoute.

Je décris par le schéma 2, cette marge de progression.

1.2 L'épaisseur de la rétroaction grâce au silence imposé

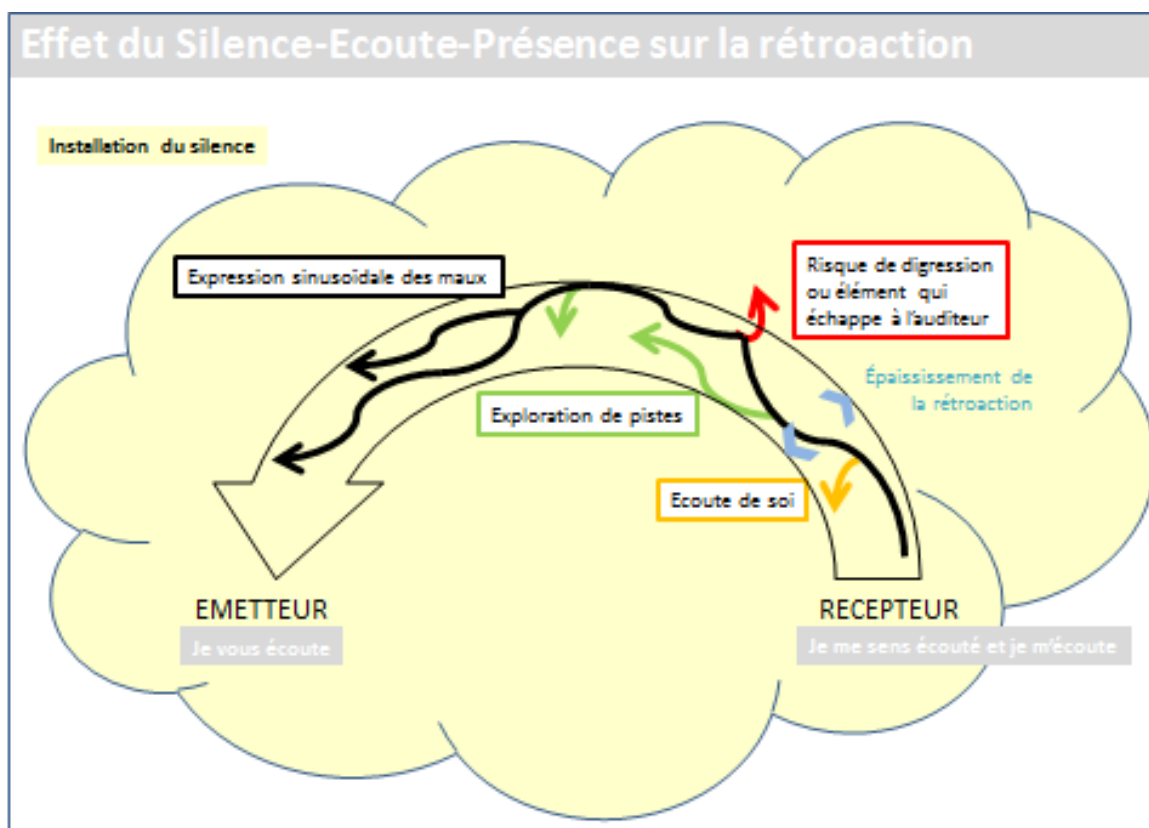
Avec ce schéma, le message est épaissi (bleu) grâce à un contenu fort, où le patient se raconte. Les flèches (noires, vertes, rouges, orange) prennent plusieurs directions avec des propos qui sont moins incisifs, moins directs vers le praticien. Il faut rappeler que le silence n'est pas proposé au patient mais bel et bien imposé. Le pouvoir du praticien dans sa salle de consultation permet peu au patient de négocier un mode relationnel. De surcroît, le praticien se préserve dans la mesure où il reçoit plusieurs patients par jour, là où le patient ne rencontre le praticien qu'une seule fois avant un prochain rendez-vous éloigné. Mais ce silence imposé tient surtout un rôle de déclencheur, telle une condition nécessaire pour entrer dans une vérité de relation.

La description de cette rétroaction, permise par le schéma 2 prend tout son intérêt dans la deuxième partie de ce mémoire qui traite des espaces de rencontre entre les deux protagonistes. Ce que nous retenons ici pour l'instant n'est que d'ordre descriptif afin de mieux comprendre l'analyse d'une séance.

Ainsi, acceptons les définitions suivantes :

- Expression sinusoïdale des maux (noir) : le patient verbalise sa douleur, son incapacité gestuelle du moment, les répercussions sur son environnement, et ainsi définit clairement ce qu'il attend du praticien à cette consultation. La dimension sinusoïdale permet un investissement émotionnel fort et pas seulement techniquement décrit.
- Exploration des pistes (vert) : le patient, en conscientisant et en investissant affectivement, s'approprie sa demande. Il ne se déleste pas de son problème pour le livrer au praticien mais il le porte en l'acceptant.
- Risque de digression (rouge) : il peut y avoir une surenchère ou exacerbation de l'anxiété, à canaliser par l'intensité de présence du praticien. De même, le praticien peut passer à côté d'information.
- Écoute de soi (orange) : le patient approprie ses maux en les reliant dans son histoire singulière, il s'écoute d'une manière entière pour une approche globale de son motif de consultation.

Schéma 2



Entre le schéma 1 et le schéma 2, c'est la rétroaction qui est une voie épaissie, ce que Pascal évoque quand il dit que le silence permet une épaisseur d'être³. I. Raviolo, à partir des écrits de Rousseau, fait la synthèse de notre pensée sur ce silence comme clé d'entrée : « Parler à partir du silence et sans le désert, ce serait donc fonder la communication et le dialogue, le lieu d'une intimité, lieu où le langage désignerait à la fois l'intériorité la plus personnelle et le dialogue le plus étroit. Ainsi, ce n'est pas la parole qui me découvre le monde, c'est dans l'écoute silencieuse que j'atteins la parole ».

Selon J.P. Schnetzler, la première vertu du silence analytique est de permettre à l'analysant de prendre la parole, d'une part car c'est physiquement possible (sphère sociale) et d'autre part car « le silence maintenu y est une incitation permanente ». Pour Schnetzler, le silence de l'analyse ne doit pas être une absence paresseuse, morose, hostile ou somnolente, mais le patient doit identifier l'attitude impliquée du praticien. Il s'agit de son écoute et de sa présence.

Toujours à propos de la cure analytique, le psychanalyste S. Natcht (1963) s'interroge sur ce que le silence peut produire dans la capacité de l'analyste à supporter la « fantasmatique particulière du patient ». Il parle des modalités de la « présence de l'analyste » qui nécessite selon lui une acceptation inconditionnelle et une « compassion authentique ». Sans aller vers la sphère télépathique abordée par F. Sauvagnat (1999), nous empruntons les pas de Natcht en appliquant ce diptyque Silence/ Présence auquel nous ajoutons une étape intermédiaire qu'est l'écoute.

Dans cette approche du dialogue durant l'anamnèse, à la place de la confrontation des mots, le patient peut entamer une construction qui peut être argumentative ou bien qui peut être liée aux émotions profondes. Dans les deux cas, nous la qualifierons de sinusoidale. Les phrases prennent des directions moins incisives envers l'autre, moins en quête pour convaincre l'autre. Elles se déploient (schéma vert, rouge, orange) de manière à épaissir le canal et offre une expression moins directe et moins tranchante mais plus alambiquées. Cette épaisseur d'expression offre un mode relationnel qui nécessite de mieux choisir ces mots. Le praticien est toujours dans le silence, s'exprime par le regard attentif ou bien en acquiesçant, accompagne la pensée du patient qui prolonge sa construction argumentative. Mais au-delà des mots, autre chose se déclenche. « Ça parle ».

J'ai pu observer qu'une pesanteur s'installe, une forme de peur, mais aussi d'étonnement. Le patient prend le temps d'observer qu'un temps d'écoute, qu'un espace d'écoute, finalement qu'une dimension d'écoute lui est proposé. Il n'est pas habitué à cette configuration et son hésitation entre la peur et peut-être même la violence de cette situation nouvelle ; et d'un autre côté, la considération qui lui est proposée, l'amène à satisfaire sa curiosité en entrant dans ce mode relationnel qu'est l'expression sinusoidale, cette voie cheminante que le silence a permis. Une voie plus proche du cheminement que fait parfois la réflexion.

