

LA DYNAMIQUE DE L'ESPACE EN OSTÉOPATHIE

PROXÉMIE ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

VIVIEN GAS
SOUS LA DIRECTION DE DENIS CERCLET

LA DYNAMIQUE DE L'ESPACE EN OSTÉOPATHIE

INTRODUCTION

Les choppers et chopping tools de l'oldowayen sont parmi les premiers outils de l'homme. Ces galets taillés marquent vraisemblablement le début d'une réflexion industrielle amenant l'être humain à se doter d'outils toujours plus complexes : des industries lithiques et osseuses du paléolithique, le XXème siècle marque une révolution industrielle menant à une diversification des machines chaque jour plus grande. Des machines nous permettant d'aller plus vite, de voir plus loin, dans l'infiniment petit comme dans l'infiniment grand, de communiquer à distance, de voir à l'intérieur même du corps etc. L'assistance mécanique de l'homme est centrale dans les sociétés occidentales. Ces outils permettent au corps de le préserver, de le prolonger, de le mettre au repos. Mais dans le même temps ce corps est placé au second plan, il est oublié voire négligé. Ce phénomène affecte le milieu médical également : l'outil s'interpose entre le patient et le thérapeute ; certes pour améliorer la prise en charge du premier et le confort du second, mais une distance se crée entre les deux protagonistes. Les gants de l'infirmière, la fraise du dentiste, le scalpel électrique du chirurgien, la sonde ultrason du kinésithérapeute, l'aiguille de l'acupuncteur et tant d'autres encore contribuent à marquer la frontière patient/thérapeute et à rappeler qui est le malade du sain.

Néanmoins persistent des pratiques dont la proximité semble être première, quasi intégrante de la prise en charge. Des pratiques qui se définissent en partie par l'absence de média autre que celui du corps : le toucher en tant que vecteur de soins devient l'outil principal, le moyen thérapeutique privilégié. Le toucher et celui qui le prodigue sont indissociables. Les pratiques à médiation corporelle telles que l'ostéopathie ont cela de singulier que le principe thérapeutique et le thérapeute l'appliquant sont consubstantiels. Le thérapeute lui-même intègre les principes thérapeutiques. Alors, du fait de l'immédiateté de ces pratiques, l'apporteur de la thérapie est au premier plan : il n'est pas caché derrière un masque ou des gants, le patient n'est pas endormi. C'est ainsi que la réussite d'un traitement manuel sera plutôt attribué au thérapeute lui-même et non à la technique

employée ; quand la réussite d'un traitement médicamenteux sera pour sa part plutôt attribuée à la molécule, à la technique pharmacologique, et non à la stratégie d'action thérapeutique du médecin¹. On dira ainsi d'un traitement médicamenteux qu'il est efficace ou non ; et d'un ostéopathe qu'il est bon ou non. On peut ainsi légitimement subodorer une mise en avant de la personne dans les thérapies à médiation corporelle.

Les symboles historiques liés à l'imposition des mains des rois thaumaturges semblent pouvoir appuyer cette faveur accordée aux thérapeutes manuels : là où Dieu guérissait via les mains royales, une force ne pourrait-elle pas agir à travers les mains du thérapeute ? Dans son étude intitulée *les Rois Thaumaturges*, Marc Bloch s'intéresse au processus thérapeutique intrinsèquement lié à une croyance qui attribuait un pouvoir de guérison aux Rois d'Europe, même si Bloch se focalise essentiellement sur les Rois Anglais, et Français. Dans cet ouvrage Bloch explicite le fait que les rois français guérissaient les écrouelles en prononçant la phrase suivante : *Le Roi te touche, Dieu te guérit*. Ainsi, un processus thérapeutique était engendré par un contact physique nommé imposition des mains. Dans le cadre de la présente étude, cet ouvrage est particulièrement intéressant, car d'une part, nous étudions le processus thérapeutique par le toucher, mais surtout Bloch met l'accent sur le système de croyances qui sous-tend ce processus thérapeutique. En effet, le Roi était associé à un caractère Divin, et ne pouvait guérir qu'après son sacre, c'est-à-dire, après avoir reçu la Sainte-Onction, qui le liait au Divin. D'ailleurs, c'est lors de la sécularisation, et de la remise en cause du lien entre Dieu et le Roi que la force thérapeutique des Rois thaumaturges commença à se dissiper. Pour se révolter contre le Roi, il fallait en effet le désacraliser, car l'on considérait que celui qui s'en prendrait au Roi, subirait le courroux Divin. Cette étude de Marc Bloch nous permet de saisir toute l'importance des systèmes de croyance dans le processus thérapeutique.

