

Université catholique de Lyon

Centre interdisciplinaire d'éthique

DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE PHILOSOPHIE DE L'OSTÉOPATHIE

École d'Ostéopathie de Paris (EO Paris)

DIPLÔME D'OSTÉOPATHIE (D.O)

Année universitaire 2014-2015

## **La présence ostéopathique en question**

Mémoire rédigé par Simon Parizet

dirigé par le Professeur Jean-Marie Gueullette et Artur Juvanon, ostéopathe, D.O.

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
INTRODUCTION .....	4
I. LA PRÉSENCE CORPORELLE DANS LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES .....	6
II. L'ENCADREMENT LÉGAL COMME CONDITION DE L'EXERCICE DE L'OSTÉOPATHIE	10
III. PRÉSENCE À SOI, PRÉSENCE À L'AUTRE .....	11
CONCLUSION.....	23
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>26</b>

## REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Jean-Marie Gueullette de m'avoir accompagné dans ce premier exercice de réflexion philosophique. Depuis plusieurs années, il m'aide à réfléchir en ouvrant des pistes qui me stimulent et nourrissent mon activité professionnelle.

Je remercie Artur Juvanon pour cette belle rencontre, nos échanges et le partage de son expérience.

Je remercie les membres de l'équipe du Centre interdisciplinaire d'éthique de l'Université catholique de Lyon pour leur accueil, leur écoute et la disponibilité bienveillante qu'ils ont manifesté vis-à-vis de nous ostéopathes, éloignés du monde universitaire.

Je remercie Jacques Marblé pour son intérêt et ses réflexions sur le croisement de nos deux disciplines.

Je remercie mes parents, Gilles et Isabelle, pour le soutien qu'ils m'apportent depuis le début de ce choix professionnel et la façon dont chacun m'accompagne.

Je remercie Louis Parizet pour avoir essayé les plâtres avant moi dans l'approche de Ricœur.

Je remercie Raphaëlle Parizet pour avoir supporté mes délires syntaxiques et sa réactivité.

Et merci à toi qui m'a soutenu tout au long de ce diplôme universitaire et bien plus encore.

## INTRODUCTION

### ***Carnet de terrain 1 : « être touché » quand on est patient.***

Je reçois dans mon cabinet un patient étranger. Il est en France depuis deux ans pour le traitement de son cancer du colon métastasé au foie. Subissant une chimiothérapie assez lourde, il doit se rendre à l'hôpital tous les quinze jours. Une fois la consultation finie, il me fait la remarque suivante qui m'interpelle : il m'annonce que depuis deux ans je suis le premier thérapeute qui le touche.

Cette vignette de carnet de terrain renvoie, au-delà de la distinction des disciplines professionnelles thérapeutiques, à la perception par les patients de la présence dans la pratique thérapeutique.

Ce mémoire propose de réfléchir aux sens donnés à la présence en ostéopathie. Avant de nous attarder sur un travail préalable de définitions, nous proposons de revenir sur le cheminement qui nous a mené à conduire à une telle réflexion<sup>1</sup>.

Jeune diplômé depuis quelques années, j'ai installé mon cabinet dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Je me suis très rapidement confronté à la solitude de la pratique alors que je venais de passer trois années en clinique étudiante. La spécificité de ce mode d'apprentissage tient à son encadrement répondant aux normes de l'enseignement classique. J'ai rapidement éprouvé le besoin d'avoir une réflexion plus approfondie sur ma pratique professionnelle. Elle répondait à deux impératifs. D'une part, il s'agissait de rendre « efficace » ma pratique, car comme tout jeune professionnel, l'objectif était que mon cabinet se développe. Ensuite, de manière plus réflexive, il s'agissait de réfléchir à la pratique ostéopathique que je souhaitais développer.

La précarité du début de la vie professionnelle d'ostéopathe m'obligeait à avoir un travail alimentaire, particulièrement physique, éprouvant et radicalement différent du milieu de soin.

Jongler entre ces deux activités avait inévitablement une répercussion sur ma pratique ostéopathique bien que j'aie toujours tenté de minimiser l'empiètement de l'une sur l'autre, notamment en dédiant cinq jours par semaine exclusivement à mon cabinet.

Ce travail sur moi-même m'a poussé à réfléchir à la dynamique d'une séance d'ostéopathie. Du fait de ces deux activités, j'ai été sensible aux tensions physiques liées à ma deuxième activité, à mon positionnement de soignant et à ma capacité à me rendre disponible

---

<sup>1</sup> Dans cette présentation du cheminement, nous emploierons le « je » plutôt que le nous pour expliquer le point de départ de notre réflexion.

à mes patients. La question de la présence qui s'est imposée à moi : elle était nécessaire à ma pratique ostéopathique du fait de l'articulation entre mes deux activités.

Toutefois, la réflexion que je propose dans ce mémoire<sup>2</sup> vise à interroger et dépasser ce questionnement centré sur mon expérience personnelle. La présence est-elle nécessaire à la pratique ostéopathique ? De quelle présence parlons-nous ?

Pour délimiter le cadre de notre réflexion sur la présence, une première étape s'est avérée indispensable : le passage par les tentatives de définition. Qu'ils soient linguistique, philosophique ou psychologique, les sens donnés à la présence sont très distincts. À cette étape de notre réflexion, nous allons retenir un premier sens donné à la présence, celui de la présence physique. « Être là ». Cela peut sembler d'une évidence presque enfantine : car comme dans toute thérapie manuelle (et d'ailleurs, de nombreuses thérapies en général), il est fondamental que le patient et le praticien soient en présence physique l'un de l'autre pour que la consultation ait lieu. La première partie de ce mémoire sera dédiée à la présence corporelle dans les pratiques thérapeutiques. Dans un deuxième temps, nous nous concentrerons sur la pratique ostéopathique. En effet, si la présence corporelle est nécessaire dans la pratique ostéopathique, elle ne suffit pas à la rendre possible : l'encadrement légal est une condition de l'exercice de l'ostéopathie. La présence physique est nécessaire et l'encadrement rend possible la pratique ostéopathique, toutefois ces éléments-suffisent-ils à faire un *bon* ostéopathe ? Dans un troisième temps, nous chercherons à qualifier de manière plus fine ce que nous entendons par la présence ostéopathique. La littérature ostéopathique étant pauvre sur ce thème, nous avons complété cette recherche avec la lecture d'auteurs philosophiques qui évoquent *la présence à l'autre et la présence à soi*. C'est en croisant les disciplines que nous proposons de nourrir une analyse sur ce que peut être la présence en ostéopathie.

---

<sup>2</sup> L'existence du Diplôme universitaire en philosophie de l'ostéopathie de l'Université catholique de Lyon m'a paru être un cadre particulièrement propice et pertinent pour compléter ma formation et me donner des clés pour être en capacité de remettre en question et réévaluer ma pratique ostéopathique.

## I. LA PRÉSENCE CORPORELLE DANS LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES

La relation thérapeutique consiste en une interaction entre un soignant et soigné. En ce sens, il s'agit bien d'une présence corporelle. Toutefois, pour certaines pratiques thérapeutiques, cette présence physique n'est pas indispensable à tout instant du soin. En effet, aujourd'hui, les « actes à distance » sont courants dans le système de soin français. Nous proposons de partir de quatre formes de médecines, même si elles font parfois figures d'exception dans leur domaine, qui permettent de comprendre la place potentielle que peuvent occuper les « actes à distance »

### A. La médecine allopathique

Le médecin allopathe est sans aucun doute la figure du soignant la plus répandue en France. En effet, toute personne passe devant un médecin allopathe dans sa vie pour une vaccination obligatoire ou encore une visite médicale professionnelle par exemple.