Le silence n'est pas à trouver ni à chercher, il s'impose de lui-même car l'attitude profonde du praticien est sécurisante pour son patient, cela permet le contact juste. Je qualifie « d'égal suspens » le fait d'être ensemble en réceptivité établie, devant la porte d'ouverture à la fois l'un vers l'autre et en même temps d'ouverture sur le monde.

³ Cité chez I. Raviolo, L'épreuve du silence, in Implications-philosophiques.org , 2014

A partir des éléments pré-cités, nous pouvons analyser dans une deuxième partie, les moments de rencontres entre les deux protagonistes dans lequel le silence est la clé d'entrée.

II Proposition théorique d'un protocole de soin basé sur le silence

Les différents niveaux de profondeur de l'être que la consultation ostéopathique permet de traverser se font par étape, chaque patient a son propre rythme qui est à respecter.

Tout d'abord, nous listons les différentes étapes avec le schéma 3 afin de bien comprendre le cheminement qui va de plus en plus profondément au cœur de l'être. Puis, le schéma 4 permet de relier ces éléments pour une prise de hauteur qu'est la consultation ostéopathique dans son ensemble. Cette consultation est temporellement organisée, conduisant vers une succession d'étapes qui forment ce que nous appelons un protocole théorique du soin ostéopathique. Entendons-nous bien, cette théorisation prend la forme d'une séance idéale qui n'est que rarement atteinte. Ce dernier schéma décrit du début à la fin de la séance, l'ensemble des éléments cités ici, en partant de la condition de départ d'un silence nécessaire. Nous abondons dans le sens de J.L. Chrétien qui considère qu'« un débit de parole sans silence est sans sens, voire insupportable. Cette parole ne peut être écoutée, voire même, elle cesse elle-même de s'écouter »⁴. Nous avons pu observer, dans la jeunesse de notre expérience professionnelle, qu'un déroulé de techniques ostéopathiques qui s'ensuivent peuvent avoir ces mêmes effets de non-sens dès lors que le touché est dispersé. Mais nous faisons l'hypothèse à partir de notre expérience, que le silence installé pendant la consultation, peut constituer un liant entre les différentes étapes que nous allons décrire. Car si nous proposons un ordre théorique dans la partie 2, la 3^{ème} partie va nuancer cette théorie en montrant que la pratique ne se contente pas d'un déroulé parfait de technique.

La problématique est donc la suivante : où conduit le silence lors d'un soin ostéopathique ? Pour répondre à cette question, nous positionnons le silence comme clé d'entrée qui permet plusieurs passages d'un état à l'autre. Le silence prend alors la fonction de trame où s'organise la profondeur de l'être.

Cette deuxième partie est organisée de manière linéaire, dans la temporalité de la rencontre. Une première section concerne la salle d'attente. Puis nous traitons de la séance en la découpant en deux temps. Le temps du bureau (l'anamnèse) puis le temps sur la table (le soin manuel). Cette description linéaire voit apparaître deux fois trois étapes qui sont des paliers de modalités de contact, amenant vers une plus grande profondeur. Nous soulignons deux aboutissements qui sont la confiance installée pour accueillir le toucher, ainsi que la communion avec son être.

⁴ J.L. Chrétien, *l'arche de la parole*, éd. PUF 1998, p.55

2.1 La salle d'attente

C'est le lieu de la rencontre où le regard est le lien du premier contact. Lorsque je reçois le patient, nous nous percevons dans la salle d'attente. L'accueil que je propose prend la forme de l'hospitalité. Comme le définit A. Gotman⁵, historiquement, l'hospitalité est l'« espace de l'autre », à partir de l'idée de différence. Le soin ostéopathique concerne l'« espace en soi » du patient mais aussi celui du praticien. L'espace de l'autre vu par le praticien et l'espace en soi vu par le soignant, sont deux espaces qui doivent tout de même être distingués : il s'agit de donner une juste place au soin tout en tenant à la bonne distance.

En amont de la décision d'aller chercher le patient, je fais avant tout silence en moi, je l'accueille avec une attitude présente et une gestuelle corporelle des plus neutres possibles, afin de me sentir disponible et ouverte. Ce silence accorde une importance forte au regard qui fait lien.

Le transfert / contre-transfert a déjà commencé. Il s'agit d'une projection des attentes du patient sur l'autre, la forme la plus habituelle avec les soignants étant le rôle Parent / Enfant que l'on retrouve dans l'analyse transactionnelle. Il est important pour le praticien d'avoir conscience de cet enjeu et le silence est une manière d'atténuer ce rapport à l'autre, socialement demandé par le patient. Je préfère offrir une neutralité du praticien qui a pour but de tendre vers une relation Adulte /Adulte.

C'est pour cela que je propose une méthode alternative, déployée de manière incrémentale au fur et à mesure de mes diverses expériences en cabinet. Une fois le patient entré dans la salle de consultation, deux espaces sont proposés et vont fonctionner en miroir. La relation qui va s'établir concerne plusieurs niveaux de profondeur qui s'observent dans un certain ordre, proposé ici théoriquement, mais dont nous allons voir que la pratique vient bouleverser en permanence, car les vies des uns et des autres sont toutes singulières et se meuvent à leur façon. Pour autant, le silence que j'installe en tant que praticienne, essaie de proposer un ordre que nous recensons ici de manière théorique. En plus de la salle d'attente, il s'agit de deux espaces : le bureau puis la table de soin. Chacun de ces espaces, vient installer des étapes qui sont autant de palier d'approfondissement de la relation. Ils sont décrits ci-après. L'échange par le regard déjà mis en place dans la salle d'attente va se prolonger dans le bureau tandis qu'une fois sur la table, c'est un autre vecteur relationnel qui est proposé : le toucher.

2.2 Au bureau

Je me positionne dans une certaine attitude d'accueil, de neutralité maximum qui l'invite à minimiser les projections car cela a une incidence sur la qualité même du soin ostéopathique. Le soin reçu par le patient va venir contacter chez lui une zone que nous qualifions de non confortable. Loin d'un simple symptôme, le patient brûle de nous dire et de comprendre ce qui lui arrive, notamment parce que sa douleur est parfois présente depuis des mois. La douleur peut empêcher d'être disponible pour entrer en relation. L'attente d'un soulagement est plus que présente et devient prioritaire. Pour autant, accepter qu'un autre vienne toucher son corps n'est pas une évidence et c'est le mode

⁵ A. Gotman, *Le Sens de l'hospitalité : Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien social, 2001, p.14

relationnel proposé par l'ostéopathie. Ce mode relationnel va au plus intime de l'être, de sa singularité.

Avant d'être un acteur socialement intégré, nous sommes un être au monde avec ses affects, son histoire, ses désirs, ses rêves. Et surtout sa propre réalité tramée d'interactions diverses et variées ; que ce soit culturellement, et familialement. La rencontre au-delà du social, laisse une trace. Non des moindres, elle va au plus intime de l'être. Il est donc de mon devoir de praticienne de choisir consciemment une attitude juste au sens d'humain. Il s'agit de l'éthique en ostéopathie que nous ne traitons pas ici.

Les premières informations recueillies sont celles qui inscrivent l'identité du patient dans le monde social. Chacun de nous utilise ce qu'il connaît pour s'approcher sans effrayer. Il s'agit de code social (que faites-vous dans la vie, vous êtes d'où ?). Chacun essaie habilement, avec ces propres moyens, d'entrer en contact formel avec autrui, mais il y a le cadre social. Or, les protagonistes savent, de façon intuitive, que ce n'est pas cela que vient chercher un patient consultant en ostéopathie. C'est un autre mode relationnel. Mais la rencontre n'est pas évidente.

Nous l'avons dit, le mode relationnel du silence est une condition nécessaire au soin que je propose. En effet, lorsque j'accueille un patient dans le cabinet, nous nous installons face à face pour le temps de l'anamnèse, que je commence toujours par une simple phrase : « je vous écoute ». Délibérément, j'installe le silence ; ce silence avant le propos du patient est la manifestation d'une écoute attentive du praticien. Il laisse un vaste espace autour du propos qui peut prendre les proportions souhaitées. Le patient comprend immédiatement qu'il peut s'exprimer librement.

De manière systématique, dans ce moment de la rencontre, l'instant après la phrase « je vous écoute » installe un rapport de confiance qui permet et propose au patient de lâcher prise. Avec le silence que je propose, la confiance engendrée permet une expression du patient qui ne va pas être dans la confrontation, ni linéaire ; une communication plate, de surface, sans que le verbe soit vécu ; car les politesses sociales empêche de véritablement relationner. Ne pas le reconnaître détruit tout rapport réel à la vérité. Ce mode relationnel est facilité par les rôles sociaux, communément admis « du patient-soignant ». Mais, il y a ce supplément d'âme proposé par le silence. Une dimension dans lequel la présence du praticien, silencieux, diffuse.

A travers ce silence, j'invite chacun à pratiquer l'écoute de la parole. Loin de la surinformation, peut émerger cette attention particulière d'écoute de la parole de l'autre. Selon moi, elle passe par le silence. En effet, l'un et l'autre ne s'annulent pas : J.L. Chrétien pense que « la parole accompagne le silence, et elle vient de lui. Elle tend vers le silence, celui-ci est le ciment de la parole car elle offre la parole à l'autre. Un enchevêtrement parole-silence, parole qui revient au silence et ainsi de suite »⁶. Parole et silence font lien, une articulation au sein même du langage qui permet une cohérence du déroulement de la pensée. Cependant, un interstice entre chaque parole dite est le lieu où passe en silence la venue des mots. Le souffle nécessaire pour la rendre vivante.

⁶ J.L. Chrétien, *L'arche de la parole*, PUF p.55

En réalité, ce silence porte en lui la qualité d'écoute du praticien.

Il s'agit en effet d'une écoute. C'est le deuxième palier, après le silence, qui entame une rencontre en profondeur. Cette écoute n'est pas jugeante, c'est une écoute que je qualifie de flottante. Par ce terme, il faut comprendre l'idée d'ouverture, de rondeur qui évite de blesser, une dimension humaine qui évite toute ingérence ; car une écoute presque parfaite pourrait mener à l'emprise et donc une forme de violence. « Si une écoute parfaite était une écoute si pénétrante, si compréhensive, qu'elle enveloppât en quelque sorte ma parole de sa lucide prévenance, quelle m'entendit à demi-mot et à coup sûr, dans ce que je dis et dans ce que je ne dis pas, qu'elle anticipât toujours le mouvement de mes phrases sans pouvoir en être surprise, alors elle tendrait à supprimer ma parole et à se supprimer comme écoute, ce qui, loin de former un accomplissement, ne conduirait qu'à la ruine et à la violence »⁷. Une seconde voie vient expliquer ce non-jugement exprimé par I. Raviolo lorsqu'elle souligne que le silence nous échappe par sa pluralité : « le silence résiste à l'analyse, se soustrait infiniment »⁸. Cet infini, se traduit dans notre travail par une mise en profondeur.

L'écueil d'une écoute trop profonde pourrait mener le sujet à ne plus se dire, il faudra laisser libre un espace relationnel garant de la liberté de l'autre, qui permet de faire monter en lui sa propre puissance et originalité. Également, lui faire suffisamment confiance pour qu'il prenne appui en lui-même et pour lui-même. En tant que point d'appui humain et habité par nos propres pulsions de vies, nous offrons à l'autre la possibilité de prendre en charge son propre poids « l'insubstituable poids de son humanité »⁹.

Le silence est-il une présence ou une absence du praticien ?

Le patient se retrouve en contact avec sa propre présence au monde, face à un praticien lui-même présent, installé dans une certaine tranquillité d'être, dans une sorte d'harmonie avec le soi apaisé, incarné et bien là. Cette présence au monde prouve une acceptation d'être un être de chair, vivant, corporel. Et ayant sa trajectoire de vie à incarner. Par présence, il faut comprendre l'ancrage kinesthésique du corps. Il s'agit pour le patient d'être à l'écoute de son système proprioceptif.

Mais l'on peut s'interroger sur ce terme Présence. S'agit-il de la forte présence du praticien qui considère via son silence le patient ? Par sa forte présence, il invite l'autre à s'exprimer ou bien à s'ouvrir car l'interlocuteur est là. Ou bien l'absence de parole du praticien donne-t-il toute sa place au patient qui peut faire advenir sa présence ? Le praticien s'oublie-t-il, offrant à l'autre une place à prendre et l'invitant là aussi à s'ouvrir ? Le praticien pourrait se sentir insuffisant et c'est alors que l'acte thérapeutique opère. C'est dans la gestuelle que le patient retrouve le mouvement de vie et pas dans la parole. Selon Jean-Louis Chrétien, « le silence n'est pas une absence de son, il n'est pas basé sur l'absence. Au contraire c'est un acte, et non des moindres. Car un homme qui se tait n'est pas rien »¹⁰.

⁷ J.L. Chrétien, *L'arche de la parole*, Ed. PUF p.16

⁸ I. Raviolo, *L'épreuve du silence*, in Implications-philosophiques.org

⁹ Ibid, p.16

¹⁰ J.L. Chrétien, *L'arche de la parole*, Ed. PUF, 1998 p.63

Cette attitude silencieuse, installée sur le temps relationnel autour d'un bureau, est souvent vécue avec étonnement par les patients tout en acceptant ce qui se passe car l'ostéopathie est perçue comme un moment d'une moindre sociabilité. Souvent, on attend d'être consolé dans notre société. A mon bureau, j'ai conscience que ce silence, loin de consoler, va ou bien peut provoquer et surtout déplacer l'habitude de la prise en charge. Le silence remet en chemin une dynamique sommeillante ou étouffée du patient. Il convoque chez lui, ses parts de violence, de haine, de rejet, tout ce qui dérange au point de vouloir l'oublier. Mais dans un renoncement aux consolations habituelles, l'humain peut retrouver un salut, celui de sa propre voix intérieure. C'est avec cette petite voix que la confiance et l'engagement demandé peut apparaître, car elle est entendue et reconnue. Et par là, plus tard sa parole vraie pourra se dire et s'offrir au monde. Le silence partagé pourrait être considéré alors comme une conversion de l'être. Mais nous entrons là dans un autre espace de notre cabinet : la table de soin.

Le silence du praticien, en s'approfondissant vers une écoute puis une présence, permet d'installer la confiance.

Finalement, la pesanteur proposée, la convocation à être, est un allègement pour le patient. L'ancrage vient d'avoir lieu, chacun des protagonistes se retrouve bel et bien là. Le praticien ayant en pré requis fait face à sa propre peur du silence, qui propose à l'autre d'entrer dans cette dimension, l'y invite sans aucune gêne, voire avec compassion.

La confiance, en s'installant, amène le sujet à ouvrir sa perception pour tendre vers l'acceptation d'être touché. Le patient a une demande de soulagement avec une thérapie manuelle, choisie délibérément.

Pour conclure cette partie, nous proposons un schéma qui présente les paliers de profondeurs sur le temps de l'anamnèse, c'est-à-dire le temps au bureau. Sur ce schéma (p.18), nous pouvons observer des étapes qui font miroir, lors du second lieu de la salle de consultation qu'est la table. La prochaine section présente ces étapes afin d'aboutir au schéma 4 (p.19) qui fait la synthèse du protocole théorique. Nous précisons que la partie « Sur la table » est évidemment plus développée dans la mesure où nous entrons dans le cœur du métier d'ostéopathe.

2.3 Sur la table

L'émergence de l'être charnel et conscient

Cette qualité de présence, ayant laissé place à l'être, prépare les protagonistes au-delà des mots, à la phase suivante qui se passe sur la table. L'invitation sur la table est une mise en place des corps qui permet le rapprochement. En entrant dans le nouvel espace qu'est la table de consultation, les distances classiquement reconnus comme sociales (50 à 80 cm), vont être traversée et nous passons dans la zone intime, (1 à 30 cm) comme le souligne E.T Hall à propos de la sphère de l'intime¹¹.