Il s'agit également de la figure la plus légitime dans le champ du soin en France : la haute autorité de santé est composée uniquement de médecins allopathes, dans le cadre d'un procès, c'est majoritairement à un médecin allopathe si nécessaire qu'il sera recouru, et les expertises médicales (décès, assurance ou autre) seront le seul fait des médecins allopathes.

#### 1. La « médecine sans médecin » ?

Le radiologue, qui se fie à l'image pour établir son diagnostic, et l'orthopédiste, qui s'appuie sur l'imagerie pour choisir les modalités du traitement, peuvent ainsi, sans se trouver en présence physique (c'est à dire dans la même pièce) que leurs patients, être à l'origine d'un acte de soin. Les réunions qui président aux décisions prises pour le plan de traitement au sein des comités pluridisciplinaires n'admettent que très rarement le patient et ce n'est souvent que lors d'un deuxième temps qu'un professionnel lui propose ce plan de traitement.

Cette pratique tend même à se généraliser en médecine générale comme le suggère l'ouvrage intitulé *La Médecine sans médecin. Le numérique au service du malade*<sup>3</sup> publié en avril 2015 et qui a fait l'objet d'un article dans le *Point* daté du 5 août 2015 :

« Un dimanche soir de printemps, en région parisienne, Antony, 5 ans, se plaint de la gorge en avalant son yaourt. Sa mère consulte alors une application sur son portable. Le site internet lui établit une hypothèse de diagnostic à partir de ses réponses à une quinzaine de questions. Résultat : angine. Cette femme joint alors un médecin réel, via son smartphone. Grâce à l'image vidéo de la gorge du gamin, envoyée au moyen de la caméra

---

<sup>3</sup> G. VALLANCIEN, *La Médecine sans médecin. Le numérique au service du malade*, Paris : Gallimard, 2015.

du portable, il confirme le diagnostic et envoie une ordonnance d'antibiotique. La jeune mère va tout de suite récupérer le traitement au distributeur de la pharmacie la plus proche<sup>4</sup>. »

On se retrouve dans des situations de plus en plus fréquentes où le patient n'a pour seul contact dans l'univers médical que celui des machines. Et *a contrario*, il se trouve sans aucun contact physique avec le corps médical. On peut se poser la question de savoir où est le corps du corps médical ?

## 2. *La chirurgie, d'un continent à l'autre ?*

La chirurgie, par son enseignement et ses actes qui interviennent directement sur les structures anatomiques, semble être l'une des branches de la médecine qui possède un bon nombre de points communs avec l'ostéopathie.

En effet, du fait de leur histoire et de leur mode d'apprentissage, ces deux disciplines partagent certaines analogies. Nous proposons d'en distinguer deux. Tout d'abord, tout comme celui de l'ostéopathie, l'apprentissage de la chirurgie, longtemps considérée comme une sous-branche de la médecine dite d'érudition ou actuellement allopathique, met l'accent sur l'expérience personnelle plutôt que la connaissance d'un « savoir livresque<sup>5</sup> ». Ensuite, c'est la reconnaissance de leur efficacité qui a permis à ces deux disciplines de trouver leur place au sein du système de soin français.

Pourtant, grâce à la robotisation actuelle et au matériel informatique de pointe, il a été possible de réaliser des actes chirurgicaux à distance pour la première fois. Pour exemple, en 2001, l'opération Lindbergh a été réalisée via la robotisation à 7 000 kilomètres de distance entre New York et Strasbourg :

« Le 7 septembre 2001, une opération chirurgicale – baptisée opération Lindbergh – a été réalisée à distance entre un chirurgien situé à New York et une patiente à Strasbourg. (...) l'opération a consisté en l'ablation de la vésicule biliaire d'une patiente se trouvant dans le service de chirurgie du CHU de Strasbourg, alors que le chirurgien – le professeur Marescaux – manipulait les bras du système robotisé, depuis les locaux d'Equant (filiale de France Télécom) à New York<sup>6</sup>. »

---

<sup>4</sup> [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/a-quoi-ressemble-le-futur-tres-proche-de-la-medecine-04-08-2015-1954726\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/a-quoi-ressemble-le-futur-tres-proche-de-la-medecine-04-08-2015-1954726_57.php), dernière visite le 13/08/15.

<sup>5</sup> J.-M. GUEULLETTE, *L'ostéopathie, une autre médecine*, Rennes : PUR, 2014. Citation p. 56.

<sup>6</sup> <http://www.internetactu.net/2001/10/30/premiere-operation-chirurgicale-a-grande-distance/>, dernière visite le 28/07/15).

La prouesse technologique au service de la chirurgie de pointe semble éloigner de plus en plus le chirurgien de son malade d'un point de vue géographique dans un premier temps, et inévitablement d'un point de vue relationnel dans un second temps. Cette hypermédiatisation de la discipline met au deuxième plan la relation chirurgien-patient, car le corps à corps est de plus en plus distant, voire inexistant comme c'est le cas du patient venu nous voir dans le cadre du traitement de son cancer du colon métastasé au foie<sup>7</sup>.

### **B. La kinésithérapie : du toucher à la prise de distance ?**

L'une des professions les plus proches de l'ostéopathie est la kinésithérapie qui est une des rares professions du toucher en France. En effet, le kinésithérapeute fait partie du processus de soin de la médecine occidentale et la consultation d'un kinésithérapeute fait souvent partie d'un cursus de soins post-traumatiques par exemple. Un patient s'étant cassé la jambe va se voir délivrer une ordonnance par son chirurgien avec un certain nombre de séances de rééducation durant lesquelles le kinésithérapeute va par exemple masser la jambe ou encore l'étirer. En ce sens, le kinésithérapeute est bien dans un corps à corps avec le patient.

Toutefois, on peut préciser deux éléments en ce qui concerne la kinésithérapie. D'une part, le thérapeute va souvent conseiller au patient de réaliser toute une série d'exercices dans son quotidien seul chez soi et présenter ces exercices comme faisant partie intégrante du processus de rééducation. Cette injonction est une reconnaissance explicite et formulée par le professionnel de santé de la possibilité de son absence dans le processus de soin. D'autre part, l'évolution de la pratique tend vers une multiplication des médias lors de la consultation. Pour exemple, le kinésithérapeute peut être relayé au besoin par des machines à ultra-sons ou à électrodes qui poursuivent le traitement même si le thérapeute doit sortir de la pièce.

### **C. La psychanalyse est-elle possible en dehors du cadre de la consultation ?**

Le domaine psychanalytique est également un terrain intéressant pour interroger la pertinence de la présence physique.

#### ***Carnet de terrain 2 : le psychanalyste face à la distance***

À l'occasion d'un échange informel, nous avons interrogé un psychanalyste lyonnais en lui demandant sa réaction face à une situation complexe : « un de vos patients vous appelle, il est à l'autre bout de la France et hésite à passer à l'acte pour mettre fin à ses jours. Vous prenez le temps qu'il faut, vous arrivez à le calmer, tout se

<sup>7</sup> Voir *supra* carnet de terrain 1.



termine bien. Comment appelleriez-vous ce moment ? Est-ce un soin psychanalytique<sup>8</sup> ? »

Quelque peu désarçonné par notre question, il fut assez bref dans sa réflexion nous précisant que cet échange serait en effet de « l'ordre du soin », mais ne serait en aucun cas décrit comme une séance psychanalytique. En outre, il considérait que pour que la situation soit considérée comme une séance psychanalytique, il était nécessaire que le patient et le thérapeute soient physiquement réunis dans la même pièce.