Chacun de nous est corporellement ce que je nomme en tonus d'expectative, c'est-à-dire que praticien et patient fonctionnent de façon plus ou moins centrés sur eux même. Le tonus d'expectative correspond à la mise en situation d'attente. L'individu étant devant

¹¹ E.T HALL, *la dimension cachée*, Ed. du seuil, 1966

une situation nouvelle, il se retrouve dans une vigilance particulière, portant son attention sur ce qui pourrait se passer. Cependant, il n'y a pas forcément de crainte. Le thérapeute, lui, est dans la situation « sujet-objet » ; il y a lui et il y a l'autre. Nous voyons bien que nous sommes dans une situation de « séparabilité », un passage obligé mais qui doit se transformer pour que la thérapie opère. En effet, une phase de synchronie devra être proposée par le thérapeute et inviter le patient à dépasser ce tonus. C'est une phase de non séparabilité, une unité patient-thérapeute, où l'interaction touche autant le patient que le thérapeute. Une forte implication y est demandée de part et d'autre. Nous sommes alors dans la mise en place d'un espace d'existence commune, dans lequel les deux protagonistes vivent ensemble l'expérience d'accompagnant et d'accompagné dans un présent propre à eux. Cet ensemble structurel formé est lié à la co-existence de deux systèmes structuraux, patients et thérapeutes étant compris comme des systèmes architecturaux de tenségrité. Le concept de tenségrité considère que le corps humain est organisé autour de centres de compression reliés par des structures en tension. C'est à la fois le contact tactile avec un toucher dit « perceptif » et les « qualités d'être » du thérapeute qui créent cette cohésion. Dans cet espace silencieux, par des mises en résonance de nos deux champs se rencontrant, se met en route l'iso praxie¹². Comme une forme d'imitation neuronale, ce mode cénesthésique, est la mise en place d'une gestuelle homologue qui a lieu entre deux individus de même espèce. Je fais l'hypothèse que la mise en résonance d'oscillateurs neuronaux de chacun, tel un couplage, se synchronise. Rappelons que la notion de couplage des oscillateurs a été étudiée par le physicien Huyguens. Il a constaté que deux pendules aux fréquences d'oscillations propres, se calquent l'un sur l'autre dans un synchronisme parfait dès lors qu'elles sont assez semblables¹³.

Le champ proprioceptif du patient est en ouverture et le dialogue essentiel est désormais celui du toucher. Les informations échangées entrent de plus en plus en résonance et en profondeur dans l'être. La qualité de la gestuelle du praticien est fondamentale car elle est porteuse de son propre centrage, capacité motrice et sensorielles et qualité d'être. Les tissus des patients sont souvent endurcis, enraidis, soumis à des agents de stress parfois monumentaux. Par exemple (vignette 1), dans des situations post traumatiques effroyables, l'alternative la plus judicieuse est de laisser circuler une empathie entre les deux sujets en présences, sans chercher tout de suite à solliciter la réflexion. Le ressenti corporel peut ainsi refaire surface, en étant accompagné : « permettre l'expression de l'élan vital dont la finalité selon Bergson est de générer des êtres de conscience »¹⁴. Le silence permet cette expression. A ceux qui disent que le silence est imposé par le praticien, nous répondons que le silence n'est rien sans le sujet qui en fait l'expérience, que l'on peut qualifier de sensible mais aussi métaphysique et mystique selon I. Raviolo. C'est cet espace relationnel empreint de silence qui permet l'émergence de l'être charnel et conscient. Le thérapeute doit avoir intégré une prise ne compte de l'autre tant au niveau de sa structure, que de ses aspects humains, d'être en tant que tel.

Les tissus, la chair qui nous est confiée, est porteuse d'une histoire parfois douloureuse, affectivement atteinte. Peut-être le support d'une âme en souffrance ? Notre capacité

¹² J.C BARREY, *Communication intra et inter-espèces*. Ed. Belin, 1990

¹³ C. HUYGUENS, *Traité des horloges*, 1673

¹⁴ F. REVOL, « A propos de Bergson », *cours juin 2017, à La Tourette*

d'accueil palpatoire qui est un dépassement de la technique au service d'une communication-échange est un dialogue silencieux, il accompagne l'énergie de vie à refaire surface.

Le dialogue avec son âme

En touchant le patient, son tonus d'expectative refait régulièrement surface. Le praticien le sait, aussi, il maintient son propre état corporel eutonique afin d'inviter le patient à rester dans son eutonie. Au fil de l'expérience du praticien, l'exercice devient plus aisé. Il s'agit de garder une rythmicité cadencée, ni trop rapide, ni trop lente. Une intensité moyenne et surtout acceptable pour le patient déjà fragilisé doit être proposée. Précisons qu'il s'agit d'un équilibre délicat à trouver, un travail de funambule que l'ostéopathe essaie d'améliorer au fil de ces séances. En tant que praticienne, je dois conserver ma réceptivité au profit de l'acte moteur à produire. Je note que lors de ce moment de contact palpatoire, le silence se fait plus épais, presque comme une consistance cotonneuse, où la pose de mes mains sur ce corps est accompagnée par ce silence. Ce silence est silencieux mais il est plein. Plein d'une épaisseur d'être, une valeur ontologique comme le souligne I. Raviolo lorsqu'elle cite Pascal qui suppose que le silence n'est pas extérieur à l'homme mais est une réalité constitutive de son être spirituel, ce qu'elle nomme la « densité de l'être ».

Je me sens presque portée par une dimension plus grande que moi. Cet instant est qualifiable de sacré. Comme si en arrière-plan, le patient et moi-même, reliés, nous traversons une nouvelle dimension ou un nouvel état de conscience. Je me retrouve alors médiatrice, passeuse, de quelque chose de précieux avec le patient, mais qui puise sa force en dehors de nos deux champs personnels. Une unité est formée, à un instant hors du temps linéaire. Un temps de suspension ? « la nature du silence atteint dans l'exercice de la pleine conscience est comme une présence qui nous baigne »¹⁵.

Les tissus du patient changent de texture, se fluidifient. Cela fait-il écho au premier moment de nos existences, ceux de la mémoire des instants périnataux, ce moment d'accueil de notre naissance par les autres humains présents ? Cet instant est prolongé lors des premiers soins maternant et se pose alors la question d'une mémoire tactile engrammée, qui serait imprégnée dans nos tissus ? Après la lecture de J.P. Brebion¹⁶, je suis sensible à cette assertion sans actuellement en être persuadée. C'est une réflexion en cours que mon expérience m'amène à mieux saisir encore.

Jusqu'à six mois le nourrisson n'est pas en capacité de se rendre compte qu'il est « un moi », un autre. Il ne fonctionne qu'au stade qualifié de pré objectal. Dans le silence environnant en interaction avec le dialogue palpatoire engagé, il y aurait ce ressenti présent chez le patient, qui refait surface. Comme au temps foetal, où il baigne dans un univers constant, cohérent, et contenant, où tout est fluide. En fonction de ce qui s'est passé ces premiers mois, nous serions sur une mémoire traumatique ou pas.

A ce moment, l'art d'écouter le silence qui impose de ne rien imposer construit en son fond la dimension de la pure tendresse. Ce qui constitue le sacré de la vie. Notre perception tissulaire, subtile, permet de dialoguer avec cette magnifique chose qu'est la

¹⁵ M. PUISSANT, Citation lors d'une émission sur France inter, 2 octobre 2016

¹⁶ J.P. BREBION, *l'empreinte de naissance*, Ed. Quintessence, 2004

vie consciente. La main du praticien, capable de porter la tendresse, ramène peut être les patients à retrouver en eux cette tendresse. Lorsque le patient a besoin de tendresse, la trace mnésique peut permettre au patient de s'en souvenir par exemple, dans des moments individuels d'introspection et de recueillement avec soi.

J'ai pu noter que la prise de parole se fait d'ailleurs souvent à ce moment-là. Une fois que l'être charnel et conscient a émergé, alors la vulnérabilité est perceptible. C'est notre part de néant, qui n'est pas le vide, mais plutôt une ouverture au plus juste. Il n'y a pas d'idéal mais la rencontre avec l'avènement du beau. On est loin du besoin d'une autorisation ou d'une tutelle pour advenir à cet état que j'ose nommer la grâce, c'est-à-dire cette dimension de créativité personnelle et intime, celle qui veut être dite, écrite mais aussi chantée, dansée, peinte ; quelle que soit la manière, elle veut être entendue.