Cette distinction n'est évidemment pas à prendre comme une généralité en psychothérapie mais elle soulève une autre question : comment qualifier l'interlocution entre le psychanalyste et la patient en situation de crise ? Le conseil donné par le thérapeute peut-il être considéré comme relevant d'un soin en dehors du cadre de la consultation ? Répondre par l'affirmative reviendrait à reconnaître que, dans certains cas extrêmes, la présence corporelle du thérapeute n'est pas indispensable. Il nous semble qu'à cette étape de la réflexion que nous menons dans ce mémoire, il nous faut distinguer le conseil prodigué par le thérapeute dans ce cas extrême et l'ensemble de la démarche de soin qui, elle, n'a lieu que dans le cadre des consultations.

#### **D. L'ostéopathie : un corps à corps indispensable ?**

L'ostéopathie est une médecine manuelle au sens strict, dans le sens où elle n'utilise pas de machine ou d'intermédiaire informatisé. En effet, une des spécificités de l'ostéopathie tient au corps à corps qui lie le patient et le thérapeute. La pratique ostéopathique met en jeu un contact bien plus large qu'un seul contact palmaire entre le patient et le thérapeute. Ce sont les corps entiers du thérapeute et du malade qui sont mis à contribution.

Reconnaissons toutefois, comme nous l'avons souligné, que d'autres médecines du toucher passent par ce corps à corps comme par exemple la kinésithérapie. Néanmoins, la présence physique de l'ostéopathe est indispensable pour prodiguer les soins au patient, même si le traitement du patient se poursuit après l'intervention du thérapeute. En revanche, le corps à corps, qui peut disparaître dans la pratique kinésithérapique comme nous l'avons vu, ne peut disparaître dans la pratique ostéopathique. Sans corps à corps, il n'y a pas d'ostéopathie.

En passant en revue différentes pratiques thérapeutiques, nous avons souligné que la présence corporelle est indispensable dans la pratique ostéopathique. Toutefois, suffit-elle à la pratique ostéopathique ?

---

<sup>8</sup> Échange informel à l'occasion de la *Summer School* du Diplôme universitaire de Philosophie de l'ostéopathie, session du 15 au 18 juin 2015.

## II. L'ENCADREMENT LÉGAL COMME CONDITION DE L'EXERCICE DE L'OSTÉOPATHIE

Nous avons mis en évidence que la présence corporelle était nécessaire pour la mise en place d'un traitement ostéopathique. Or, pour qu'elle puisse être exercée, l'ostéopathie doit s'inscrire dans un cadre professionnel précis en fonction de compétences définies.

Après un long chemin (qui n'est pas terminé !), aujourd'hui, en France, l'ostéopathie est reconnue comme une thérapeutique indépendante. La pratique ostéopathique fait l'objet d'une première reconnaissance officielle avec la loi du 4 mars 2002<sup>9</sup> qui pose les premiers éléments du cadre législatif de l'usage professionnel du titre d'ostéopathe (en même temps que celui de chiropracteur). Il a fallu toutefois attendre cinq années pour la publication du décret d'application qui précise les conditions de la pratique<sup>10</sup>.

Le second pilier qui régleme l'ostéopathie est la compétence. Quelque soit la discipline (que ce soit parmi les sciences dites dures ou les sciences humaines), il est nécessaire d'acquérir un champ de compétences et de connaissances qui, d'une part, permet la reconnaissance de nos pairs et, d'autre part, autorise la pratique professionnelle. Cette reconnaissance passe actuellement par l'obtention d'un diplôme qui délivre le titre d'Ostéopathe. Ce diplôme est encadré par un tiers qui est l'État. Notons que c'est un très récent décret du 12 septembre 2014<sup>11</sup> qui impose des règles très strictes pour la formation des nouveaux ostéopathes. Si l'adoption de ce nouveau décret a secoué la profession, elle est fondamentale pour les patients : la définition de compétences constitue un repère pour les patients qui viennent consulter les ostéopathes.

Il ne s'agit pas de nous appesantir sur ce cadre légal largement étudié<sup>12</sup> et qui n'est pas l'objet central de ce mémoire. Néanmoins précisons que son existence constitue un garde-fou de toutes pratiques (parfois aberrantes) dans la relation thérapeutique. La législation constitue un tiers nécessaire de toute relation thérapeutique en encadrant la pratique du thérapeute qui doit se soumettre à des contraintes légales en dehors de sa volonté.

---

<sup>9</sup> Article 75, Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 4 mars 2002.

<sup>10</sup> « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé ». Article 1, Décret n° 2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, du 25 mars 2007.

<sup>11</sup> Décret n°2014-1043 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, du 12 septembre 2014.

<sup>12</sup> Voir notamment J.-M. GUEULLETTE, « Quelques textes institutionnels », *L'ostéopathie, une autre médecine*, op. cit., p. 110-114.

Si nous avons fait ce détour par ce cadre légal, c'est parce qu'à ce stade de la réflexion, nous avons montré que la présence corporelle est indispensable la pratique ostéopathique et le cadre législatif nécessaire pour encadrer et délimiter l'exercice de l'ostéopathie et définir les compétences nécessaires à celui-ci.

L'encadrement légal, tout comme la présence corporelle, est nécessaire pour exercer l'ostéopathie. Toutefois, ces deux éléments ne sont pas suffisants pour faire du praticien un bon ostéopathe.

### III. PRÉSENCE À SOI, PRÉSENCE À L'AUTRE

Comme nous l'avons démontré dans la première partie, il est impossible de pratiquer l'ostéopathie à distance. Pour mettre en évidence cet élément, nous avons pris le cas de la présence physique. Néanmoins, lors de la relation de soin, la question de la présence de l'ostéopathe ne renvoie pas à une seule question spatiale.

#### ***Carnet de terrain 3 : le « patient sympa » ou comment passer à côté d'une consultation***

Il m'est arrivé en consultant mon agenda de la journée de voir le nom d'un patient qui vient régulièrement me consulter et je me suis réjoui : « sympa, ça va aller comme sur des roulettes ». Et pourtant rien ne se passe comme prévu. Ou plutôt, la consultation ne se passe pas comme prévu. Ma perception n'est pas au rendez-vous, et pourtant j'ai bien le sentiment de faire comme d'habitude. *Comme d'habitude*. Il me semble que le problème tient en ces quelques mots. Je connaissais ce patient et m'entends bien avec lui, je me réjouissais de le voir : je suis dans une routine de traitement qui m'empêche d'être disponible à ce patient à ce moment là. En d'autres termes, je n'étais pas présent à lui, et suis passé à côté de la consultation.

Ce scénario, connu de nombreux ostéopathes, permet de comprendre que lorsque l'on parle de présence en ostéopathie il ne s'agit pas uniquement de présence physique. La présence à l'autre et la présence à lui-même sont des conditions nécessaires à une écoute de qualité et à une qualité de soin. À la lumière de différents travaux, on s'interrogera sur la nature de la présence dans le soin ostéopathique. À quoi renvoie-t-elle concrètement ? Est-elle active ou passive ? À quels niveaux intervient-elle ? Celui de la palpation, de l'écoute, du soin ?

## A. La présence perceptuelle : un « outil » selon Tricot

L'ostéopathe n'est pas un bon mécanicien qui applique des techniques, et des compétences reçues dans les écoles de formation, qu'il ne ferait que reproduire de manière automatique.

Un des éléments majeurs du traitement se situe justement dans cette présence si particulière qui est de l'ordre de la subjectivité. Un des auteurs parmi les plus reconnus dans la communauté ostéopathique française est Pierre Tricot. Dans son analyse sur l'approche tissulaire<sup>13</sup>, il est l'un des premiers à définir de façon pédagogique cette présence ostéopathique qui dépasse tout protocole. Il pose la question de manière frontale : *qu'est ce qu'être disponible ?* Ainsi Tricot s'est efforcé au cours de ses années de recherche de développer un modèle communicable à partir de sa propre expérience. Il décrit un processus, avec différents états pour entrer en « état de perception ».

Avant de rentrer dans le détail de cet état de perception, précisons tout d'abord que par sa nature sensorielle qui renvoie à l'ordre de l'intime, l'expérience de la perception ne peut pas faire l'objet d'une expression universelle. Dès l'avant-propos, l'auteur met d'ailleurs en garde le lecteur en soulignant la difficulté de transmettre une réflexion sur l'ostéopathie<sup>14</sup>. Il souligne par ailleurs que le « langage, en effet, ne peut pas prétendre à rendre compte des faits totalement, encore moins avec une totale fidélité<sup>15</sup> ». En effet, en tant qu'ostéopathes, nous cherchons à décrire le plus précisément et le plus fidèlement possible ce que nous ressentons. Toutefois, nous ne pouvons ni décrire l'ensemble de nos perceptions ni les verbaliser de manière universelle.

Notons aussi que si philosophiquement, la présence est une rare combinaison entre la présence à l'autre et la présence à soi (nous y reviendrons plus tard), ici, Tricot fait principalement état de la présence à soi comme étant une condition pour se rendre disponible à ses perceptions. Il souligne tout d'abord la nécessité de passer par un long travail sur soi-même : l'objectif est d'accepter, d'avoir conscience des tensions de son propre corps, plutôt que de les mettre de côté. Reconnaître ses propres tensions, c'est déjà minimiser les risques qu'elles interfèrent dans la perception du corps de l'autre, et donc ne pas fausser les informations provenant du patient. Il s'agit là d'« être en accord avec ce que l'on vit<sup>16</sup> ».

Tricot commence son analyse du processus permettant d'entrer en « état de perception » par la pratique de la palpation. La première difficulté tient à la mise en mot de l'expérience

---

<sup>13</sup> P. TRICOT, *Approche tissulaire de l'ostéopathie, Livre 1, Un modèle du corps conscient*, Vannes : Sully, 2010.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 9-15.

<sup>15</sup> *Ibid.* Citation p. 25.

<sup>16</sup> *Ibid.* Citation p. 15.

empirique de la palpation<sup>17</sup>. Ensuite, considérer la présence comme outil de palpation vient à l'encontre de la médecine actuelle qui a tendance à morceler le patient. L'ostéopathe cherche au contraire à percevoir l'ensemble de patient, et c'est par ce travail de présence que l'apprenti ostéopathe passe de la palpation d'une structure (os, viscère, muscle...) à la palpation du patient comme un tout. Cette distance est permise par cette *présence disponible*.

Tricot définit trois critères subjectifs et trois critères objectifs qui paramètrent la palpation.

La présence, l'attention et l'intention constituent les critères subjectifs sur lesquels le praticien va intervenir pour affiner sa palpation.

La présence est décrite comme un *état d'être*, sa variation entre les praticiens et selon le patient est si grande que cela rend sa description très délicate. Il serait donc inutile de la décrire par des adjectifs tant elle est variable. Tricot tente tout de même une description non pas de l'état de présence en lui-même mais à propos du *chemin* qui lui a permis d'y accéder. Il précise bien que le chemin n'a pas d'importance mais que c'est l'état final qui est fondamental. Mais comment atteindre cet état ? Tricot propose un exercice : assis confortablement, le praticien tente de ressentir l'ensemble du poids de son corps peser, de ressentir l'attraction terrestre, c'est ce qu'il nomme l'*enracinement* (prise de conscience de la matérialité du praticien). Ensuite il propose au praticien de lâcher prise (« comme si l'être abandonnait le corps et était aspiré vers le haut<sup>18</sup> »), ce qu'il nomme le *centrage*.

Quand le *monde physique* (le fait que le praticien soit assis sur son tabouret) et l'*univers non matériel* fonctionnent ensemble (c'est le processus de « syntonisation<sup>19</sup> » selon ses mots), alors la perception s'affine. Il prend l'exemple très connu dans le milieu ostéopathique du praticien tenant à un ballon de baudruche dans ses mains : il ressent son propre rythme. Ce ballon a le rôle d'un miroir amplificateur du rythme de praticien. L'état d'être décrit comme l'*état de présence* est ressenti par une diminution du rythme au sein de ce ballon et une augmentation de l'amplitude de celui-ci. C'est cet *état de présence* qui permet d'atteindre ce que Tricot décrit comme une *syntonisation* de notre état de conscience et de notre état plus matériel, en ancrant notre présence dans notre corps. Cette connexion et réunification de ces deux états, permettent de faire un rapprochement entre conscience et perception<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> « La palpation est littéralement un art que chacun doit s'enseigner à lui-même », R. E. BECKER, *La vie en mouvement. La vision ostéopathique de Rollin E. Becker, D.O.*, Vannes : Sully, 2012. Citation p. 200.

<sup>18</sup> P. TRICOT, *Approche tissulaire...*, op. cit. Citation p. 75

<sup>19</sup> *Ibid.* Citation p. 76.

<sup>20</sup> *Ibid.*

Nous allons plus rapidement sur les autres paramètres, bien qu'ils soient nécessaires pour la compréhension de l'analyse de Tricot.

L'attention constitue la représentation que le praticien a du problème de patient. Cette représentation amène l'ostéopathe à porter son attention à différents endroits précis. Porter son attention sur telle ou telle partie du corps modifie grandement les perceptions. En effet, les perceptions constituent une représentation que l'on a du patient, qui est inévitablement induites par notre histoire, notre vécu personnel, notre compétence et notre connaissance.

L'intention de l'ostéopathe constitue le troisième critère subjectif. L'interaction entre le patient et le praticien ne peut être parfaitement neutre. Chaque praticien a ses petites zones préférées, ses techniques chéries, sa petite routine... Ceci entraîne obligatoirement une induction dans la perception. C'est justement ne pas en avoir conscience ou refuser simplement de le reconnaître qui fausse la perception. Plutôt que de chercher à minimiser son intention, Tricot préfère l'utiliser consciemment, il développe même un système de communication avec le corps dans lequel il induit un mouvement et analyse la réaction du corps.

Il distingue ensuite les critères objectifs qui sont utilisés dans un second temps par l'ostéopathe pour affiner la perception. S'ils ne sont pas centraux dans notre réflexion sur la présence ostéopathique, précisons qu'il s'agit d'une part de la tension : en rajoutant une tension isométrique dans ses mains le praticien s'approche de la tension du patient et permet ainsi de mieux ressentir en s'adaptant aux tensions qui sont en contact. D'autre part, lorsque la perception est déclenchée, le praticien peut jouer sur la densité pour toujours affiner son ressenti un peu comme un sondeur, pour préciser à quelle profondeur est le problème. Une fois cette profondeur atteinte, il est plus facile de ressentir le rayonnement que cette dysfonction entraîne sur le corps du patient et percevoir celui-ci comme un « fluide<sup>21</sup> » global organisé autour de cette tension. L'ensemble des paramètres alors réunis, un dernier paramètre permet d'affiner encore plus la perception, il s'agit de la vitesse : le praticien va chercher à mesurer la rapidité avec laquelle la tension tissulaire s'exprime complètement et fait apparaître un mouvement.