Ce que je ressens à cet instant, c'est que l'âme est touchée et s'autorise le ressenti de la vibration de vie portée par l'invisible. Du silence qui nous accompagne à chaque instant de notre existence humaine, il découle une diminution de nos jugements. Nous sommes portés à poser des actes et des mots ; ceux qui construisent nos vies. Notre parole est alors unique, singulière et libre et peut être portée par l'espérance. Nous entrons dans un palier plus approfondi et qui s'exprime par les mots. C'est le palier de la parole authentique.

La parole authentique

Une parole que je nomme « authentique » peut alors être pleinement appropriée par le sujet car elle vient de la profondeur de son être.

J'ai déjà eu l'occasion d'entendre quelqu'un annoncer qu'il voulait changer de métier, ou un autre dire qu'il n'était pas à sa place dans sa vie ou bien qu'il s'était perdu et qu'il venait de se retrouver. Quelle que soit l'annonce faite, je ne sais pas toujours si elle va être suivie d'un acte mais je sais que ce propos est un assentiment intérieur, dit tel une synthèse de ce qu'ils viennent de ressentir. Ces patients sont descendus contacter quelque chose, d'essentiel, de fondamental, d'innommable. Paradoxalement, j'ai choisi d'appeler ce palier, la « parole authentique » pour l'expression de quelque chose d'innommable. C'est parce que je considère que c'est la chair qui s'exprime, ou plutôt que ce qu'ils vont exprimer est issu de leur chair. Ainsi, ce qu'ils disent paraît authentique, au plus intime d'eux et eux comme moi, ne doutons pas de la véracité du propos.

Les patients peuvent parler d'un souvenir ou d'un désir. Ce qu'ils sont allés chercher, ou peut-être doit-on dire « contacter » pendant la séance, provient de leur chair et a été rendu accessible par le silence étendu, l'écoute flottante du praticien, et la présence de l'autre. Je considère que tout ce temps passé en quasi-silence permet une intégration des propres désirs du patient, exprimé par la mise en parole de ce qu'il vient de ressentir. Le contenu de la parole authentique vient-il de la chair ? Vient-il de l'esprit pour s'inscrire dans la chair ? Provient-il de l'âme ou bien de l'invisible ? Notre travail ne se prolonge pas vers ces questions d'ordre théologiques mais nous envisageons de prendre ce chemin de pensée lors d'une prochaine escale de réflexion.

La communion avec soi

La communion du patient avec lui-même est le palier le plus profond que nous avons identifié dans nos consultations. De quelle situation s'agit-il ? Après les trois paliers pendant le temps sur la table, ce dernier palier jouit d'une certaine beauté : le patient se retrouve incarné, bel et bien là, en contact avec le présent. Il ne le formule pas toujours avec des mots mais je le ressens clairement, que ce soit par l'attitude ou par la transformation du visage. Ce visage est plus réceptif, ouvert, davantage en contact avec l'autre, notamment grâce à un sourire qui s'installe et un regard plus profond et lumineux. J'appelle cela être en communion avec soi car nous sommes probablement en contact avec le sacré de l'individu. Il s'agit d'une communion de l'être avec lui-même et pourtant je dis bien que « nous » sommes en contact avec le sacré du patient. C'est parce que je considère que l'ostéopathe se retrouve le médiateur du passage vers le sacré, le témoin silencieux.

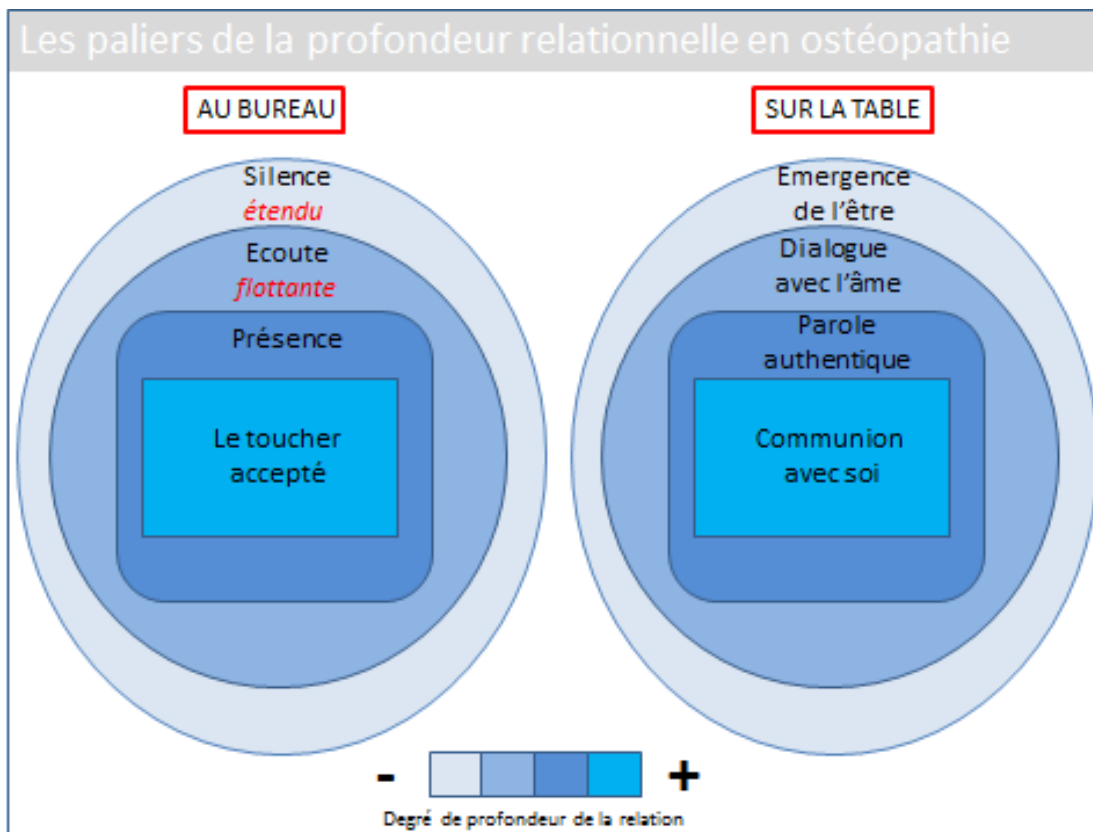
Cet instant de communion avec soi n'est pas uniquement lorsque le patient quitte la salle de consultation. C'est aussi lors de l'achèvement du soin sur la table que je l'observe et il faut tenir compte de sa perception. En effet, le praticien, en silence, condense sa démarche clinique au creux de la main, puis vient proposer à la chair du patient de recevoir en toute conscience ce qui se dit dans ce contact peau à peau. Ce silence est un instant de rassemblement d'énergie, de condensation de l'espace-temps au présent pendant lequel un travail interne s'effectue, une prédisposition à éprouver plus qu'à penser. Le soin est à l'image d'une danse improvisée et au plus proche du réel puisqu'il est dans la densité de l'être (Raviolo). Le corps à corps énergétique est plus puissant qu'une pensée. Il traverse l'individu dans son entièreté. Ce que je ressens en tant qu'ostéopathe est comme le temps qui s'arrête, un sentiment d'éternité grâce à un renouvellement. Est-ce sa chair, est-ce l'activité vitale, est-ce l'élan vital à travers la chair... ? Je ne le sais pas mais je sais qu'accepter ce changement constant est pour l'esprit humain, une complexité.

L'écoute proposée et le dialogue palpatoire donne lieu à se rencontrer. Une patiente m'a dit un jour « c'est la première fois qu'on m'écoute, du coup je m'écoute. » j'ai eu l'impression qu'elle se ré autorisait à reprendre son existence en main, et se proposer ce qu'elle avait véritablement envie de faire et de le proposer au monde. Un réinvestissement plein de soi.