---

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 22.

## B. La présence relationnelle dans l'analyse philosophique

Comme nous l'avons souligné, la seule littérature ostéopathique ne fournit pas d'éléments de cadrage suffisants pour réfléchir à la présence dans la pratique ostéopathique. C'est pourquoi nous proposons de nourrir notre réflexion en puisant dans des travaux philosophiques sur l'altérité pour éclairer la relation patient-thérapeute.

### 1. *L'analyse de Ricœur pour penser l'asymétrie et la réciprocité de la relation thérapeutique*

Nous allons nous appuyer sur l'articulation que Ricœur fait entre l'estime de soi, la sollicitude<sup>22</sup> qui « ne [peuvent] se vivre et se penser l'une sans l'autre<sup>23</sup> » et la pratique ostéopathique.

L'extrait de l'ouvrage sur lequel nous nous appuyons s'insère dans le chapitre dédié au « soi et la visée éthique<sup>24</sup> » dans lequel il définit l'éthique comme étant « la visée de la “vie bonne” avec et pour autrui, dans des institutions justes<sup>25</sup> ». Dans le cadre de notre réflexion, c'est l'aspect *avec et pour autrui* qui nous paraît le plus pertinent à étudier. Cette partie de la définition de l'éthique met en jeu un savant équilibre entre l'amitié, la sollicitude, et l'assignation à responsabilité, du fait de la relation avec autrui.

Nous allons d'abord présenter l'analyse de Ricœur et ensuite la mettre en perspective avec la pratique ostéopathique.

La pensée de Ricœur sur l'estime de soi a tout d'abord ceci de spécifique qu'il parle d'estime de soi et non de *moi*. En effet, la notion de moi implique un repli sur soi-même, alors qu'*a contrario* la notion de soi induit l'altérité.

Ensuite, le soi est digne d'estime non pas en raison de ses accomplissements mais parce qu'il a la capacité à les réaliser. Ici, le terme de capacité n'est pas à comprendre dans le sens « je peux », c'est-à-dire en terme d'action, mais en terme de jugement. Autrement dit, il s'agit de la capacité à évaluer mes propres actions et d'estimer une action extérieure à moi comme bonne ou mauvaise. Pour Ricœur, le « pouvoir-juger » est le prolongement éthique de la capacité physique du « pouvoir-faire ».

Troisièmement, Ricœur souligne que si je me reconnais la capacité à juger que telle ou telle action est bonne ou mauvaise, de même, je reconnais que l'autre que moi a cette même

---

<sup>22</sup> P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris : Éditions du Seuil, 1990. Citation p. 211-226.

<sup>23</sup> *Ibid.* Citation p. 212.

<sup>24</sup> *Ibid.*, Citation p. 199-236.

<sup>25</sup> *Ibid.* Citation p. 202.

capacité. Pour intégrer à son raisonnement la dimension de l'altérité, Ricœur s'appuie sur deux auteurs principaux qui lui ont précédé, Aristote et Levinas.

Tout d'abord, il s'appuie sur la théorie de l'amitié chez Aristote de l'amitié chez Aristote dans laquelle les liens entre l'estime et l'action, d'une part, et entre la capacité et l'effectuation, de l'autre, sont centraux. Aristote définit d'abord l'amitié comme une notion équivoque qui ne peut être traitée que par la connaissance de son « objet ». Ce que questionne Aristote est le « pour quoi » (et non pas le « pourquoi ») suis-je ami avec untel ? Aristote définit trois formes d'amitié que Ricœur qualifie d'« objets-motifs » : l'amitié selon l'« utile », l'« agréable » et le « bon<sup>26</sup> ». Le fait que chacun soit l'ami de soi-même (la *philautia*) est guidé par cette référence au bon<sup>27</sup>.

Toutefois, persiste la question que pose Ricœur : doit-on être l'ami de soi-même pour être l'ami de l'autre ? Or, cette question conduit à une autre, préalable, qui vise à savoir si l'on souhaite le bon pour son ami. Car la partie de soi-même que l'on aime est tout naturellement la meilleure partie (« le soi-même que l'on aime, c'est le meilleur de soi<sup>28</sup> »), celle qui est la plus stable et la moins sujette aux changements. Ainsi, ce que l'on peut souhaiter de mieux à son ami c'est ce que lui-même considère comme étant la meilleure partie de lui-même (« c'est qu'il demeure ce qu'il est<sup>29</sup> »).

Une seconde question fondamentale dans l'analyse de Ricœur est centrale pour nous : l'homme heureux et bon a-t-il besoin d'amis ? Ici c'est la notion de « besoin » qui est centrale. Or la notion sous-jacente au « besoin » est celle du « manque ». Ainsi la sollicitude est la recherche d'égalité dans cette relation à l'autre, par la reconnaissance d'un manque, d'une vulnérabilité. S'il y a un manque, la notion de *philautia* se transforme en désir pour lui-même. L'homme désire être un homme de bien et, dans ce sens, l'existence de son ami devient désirable pour lui<sup>30</sup>. »

Ricœur fait ensuite appel à un deuxième philosophe, Levinas, qui lui va lui permettre de donner une toute nouvelle place à l'altérité dans sa théorie. En effet Levinas inverse le raisonnement d'Aristote : ce n'est pas moi qui ai besoin de l'autre, c'est l'autre qui m'impose une responsabilité. L'autre devient un acteur agissant sur moi en me convoquant à la responsabilité : « pas de soi sans un autre qui convoque à la responsabilité<sup>31</sup> ».

---

<sup>26</sup> *Ibid.* Citation p. 214.

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> *Ibid.* Citation p. 216.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 218. Pour conclure sur l'amitié chez Aristote, Ricœur souligne « c'est ainsi que le manque habite le cœur de l'amitié la plus solide », *Ibid.* Citation p. 219.

<sup>31</sup> *Ibid.*



Mais comment Ricœur fait-il coexister la réciprocité de l'amitié et cette injonction à la responsabilité qui est profondément dissymétrique ? Cette coexistence ne peut se faire que justement par l'existence de l'autre dans cette théorie. Toujours dans l'optique de la visée de la « vie bonne », c'est par cette assignation à l'autre que toutes actions estimées bonnes doivent considérer justement l'autre.

Cet impératif (assignation, injonction, convocation) pourrait donc être considéré uniquement du point de vue de la norme. Toutefois, c'est un impératif qui est accepté et non pas vécu comme une contrainte parce qu'il est compensé par la « spontanéité bienveillante » de la sollicitude lié à l'estime de soi que chacun poursuit dans le but de la vie « bonne ».