Le sujet retrouve son espace de liberté où le discernement pourra enfin se faire en son âme et conscience. Il pourra apprendre à se connaître, à se laisser révéler à lui-même par le passeur médiateur incarné par « l'écoute-présence » ou fulcrum, du praticien, tout cela portée par cette dimension qui nous entoure, le silence et s'exprimer comme il est. Il pourra alors, retourner vers ses semblables ressourcé, et prêt de nouveau à dialoguer, et construire ensemble.

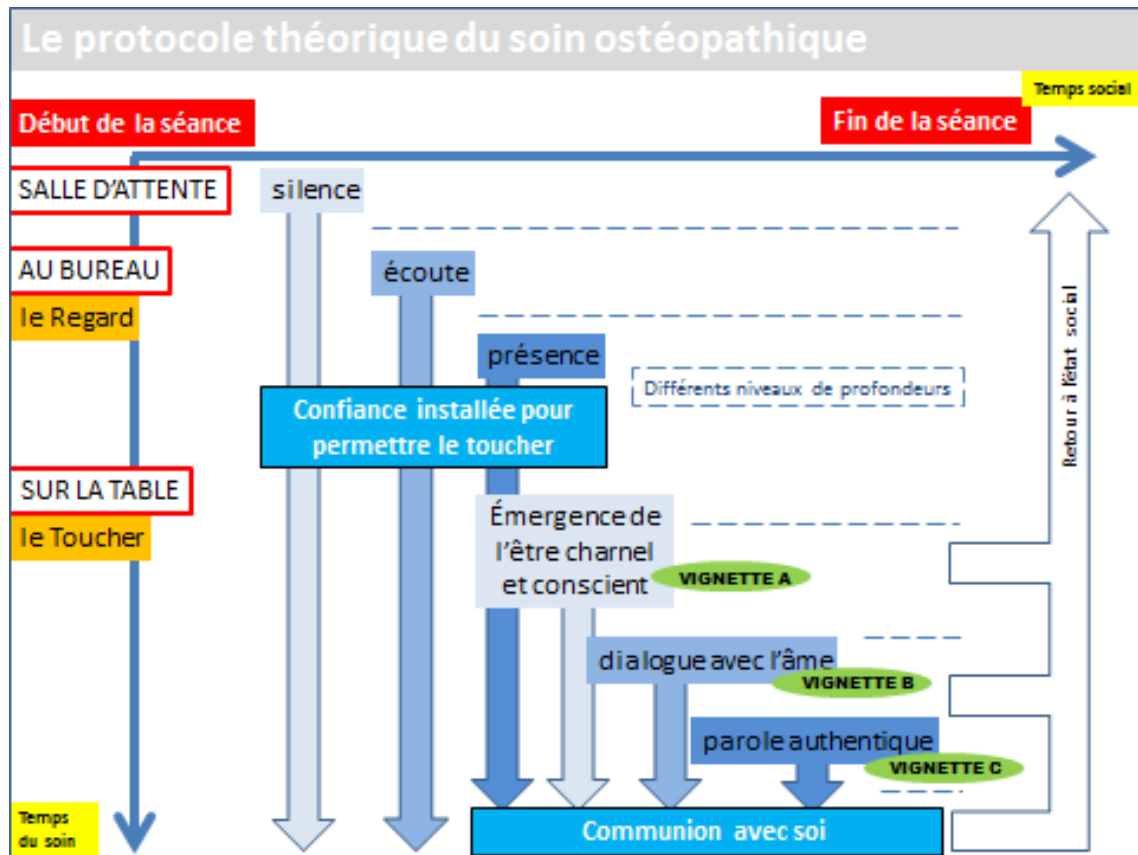
En cette fin de deuxième partie, pour illustrer ces différents passages d'un état à un autre (sur la table) accessible grâce à des attitudes du praticien (Au bureau), nous proposons ce schéma qui situe ces différents paliers. Il fait la synthèse de cette section et permet, une fois ces paliers listés, de proposer un nouveau schéma qui met en situation, ces différents paliers, au sein d'un protocole de soin.

Schéma 3



Le schéma qui suit est un protocole théorique que nous avons construit en situant le silence comme clé d'entrée d'un état de pleine disponibilité qui est nécessaire au soin que je propose.

Schéma 4



Au regard des différentes descriptions des trois premiers schémas, ce dernier n'a pas besoin d'être décrit ici, il a pour but didactique de se comprendre avec évidence dès lors que les pages précédentes ont été admises.

III Des vignettes cliniques qui viennent bouleverser ce protocole

Cette troisième section permet de confronter la dimension théorique du propos avec la pratique de l'ostéopathe. Si les schémas tendent à proposer un protocole idéal, les faits sont en réalité moins aboutis pour atteindre les six paliers de profondeur. En outre, l'ordre établi n'est pas systématiquement celui-ci. Est-ce un problème ? Il semble que non, puisque les séances portent leur fruit. Mais toutes les séances ne passent pas par ces 6 étapes. Nous avons sélectionné trois études de cas, restituée ci-après.

La vignette A s'intéresse au dialogue des silences qui permet de retrouver l'émergence de l'être, affecté suite à un traumatisme. La vignette B aborde aussi l'émergence de l'être et abouti sur une parole authentique qui vise la communion de soi. Enfin, la vignette C

est la démonstration d'une patiente qui dialogue avec son âme mais sa jeunesse et la présence de la mère dans la salle de consultation rend plus complexe l'analyse.

3.1 Première vignette

« Le silence qui permet le dénouement » médiateur : la reconnaissance du silence du sujet vivant

Je reçois une patiente, la quarantaine, mère de deux fillettes. Elle vient me voir avec comme motif de consultation des tensions dans tout le dos non résolubles avec une prise en charge kinésithérapeutique.

Elle a consulté son médecin traitant, qui a décidé de la mettre en arrêt pour une quinzaine de jours ; elle manifeste aussi une fatigue nerveuse.

Immédiatement, je vois que la prise de contact par le regard n'est pas possible, celui-ci est comme absent d'elle-même. La parole prend le relais au niveau de notre prise de contact, elle me parle de façon un peu confuse, essaie de répondre à mon anamnèse mais je ressens et note une grande confusion dans ses réponses et surtout je remarque ses traits tirés et un regard plein d'effroi lorsqu'elle me contacte.

Je lui demanderai juste de se dévêtir de son haut, et de s'allonger sur la table de consultation. Je n'ai pas encore eu de contact palpatoire avec son corps et je sens que cette prise de contact va être capitale. Il est des instants dans la consultation qu'il ne faut pas rater. En effet, je diagnostique depuis le début chez cette patiente un état de dissociation dû certainement à un évènement qui l'a bouleversé. Je suis assise près d'elle, à sa droite, comme à son chevet. J'approche ma main droite de son abdomen de façon délicate et très présente à la fois. La prise de contact est faite, le souffle est en inspiration, en apnée, j'attends silencieusement la reprise du souffle.

Le silence d'effondrement post traumatique du sujet

Les tissus sous ma main sont froids, figés, et je sens des épaisseurs rigides. Je me place ensuite sur le plexus, la densité est là, immobile, je demande à ma patiente de souffler et de bien ouvrir la bouche, elle fera ce mouvement de souffle trois fois. Puis sa parole va se libérer, une parole vide de sens, elle parle de tout, d'évènements familiaux récents, anciens, elle me dit qu'elle perd un peu la mémoire. Je lui demande délicatement à quand remonte la dernière fois qu'elle s'est autorisée à se relaxer de l'intérieur. Elle me dit qu'elle sent son corps que lorsqu'il lui fait mal. Je me recentre bien et passe ma main sous son occiput. Je suis assise derrière elle, points d'appuis bien en place. Je laisse mes mains soutenir au mieux ce crâne qui n'arrive pas à se poser dans la coupe formé par mes deux mains. Je l'invite à bien se poser, à faire silence, et à se concentrer sur sa respiration. Celle-ci se fera de plus en plus ralentie et profonde. Il y aura des grandes inspirations, et du silence. La plénitude arrive. Ce corps est comme en train de se remplir de sa présence.

Je reste en contact avec sa ligne médiane. Le soin se déroulera ainsi ; durant presque quarante minutes nous partagerons ce silence, ressourçant.

La parole du début qui était probablement un bavardage pour éviter l'effondrement sera relayée par un soutien manuel du corps où pourra se réorganiser le sujet et descendre dans son ventre pour y ressentir le souffle de vie primaire. Sa chair sera revivifiée. Cette étape de « dialogue en silence » était nécessaire pour cette patiente qui atteint un état au bord de la décompensation, toutes informations supplémentaires seraient inutiles. L'intensité de la présence d'une altérité proposée par un praticien à son écoute, silencieux, lui permettra de sortir de la torpeur. C'est parfois le plus judicieux dans des situations post traumatiques.

Je note que cette femme a une image narcissique trouble. Il y apparaît une blessure primaire source pour elle aujourd'hui de conflit intérieur, étant séparée de son compagnon, le père de ses filles. Il vit sur un autre territoire qu'elles trois, mais garde un contact téléphonique régulier. Elle avait décidée, influencée par ses proches de rompre ce contact mais était en désaccord profond avec cette idée.

Elle reprend la parole au moment d'un relâchement conséquent de la base du crâne, et me dit d'une manière calme et profonde, sa voix est pleine de présence : Elle va reprendre contact avec son ex compagnon ; ses proches n'ont pas à donner leur avis. C'est comme si elle avait retrouvé son propre espace intérieur avec ses délimitations claires. Elle retrouve son « foyer » premier ; son corps.

Le silence comme médiateur du dénouement

Nous avons, suite à un silence partagé, retrouvé la parole pleine qui en début de séance était agitation pour masquer. Nous sommes devant une situation où la blessure primaire narcissique a refait surface. La patiente est en séparation et vit un fort syndrome d'abandon, qui peut aller jusqu'à s'abandonner soi-même. Se déshabiter.

Dans les premiers jours et mois d'existence du nourrisson, les modalités de contact avec lui vont être de toute importance pour créer la trame de ses futurs attachements. Dans *le moi peau*, Anzieu nous livre les différentes fonctions de la peau, notamment permettre le sentiment primaire de sécurité, de contenance. La peau est l'interface de nos échanges qui nous permet de nous sentir intègre.

Il serait possible que cette patiente ait vécu dans sa toute petite enfance, bien avant le stade de la parole, des émotions ou évènements traumatiques gardés en mémoire dans le corps. Parfois, l'histoire de vie du patient vient faire résonance et de nouveau, le patient peut cheminer et faire face à ces blessures refoulées.

Finalement, dans notre silence partagé, tout une partie de l'inconscient s'est mobilisé, il émergera tranquillement et le travail intérieur se fera. Un accompagnement est souvent nécessaire, car les émotions sont à vif. Pour éviter l'effondrement, le sujet devra être soutenu dans cette traversée de ses mémoires enfouies.

La parole du début de séance qui était du bavardage, évitait cette sensation de chute dans la faille narcissique. A contrario, le silence de fin laissera place à une parole plus pleine à la séance suivante.

La patiente repart recentrée et ancrée dans sa corporalité, premier espace de préservation et de sécurisation intérieure pour commencer à se reconstruire. Elle retrouvera ses fondations singulières.

3.2 Deuxième vignette

Le silence comme puissance de ré-intégration, ré-unification des deux pulsions

Je reçois une mère et sa fille de douze ans. Cette dernière consulte pour une algie coccygienne qui se manifeste depuis un an de manière aléatoire. Dans mon anamnèse, je retrouve qu'elle a chuté il y a 2 ans sur les fesses dans la piscine. Les informations ne me semblent pas correspondre ; ce qui retient beaucoup plus mon attention est le bavardage incessant de la mère, qui répond parfois à la place de sa fille ou à l'inverse la laisse en désarroi.

Je conscientise qu'il s'agit d'une mise en scène trilogique (victime, bourreau, sauveur) de laquelle il va falloir sortir si je veux permettre à ma petite patiente de retrouver une verticalité. Je veillerai dans ma prise de parole à demeurer bienveillante, et très à l'écoute de la gestuelle de chacune.

Le langage du non regard, et du corps repliés de la fillette face à cette mère toute puissante et agitée m'en dit suffisamment. La prudence est nécessaire.

Un silence comme dimension de construction du sujet singulier

Je demande à la fillette de venir s'asseoir dos à moi sur la table de consultation. Le silence est là ; il se fait tranquille. Je maintiens volontairement, par un contact direct du regard, la mère un peu plus à distance de sa fille. Par cette dimension, proposée par le silence lui-même, la fillette propose son propre rythme d'existence dans l'espace thérapeutique. Je n'ai plus qu'à m'adapter et l'accompagner.

Ma prise de contact palpatoire est franche et englobe les deux épaules de ma patiente. Je réinstalle le dialogue verbal et palpatoire afin que son corps m'envoie le signal d'autorisation de la relation. Plusieurs respirations profondes m'indiquent son accord. Je peux tester sa colonne vertébrale, son arbre de vie singulier, puis son sacrum et son coccyx en faisant preuve d'une grande douceur et de délicatesse.

Mise en résonance de la transmission transgénérationnelle

Je retrouve la marque d'une subluxation sacro-coccygienne. Je prends le temps de parole nécessaire et lui montre avec mes mains comment est fixée cette petite articulation si précieuse. La jeune fille est en relation avec moi, la bulle relationnelle est créée. Je positionne ensuite mes mains sur cette articulation afin de permettre aux tissus le dialogue palpatoire. Le silence s'installe naturellement, l'espace du soin, sécurisant et soutenant est présent. En me positionnant en soutien à cette jeune patiente, je lui permets un lien de transmission : Je lui propose à l'intérieur même de sa chair, de sa corporalité, des points d'appuis individuels qui la rendront solide pour faire ses propres choix. Je prends contact avec eux et les accompagne par le toucher dans son silence intérieur, afin d'ouvrir une porte vers sa conscience individuelle.

Dans la filiation, chaque sujet se trouve porteur d'informations qui sont à intégrer ou à laisser de côté par choix conscients. L'humain est aussi un être singulier dans une systémique familiale, laquelle a ses codes, ses valeurs, son inconscient collectif. Dans son cheminement d'existence, chaque individu fera sa conscientisation personnelle. L'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet. Créer du lien, donc une intelligence propre, demande du discernement et aussi du détachement de la fusion primaire avec nos aïeux. Le sujet, dans une dynamique du vivant se construit et s'individualise avec les autres. Mais il n'est pas réductible ni à ses déterminations intrapsychiques inconscientes, ni à ses déterminations sociales.

Je pressens une histoire à suivre avec cette patiente, qui aura son propre désir à assumer et à vivre pleinement. Elle aura probablement à couper le cordon avec sa mère, laquelle exerce un pouvoir trop important sur sa fille. Son bavardage incessant me l'a montré. Elle angoisse à l'idée de la séparation symbolique avec sa fille, qui en accédant à sa maturité sexuelle et son cycle de jeune femme va l'inscrire elle-même dans la lignée des femmes de son époque et poursuivre le transgénérationnel, entendons par là, qu'un travail sur soi est souvent nécessaire si nous voulons bien délimiter ce qui est de notre propre désir individuel, du désir projeté de nos aïeux. Cette décision s'impose vers un âge plus avancé que notre patiente dans l'existence humaine.

3.3 Troisième vignette

L'alternance et complémentarité silence /parole qui devient une éthique relationnelle

J'accueille en séance une femme d'une cinquantaine d'années, ancienne religieuse dans l'ordre des chartreuses. Aujourd'hui, elle s'est reconvertie en tant qu'enseignante à l'école primaire.

Dès le premier regard, une gêne est présente entre nous. Je vois tout de suite dans sa tenue vestimentaire un accessoire tout à fait intéressant. Cette dame porte une jupe sur laquelle elle a mis une ceinture noire en cuir d'une taille très imposante. Celle-ci lui ceinture l'abdomen et le bas ventre de façon conséquente.

Je lui demande son motif de consultation. Elle m'explique qu'elle souffre de stases circulatoires et d'algie du bas ventre sans substrat anatomique défaillant. En effet tous les examens uro-génitaux et angiographiques ont été pratiqués, les résultats ne révèlent rien d'anormal. D'après son médecin traitant elle somatiserait.