N'oublions pas que le soi est digne d'estime non pas en raison de ses accomplissements mais du fait de ses capacités. Or si l'autre est l'« être souffrant<sup>32</sup> », c'est-à-dire qu'il est diminué dans ses capacités, alors il est atteint dans son intégrité. Si à mon tour, je reconnais ma fragilité, alors je rééquilibre la dialectique du donner recevoir : je suis responsable de l'autre non plus en raison de la « figure du maître de justice<sup>33</sup> » mais je suis responsable de lui parce que la meilleure partie de moi même dans la visée d'une vie « bonne » m'assigne à le faire. En d'autres termes, Ricœur tire pour conclusion que l'amitié est un équilibre entre la sympathie pour l'autre souffrant et l'assignation à responsabilité. Cet équilibre n'est possible que si dans le premier cas il y a aveu de la fragilité (je reconnais ma fragilité) et dans le second la reconnaissance de la supériorité de l'autorité de l'autre (l'autre qui m'impose la responsabilité que j'ai de lui).

Ricœur souligne trois éléments qui contribuent à la recherche d'égalité à travers l'inégalité<sup>34</sup>. La réversibilité<sup>35</sup> dans l'interlocution à travers l'échange des pronoms « je » et « tu » qui présuppose une égalité entre les destinataires. Néanmoins, Ricœur précise que cette réversibilité ne concerne que les rôles, ce qui conduit à un second élément. L'insubstituabilité<sup>36</sup> qui elle considère les personnes qui remplissent ces rôles. Je peux me mettre à la place de l'autre, mais jamais complètement dans le sens où je ne fais pas disparaître la distinction entre le « je » et le « tu ». Les rôles sont réversibles, en revanche les personnes quant à elles sont insubstituables : chaque personne est irremplaçable. Et considérer que l'autre est irremplaçable nous apprend le caractère irremplaçable de notre vie. Enfin,

---

<sup>32</sup> *Ibid.* Citation p. 223.

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> *Ibid.* Citation p. 225.

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> *Ibid.*

Ricœur place la similitude<sup>37</sup> au-dessus des deux notions précédentes. Elle est le résultat entre le lien inégal entre l'estime de soi et sollicitude l'autre. Je reconnais que toi aussi tu es capable. Ainsi je peux t'estimer comme moi-même, et inversement je m'estime comme un autre.

Mettons en perspective avec la pratique ostéopathe deux principales dimensions de l'analyse de Ricœur : l'asymétrie et la réciprocité de la relation thérapeutique.

Le patient *souffrant* vient voir le thérapeute *capable*. Tout porte à croire que la relation est unilatérale et asymétrique<sup>38</sup>. La prise en compte d'une fragilité commune, partagée entre le patient et le thérapeute permettrait alors de tempérer l'unilatéralité de la relation.

Lors de son apprentissage de l'ostéopathie dans son parcours étudiant, l'ostéopathe passe un temps très important à la place du patient, il subit les techniques pour les apprendre et être capable de les reproduire<sup>39</sup>. Il adopte le rôle « réversible » de patient au sens donné par Ricœur. Sa pratique se voit ainsi construite autour d'une position très spécifique : il s'agit de la position de fragilité dans laquelle le patient se trouve. C'est justement cette fragilité qui lui va lui permettre de pouvoir venir en aide au patient : d'une part, il se retrouve avec un « autre souffrant » l'assignant donc à responsabilité et, d'autre part, la pratique rappelle à l'ostéopathe la reconnaissance de sa propre fragilité. L'ostéopathe se sait donc patient comme un autre, et aborde la fragilité de l'autre différemment.

Cette dimension est très centrale dans le cadre de l'ostéopathe mais ne l'est pas dans la majorité des disciplines thérapeutiques. Un chirurgien cardiaque n'a pas subi d'opération, et sans se considérer comme infaillible, il peut difficilement reconnaître sa fragilité au moment même de l'acte chirurgical. Imaginons un chirurgien au moment d'inciser un cœur, habité par une réflexion qui le pousse à l'empathie et à prendre la place du patient en se disant que le cœur du patient pourrait être le sien. Il aurait bien évidemment de quoi mettre en danger l'acte chirurgical.

Soulignons, dans un second temps, l'importance que Ricœur donne la réciprocité. On ne peut estimer l'autre sans s'estimer soi-même, et on ne peut s'estimer sans estimer l'autre. Essayons d'aborder la présence à soi et la présence à l'autre à partir de cette réflexion.

Peut-on être présent à soi sans être présent à l'autre, et être présent à l'autre sans être présent à soi ? C'est à travers l'autre (patient) que je suis présent (ostéopathe). S'il n'était pas

---

<sup>37</sup> *Ibid.* Citation p. 226.

<sup>38</sup> Plusieurs réflexions ont toutefois été développées pour tenter de réduire le déséquilibre et rééquilibrer cette relation.

<sup>39</sup> Durant la moitié des enseignements pratiques, l'étudiant est dans la position du patient.

un patient, je ne serai pas ostéopathe. De même, l'être souffrant devient patient parce que je suis ostéopathe, sans quoi il est juste souffrant.

Or, un patient éventuellement dispersé, bavard, ou encore inattentif peut potentiellement perturber le praticien. En effet, le patient et le praticien doivent se coordonner de manière à ce que chacun apporte sa part dans la dynamique de soin. Aussi, le patient doit être présent à lui-même et au praticien ; de même le praticien doit être présent au patient et à lui-même. Cette dynamique repose donc sur ces quatre présences<sup>40</sup> mises en jeu dans la pratique de soin : présence à soi du thérapeute et présence à soi du patient, présence à l'autre du thérapeute et présence à l'autre du patient.

## 2. *L'analyse de Buber pour penser l'articulation entre la connaissance théorique et la consultation individualisée*

Martin Buber, philosophe allemand, définit deux couples de mots fondamentaux et complémentaires<sup>41</sup>, le couple Je-Tu et le couple Je-Cela ou Je-Il/Elle<sup>42</sup>.

Avant de rentrer dans le détail de ces deux relations, M. Buber commence son ouvrage par une réflexion sur les mots-principes que l'homme est « apte à prononcer »<sup>43</sup>. Il les considère non pas comme des noms mais comme des rapports. C'est ce qui lui permet de développer ces couples de rapports Je-Tu et Je-Cela.

Il définit le Cela comme une partie d'un ensemble qui est délimité par un autre Cela. Au contraire, dans le Tu, rien n'est défini, il n'y a pas de limites, il n'y a qu'une chose : la relation. Si je donne une définition de ta personne, c'est que je pose une limite, je définis les contours de ce que je dis de toi. La relation Je-Tu a ceci de spécifique, que l'autre auquel je m'adresse est un être entier : « Il est le Tu et il remplit l'horizon<sup>44</sup> ».

M. Buber prend deux exemples pour illustrer son propos. Le premier, l'exemple de l'arbre<sup>45</sup> permet d'illustrer la relation Je-Cela. Il montre que l'on peut percevoir l'arbre de différentes manières. Le botaniste, l'artiste, ou le médecin vont chacun le considérer sous un angle différent : le botaniste par exemple lui donne son nom latin, l'artiste nuance ses couleurs, et le médecin en connaît les propriétés curatives. Or, dans toutes ces relations Je-

---

<sup>40</sup> Ces quatre présences sont fondamentales. L'intrusion d'un tiers dans la consultation peut avoir un impact sur le praticien. En effet, il n'est pas rare d'un apprenti ostéopathe soit perturbé quand il y a une troisième personne dans le cabinet.

<sup>41</sup> *Je et Tu* est un ouvrage publié en 1923 et traduit pour la première fois en français en 1969. M. BUBER, *Je et Tu*, Paris : Aubier, 1992 [1923].

<sup>42</sup> Par la suite, on n'emploiera que Je-Cela pour simplifier la lecture.

<sup>43</sup> M. BUBER, *Je et Tu*, *op. cit.* Citation p. 19.

<sup>44</sup> *Ibid.* Citation p. 26.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 24-26.

Cela, l'arbre est l'objet de la relation : chacun n'a considéré qu'une partie de l'arbre, chacun a eu une relation Je-Cela, ne considérant qu'une partie de l'arbre. La façon dont je décide d'appréhender l'arbre définit certes une partie de ce qu'est l'arbre mais également une partie de ce je suis.

Il prend un second exemple, celui de la connaissance, pour comprendre la relation Je-Tu<sup>46</sup>. L'homme a une connaissance empirique du monde qui l'entoure. Le médecin connaît ses patients et c'est grâce à l'expérience de sa pratique thérapeutique qu'il saura les traiter. Pour exemple, sa connaissance lui permet de savoir que tels types de patients sont plus aptes à avoir telle maladie en fonction de la couleur de leur peau, leur âge et l'ensemble de toutes les descriptions que l'on peut donner des patient. Ainsi, M. Buber nous dit que dès lors que j'applique un schéma de connaissance préalable à la relation Je-Tu, alors j'entre dans une relation Je-Cela : « dès lors [...] c'est un *Cela* – ce n'est plus mon *Tu*<sup>47</sup> ».

Lors de la consultation, la relation Je-Tu se met en place. Or, le médecin ne peut faire l'expérience de l'ensemble d'un patient, c'est-à-dire d'un être entier sur une durée continue.

Il nous semble que quand le médecin entre en relation avec son patient, et, en lui disant Tu, il le considère entièrement sans limite. Si à l'occasion d'une seconde consultation, le médecin s'appuie sur sa connaissance du patient, c'est-à-dire l'expérience qu'il a eue avec le patient, alors il va entrer dans une relation Je-Cela.

Ainsi la relation au Tu est présente et immédiate dans le sens où il n'y a pas de médias. La mémoire avec son morcellement de souvenirs et ses modifications avec le temps en est en revanche le premier média. Une fois la relation Je-Tu passée, elle devient Je-Cela dans le sens où il n'y a plus relation avec l'être entier mais avec le souvenir que j'en ai.

Ce jonglage entre le Je-Tu et le Je-Cela est présent quotidiennement dans la pratique thérapeutique : si l'ostéopathie est une des médecines les plus « individualisées<sup>48</sup> » qui soient, le recours à la mémoire ou encore celui au dossier patient constitue un passage du Je-Tu au Je-Cela. Le passage par la relation Je-Cela est quotidien chez les ostéopathes qui vont soit se remémorer une précédente consultation soit consulter leur dossier patient avant que celui-ci n'entre dans le cabinet par exemple. Or, ce passage est bien ambivalent : il empêche la relation Je-Tu puisque le praticien a recours soit à sa mémoire intellectuelle, soit à la trace écrite d'une précédente consultation qui installe dans une relation Je-Cela ; dans un même

---

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>47</sup> *Ibid.* Citation p. 27.

<sup>48</sup> Dans le sens où on ne peut pratiquer l'ostéopathie à grande échelle et en double aveugle.

temps, c'est bien ce chemin par la relation Je-Cela qui va permettre au praticien d'être à nouveau présent au patient, et d'entrer dans une relation Je-Tu.

L'apprentissage de la pratique ostéopathique se fait sur des cas cliniques : les patients sont catégorisés en fonction de leurs motifs de consultation<sup>49</sup>. Or, cette expérience va à l'encontre de la relation Je-Tu puisqu'elle morcelle le patient à travers les caractéristiques qui lui sont associées, et renvoie bien à la relation Je-Cela.

M. Buber souligne que la relation Je-Tu est une relation d'être à être qui implique la présence<sup>50</sup>. En ce qui concerne la pratique ostéopathique, je ne peux ni connaître, ni décrire complètement le patient qui apparaît devant moi, je ne peux que le « réaliser<sup>51</sup> », c'est-à-dire l'accepter dans ce qu'il est et faire en sorte qu'il soit « réel ».

Si je classe le patient, je me réfère à la mémoire que j'ai de lui, la rencontre avec ce patient ou encore je me sers de ma connaissance : en d'autres termes, je mobilise des référentiels praticiens, c'est-à-dire des catégories de pensée préconstruites qui empêchent un tête à tête exclusif. Autrement dit, la présence unique ne peut être vécue que si je suis dans une relation d'être à être. En d'autres mots, l'expérience va m'éloigner du Tu<sup>52</sup>.

La lecture de Buber permet de comprendre que la relation en ostéopathie consiste en une oscillation permanente entre la relation Je-Tu et Je-Cela. En effet, penser cette relation sous la seule forme du Je-Tu impliquerait que l'ostéopathe ne puisse faire référence ni à ses connaissances médicales et physiologiques, ni à l'expérience acquise au cours de différents traitements, ni aux autres éléments extérieurs aux patients et inhérents à lui-même qui font de lui un ostéopathe. Poussée à l'extrême, la relation Je-Tu pourrait même aller jusqu'à lui faire perdre cette identité d'ostéopathe<sup>53</sup>

*A contrario*, n'évoluer que dans la relation Je-Cela pousserait à une objectivation du patient et à une pratique, faite uniquement de routines et de schémas de traitement. Cet excès inverse ferait perdre le caractère individualisé central dans la pratique ostéopathique.

Si la relation ostéopathe-patient ne peut être dans chacun de ces extrêmes, c'est bien dans une oscillation permanente que la relation doit se maintenir. Or, quelle est la dynamique de cet équilibre, de ce va-et-vient permanent ?

---

<sup>49</sup> Un jeune de 14 ans sportif avec une douleur au genou sera présenté et considéré comme sujet à la maladie Osgood-Schlatter plus qu'une dame âgée de 80 ans.

<sup>50</sup> Au passage, dans relation Je-Cela, la présence ne peut être, il n'y a pas de relation avec l'être entier ou l'objet, juste une considération d'une partie de celui-ci.

<sup>51</sup> M. BUBER, *Je et Tu*, op. cit. Citation p. 28.

<sup>52</sup> *Ibid.* Citation p. 27.

<sup>53</sup> Nous l'avons souligné précédemment que cette identité est définie par une formation précise, délimitée par un cadre et des compétences thérapeutiques, voir *supra*.

Dans la description de son modèle de palpation, Tricot nous donne des clés pour justement, partir de la relation Je-Cela et l'affiner pour aller jusqu'à une relation Je-Tu : partant d'une technique applicable au plus grand nombre, il décrit un moyen pour rejoindre le patient et adapter ainsi notre expérience, notre connaissance.

Prenons l'exemple de l'anatomie. Tout ostéopathe a une connaissance poussée de l'anatomie : il s'agit d'une relation Je-Cela. Toutefois, l'anatomie enseignée correspond à une moyenne de l'ensemble de l'anatomie connue. Or, malgré cette connaissance abstraite, nous savons qu'il y a des variations anatomiques génétiques, mais aussi des modifications dues à l'histoire du patient<sup>54</sup>. Prenant pour point de départ des techniques standardisées et en y ajoutant tous les paramètres de palpation<sup>55</sup>, Tricot propose que l'ostéopathe ajuste ses pratiques en fonction de lui-même et du patient. On peut y voir une modification du Je, constamment adapté au Tu. Passant du Je du Je-Cela au Je du Je-Tu, le praticien est également perçu différemment par le patient : seule la relation Je-Tu permettant la présence.