Je lui parle clairement de certaines dysfonctions ostéopathiques que je peux retrouver dans ce syndrome. Je prends le temps de parole nécessaire pour lui expliquer ma démarche afin de ne pas entrer dans un quelconque abus de pouvoir.

Je lui demande de se dévêtir, et de s'allonger sur la table de consultation. Je m'installe au bout de celle-ci. Je pose mes mains sur ses pieds, à l'écoute de ses membres inférieurs. Le silence est présent, le contact palpatoire est fait. Je ressens des tensions importantes, puis l'attirance se fait claire vers le bassin. Je reprends la parole afin de nommer à ma patiente que je vais aller écouter son sacrum, une zone sacrée. Le son de ma voix est sécurisant et soutenant. J'attends son autorisation. Mon accord palpatoire se fait

lentement et profondément. Ses tissus se figent presque immédiatement ; ma main est presque aspirée antérieurement. Cette manifestation me donne l'intuition d'un abus qu'elle aurait subi. J'ose lui poser la question ; elle me raconte un récit confirmant mon intuition mais dont la victime est sa sœur aînée. A l'époque, elle aura pris peur et m'avoue que sa décision d'entrer dans les ordres n'était pas anodine, qu'elle a pris conscience de cela au fur et à mesure de sa vie de religieuse.

Durant mon travail ostéopathique sur le sacrum et le petit bassin, nous entrons en silence naturellement comme une communion partagée. Puis je poursuis sur le diaphragme, toujours en silence. Mon regard restera en contact avec le visage de ma patiente. Je suis intensément présente. Je réinstalle un temps de parole afin d'échanger sur ses ressentis corporels. Enfin, mes mains en position sous occipitales permettent à ses tissus de se relâcher pleinement.

Dans cette situation clinique, le dialogue de la main a permis le dialogue de la chair. Il y a eu un dénouement des confusions de liens dans cette cellule familiale où ont régné l'abus de pouvoir et d'autorité, et l'abus sexuel pour sa sœur. Ensemble, entre alternance de paroles et de silence, nous avons fait face à l'omerta familiale. Cela a recréé un espace de sécurité dans la trame corporelle intime de cette patiente. Une parole non jugeante aura permis à la vie de se recirculer.

Il faudra lui laisser un temps d'assimilation du soin afin de ne pas entrer dans un abus de nouveau.

Cette troisième partie a montré trois vignettes issues de consultations réelles, qui permettent d'illustrer que les découpages des séances ne confirment pas le caractère idéal de la théorie. En effet, de ces trois vignettes, aucune n'a abouti à l'étape finale qu'est la communion avec soi, mais le silence permet de passer les paliers, quels que soient les chemins choisis. Il est bien l'interstice dans lequel, la vie ou le souffle de vie passe et se fait sentir. Ces vignettes sont des souvenirs très clairs dans ma pratique professionnelle, où j'ai pu constater que le silence a fait son œuvre. De quelle œuvre parle-t-on ? Il s'agit d'un silence créant du lien. Du lien avec qui ? Je ne peux le nommer.

L'abbé Poemen disait : « toutes les épreuves qui fondent sur vous peuvent être surmontées par le silence »

J'ajouterai, soutenu par la beauté du geste qui est de toucher l'autre.

CONCLUSION

J'ai donc abordé dans une première partie, l'aspect trop objectiviste proposé dans un schéma de communication mécaniste. J'ai proposé un modèle plus relativiste, permettant de ramener le sujet dans mon champ d'observation et ainsi mettre fin à la dissociation entre l'observateur et celui qui fait l'expérience. Cela m'a amené vers une proposition de compréhension du soin ostéopathique comme une approche de la vérité. Entendons par cette formulation, ce qui nous éveille et nous rend plus conscient. Il existe une interrelation entre sensible et intelligible. Le silence nous conduit au sensible et la parole nous conduit à l'intelligible. Cette combinaison des deux pôles, créer un nouvel

espace relationnel au monde et à l'autre. Nous sommes des individus de langage construits avec celui-ci. Aussi, nos premiers liens sensoriels et affectifs sont dans notre matrice, engrammés dans nos tissus. L'ostéopathie permet alors d'accomplir un travail d'unité au fur et à mesure de notre croissance à la fois corporelle et symbolique.

Tout au long de cette réflexion, je me suis interrogée sur la nature même du silence que je qualifie de tridimensionnel. Il me semble qu'il est le **liant** de fond de notre perception du réel. Au sein du mouvement rythmique involontaire, il est un **axe** autour duquel s'exprime l'état de santé. Enfin, il est un **lieu** de suspension, d'immobilité dynamique.

Dans le silence, je peux trouver le néant qui ne sera pas le vide, mais plutôt une ouverture du cœur, au plus juste. J'invite le patient à accepter de se laisser saisir par l'indicible en tentant de le nommer pour simplement le délimiter, créer une rencontre avec l'ineffable de l'être, ce qui doit rester un mystère. S'abandonner est un, préalable à l'écoute du rêve singulier en nous. L'abandon dynamique de soi permet de laisser la liberté personnelle du patient, de retrouver sa décision et direction, laisser une perlaboration s'effectuer en étant humblement le témoin silencieux.

L'art d'écouter le silence qui impose de ne rien imposer construit en son fond la dimension de la pure tendresse. Celle qui nous aura pétries dans les premières heures de notre vie. Mais qu'est-ce que cette tendresse ? Peut-être nos forces embryonnaires et la puissance du cœur.

En séance d'ostéopathie, le silence est ce qui soutient la durée du soin prodigué et reçu. La transmission se fait sur cette trame sur laquelle on retrouve la profondeur ou l'essence du sujet. Le silence y est un fulcrum universel de partage de notre humanité. Il est la clé d'entrée qui permet d'accéder aux différents paliers de profondeur de l'être (schéma 4). Se taire ensemble peut être un merveilleux dialogue au-delà des mots. Un dialogue « de cœur à cœur » apaisé, tranquille, ressourçant. Ainsi la tendresse du cœur permet de prendre soin de l'autre, en tant que « mouvement le plus ample de l'amour, la main qui se donne et garde sans question, le regard qui laisse être et le geste qui tient au plus près. Elle ne craint pas d'être fragile, de se laisser toucher parce qu'elle touche. Mais cette tendresse du cœur n'est pas faiblesse. Elle est noblesse. Elle est le combat pour la vérité, elle est ample. Pour entrer dans cette vérité, il nous faut tenir l'entièreté de ce que nous sommes. Pleinement sensible au miroitement du monde à la surface de l'eau. Confiant et ouvert ». ¹⁷

¹⁷ F.MIDAL, *la tendresse du monde, l'art d'être vulnérable*, ed flammariion, 2013

BIBLIOGRAPHIE

E.LEVINAS *Le temps et l'Autre*, Ed.Vrin

V.JANKELEVITCH, op. cit *Quelque part dans l'inachevé*, Ed.Gallimard

I.RAVIOLO, cité chez *L'épreuve du silence*, in *implications-philosophiques.org* 2014

JL. CHRETIEN, *L'arche de la parole*, Ed.PUF, 1998 p.55, p.16, p.63

A.GOTMAN, *Le sens de l'hospitalité : Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. *Le lien social*, 2001 p.14

E.T.HALL , *La dimension cachée*, Ed du Seuil, 1971

J.C. BARREY, *Communication intra et inter- espèces*, Ed Belin 1990, p.17

C.HUYGUENS, *Traité des horloges*, 1673

F.REVOL, « A propos de Bergson », cours Juin 2017, à la Tourette

M.PUISSANT, Citation lors d'une émission sur France Inter, 2 octobre 2016

J.P. BREBION, *L'empreinte de naissance*, Ed Quintessence, 2004

F.MIDAL, *La tendresse du monde, l'art d'être vulnérable*, Ed Flammarion 2013 p.123

Les cours du D.U. de philosophie de l'ostéopathie

Cours et pratiques de :

LAURENT DENIZEAU, JEAN-MARIE GUEULLETTE, CYRIL CLOUZEAU, JACQUES MARBLET, YANN PLANTIER, LAURE MAYOUD, FABIEN REVOL, DOMINIQUE VINAY, UCLY 2017