L'adaptation au patient ou l'entrée en relation du Je et du Tu n'est pas une norme éthique imposée aux ostéopathes mais un chemin qui doit être sans cesse réévalué. Ainsi prenant pour point de départ un élément qui relève de l'ordre du Je-Cela (ici la palpation anatomique), il la transforme en une relation Je-Tu (la palpation unique à cette structure appartenant à un tout).

C'est ce jeu d'oscillation qui permet au praticien de conserver une démarche la plus éthique qui soit. Le praticien doit retrouver dans son référentiel des éléments tangibles pour donner une explication au problème du patient alors même que ces éléments morcellent ce même patient (Je-Cela) : grâce à ces éléments il va donner un sens au problème en suggérant des liens de cause à effet. Ces explications prennent en compte une grande partie de ce qu'est le patient, mais jamais la totalité du patient, on se retrouve de nouveau dans une relation Je-Cela. Précisons que ces explications partielles de ce qu'est le patient disent aussi beaucoup du thérapeute : elles contribuent à définir la spécificité de sa pratique professionnelle et de son identité.

Toutefois, l'ostéopathie est une médecine particulière dans le sens où le praticien cherche la cause du problème en entrant en relation avec le patient (une approche qui est donc de l'ordre du couple Je-Tu) et non pas par une classification de symptômes décrits comme une pathologie dont découlerait un traitement spécifique (qui renvoie au Je-Cela).

---

<sup>54</sup> La déformation des articulations par l'arthrose en est un bon exemple.

<sup>55</sup> Voir *supra*.

L'honnêteté intellectuelle est alors d'une importance capitale, car confronté à son seul référentiel, l'ostéopathe perdrait la reconnaissance de ses pairs et dans le même temps son identité. Toutefois, il peut être tentant pour un praticien de s'enfermer dans une relation Je-Cela dans laquelle il ne mobilise que ses seules connaissances, et est finalement dans une posture de contrôle de la relation. Au contraire, l'ostéopathe doit prendre le risque de perdre cette forme de contrôle pour entrer dans la relation Je-Tu indispensable à la bonne pratique ostéopathique qui met en jeu un praticien présent à son patient.

## CONCLUSION

La réflexion que propose ce mémoire nous a permis de comprendre la place fondamentale et structurante de la présence dans la pratique ostéopathique. Notre expérience personnelle de la pratique ostéopathique, nos échanges avec d'autres professionnels de santé et la lecture de travaux notamment philosophiques ont nourri cette réflexion.

Dans un premier temps, nous avons mis en évidence les évolutions contemporaines des pratiques thérapeutiques en ce qui concerne la présence corporelle. Ce détour par d'autres disciplines thérapeutiques a permis de comprendre le caractère indispensable du corps à corps ostéopathique dans cette pratique thérapeutique spécifique. Nous l'avons souligné : sans corps à corps, il n'y a pas d'ostéopathie. Néanmoins, s'il est nécessaire, le corps à corps ne suffit pas à l'exercice de l'ostéopathie. Nous avons retracé de manière rapide les évolutions récentes de l'encadrement légal de la jeune discipline ostéopathique en France. Cet encadrement est nécessaire à différents niveaux : il autorise la pratique professionnelle en tant que thérapie manuelle et il délimite les compétences considérées comme nécessaires à son exercice, ce qui a pour effet de donner des repères aux patients.

Cet encadrement autorise et délimite certes la pratique professionnelle, mais il ne suffit pas à l'exercice d'une *bonne* pratique ostéopathique. Dans ce mémoire, nous ne suggérons pas ici par *bonne* l'idée d'un classement qui opposerait de *bons* ostéopathes à de *mauvais* ostéopathes. Nous avons proposé d'interroger ce que peut être une *bonne* pratique ostéopathique sur un plan éthique à travers la présence à soi et la présence fine à l'autre.

En effet, la présence dans la discipline ostéopathique ne se réduit pas à la seule présence corporelle, l'indispensable corps à corps, mais révèle plusieurs facettes. Nous avons mis en évidence l'existence de quatre formes de présence : la présence de l'ostéopathe à lui-même, la présence de l'ostéopathe à son patient, la présence du patient à lui-même et la présence du patient à l'ostéopathe. Or, au centre de la dynamique de soin, c'est bien la combinaison de ces

quatre formes de présence qui permet à la fois l'équilibre de la relation thérapeutique mais aussi la potentialité du soin, dans le sens où le soin est rendu possible par ces quatre formes de présence.

La présence devient alors un subtil équilibre de distance mais également d'intimité qui doit se faire dans le respect de ce que l'un permet à l'autre d'accepter. La question de la disponibilité de l'un à l'autre est centrale : l'ostéopathe se rend disponible au patient afin que ce dernier puisse se rendre disponible au thérapeute. C'est finalement l'équilibre précaire ou le déséquilibre consenti que nous aurons réussi à instaurer en présence l'un de l'autre qui définira la nature de notre relation.

La réflexion que nous proposons ouvre des pistes pour un champ de recherche encore peu exploré sur le positionnement des thérapeutes dans l'acte de soin et la dialectique du donner-recevoir lors d'une séance de soin.



## BIBLIOGRAPHIE

### *Ouvrages*

- R. E. Becker, *La vie en mouvement. La vision ostéopathique de Rollin E. Becker*, D.O., Vannes : Sully, 2012.
- M. BUBER, *Je et Tu*, Paris : Aubier, 1992 [1923].
- J.-M. GUEULLETTE, *L'ostéopathie, une autre médecine*, Rennes : PUR, 2014.
- P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris : Éditions du Seuil, 1990.
- G. VALLANCIEN, *La Médecine sans médecin. Le numérique au service du malade*, Paris : Gallimard, 2015.
- P. TRICOT, *Approche tissulaire de l'ostéopathie, Livre 1, Un modèle du corps conscient*, Vannes : Sully, 2010.

### *Textes législatifs et réglementaires*

- Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 4 mars 2002.
- Décret n° 2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, du 25 mars 2007.
- Décret n°2014-1043 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, du 12 septembre 2014.

### *Sites internet consultés*

- <http://www.internetactu.net/2001/10/30/premiere-operation-chirurgicale-a-grande-distance/>, dernière visite le 28/07/15).
- [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/a-quoi-ressemble-le-futur-tres-proche-de-la-medecine-04-08-2015-1954726\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/a-quoi-ressemble-le-futur-tres-proche-de-la-medecine-04-08-2015-1954726_57.php), dernière visite le 13/08/15.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
INTRODUCTION .....	4
I. LA PRÉSENCE CORPORELLE DANS LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES .....	6
A. La médecine allopathique .....	6
1. La « médecine sans médecin » ? .....	6
2. La chirurgie, d'un continent à l'autre ? .....	7
B. La kinésithérapie : du toucher à la prise de distance ? .....	8
C. La psychanalyse est-elle possible en dehors du cadre de la consultation ? .....	8
D. L'ostéopathie : un corps à corps indispensable ? .....	9
II. L'ENCADREMENT LÉGAL COMME CONDITION DE L'EXERCICE DE L'OSTÉOPATHIE	10
III. PRÉSENCE À SOI, PRÉSENCE À L'AUTRE .....	11
A. La présence perceptuelle : un « outil » selon Tricot .....	12
B. La présence relationnelle dans l'analyse philosophique .....	15
1. L'analyse de Ricœur pour penser l'asymétrie et la réciprocité de la relation thérapeutique .....	15
2. L'analyse de Buber pour penser l'articulation entre la connaissance théorique et la consultation individualisée .....	19
CONCLUSION.....	23
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>25</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>26</b>