Edward T. Hall dans son étude sur la proxémie introduit la notion de perception dynamique de l'espace dans la relation à l'autre. Il classe ainsi quatre degrés d'espaces sociaux, chacun possédant un mode proche et un mode lointain² : [1] l'intime [2] le personnel [3] le social et [4] le public. En fonction du degré de connaissance, d'affinité, du

¹ Sans perdre de vue que l'attente du médecin va pouvoir influencer sur l'effet thérapeutique d'un médicament Voir Rémy Boussageon, *L'effet placebo : « le côté obscur » de l'essai clinique contrôlé*, in *Placebo, le remède des remèdes*, pp. 115-116.

² Hall, *La Dimension cachée*, pp.147-157

type de relation etc. la distance que l'on va avoir avec l'autre varie. D'une relation d'intimité avec son conjoint/sa conjointe dans un espace que l'on pourrait qualifier de charnel, la distance va s'allonger et évoluer en fonction des personnes en présence.

Dans les pratiques thérapeutiques à médiation corporelle, patient et thérapeute se situent dans l'espace social de l'intime ; espace qui est habituellement réservé à l'acte sexuel. Les connotations de l'ordre de l'amour et de la sexualité sont au premier plan lorsque l'on évoque l'intimité. Mais Hall décrit un second type de relation ayant lieu dans l'espace intime : celui de la lutte³. Ce que décrit Hall pour l'espace de l'intime semble donc relever de la survie (qu'elle soit interindividuelle : procréation pour la survie de l'espèce ; ou intra-individuelle : combat pour survivre). Et c'est dans cet espace que le thérapeute va agir, sans pour autant s'inscrire dans ces conceptions-là.

L'ambiguïté érotisante est d'autant plus prononcée que le patient se trouve majoritairement sur le dos ou le ventre et généralement en sous-vêtement. L'érotisation des gestes peut rapidement surgir⁴.

Le toucher thérapeutique dans les pratiques à médiation corporelle va donc questionner les systèmes de représentations autant chez les thérapeutes que chez les patients. Plus encore, il semble être le lieu de construction d'un nouvel espace.

DE LA DYNAMIQUE DE L'ESPACE : DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS À LA TABLE DE PRATIQUE

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS : ESPACE VIRTUELLE

Si l'appel par le patient constitue la première étape saisissable par le thérapeute, il n'en demeure pas moins un cheminement plus ou moins long en amont pour les patients. Ceux qui connaissent d'ores et déjà l'ostéopathie vont sans doute appeler dès qu'une gêne ou qu'une douleur deviendra suffisamment inconfortable, voire même en amont à visée préventive. Alors l'appel aura lieu et la prise de rendez-vous se fera ; dans une temporalité clairement définie, mais dans une spatialité virtuelle. En effet si par le téléphone les

³ Idem, p.147

⁴ Conférence du 4 novembre 2015, Artur Juvanon, *Le corps à corps thérapeutique invite à penser, aux seuils d'une intime pudeur, le présent d'un désir*

protagonistes sont dans un lien auditif direct, ni l'un ni l'autre ne peut situer dans l'espace son interlocuteur. Il est là un fait bien entendu non exclusif à une prise de rendez-vous mais il paraît important de s'y attarder afin de saisir la dynamique de spatialité qui se joue dans la (péri-) consultation en ostéopathie. Ce dernier point est d'autant plus important s'il s'agit pour le patient d'un premier rendez-vous et que le cheminement amenant jusqu'à l'appel fût long. Il est en effet des personnes qui vont devoir être convaincues, ou incitées plus ou moins fortement par leur entourage de l'intérêt d'aller consulter un ostéopathe. Des jours, des semaines et parfois plus vont passer avant que la personne décide d'appeler.

L'imaginaire et les représentations des patients, déjà en amont de l'appel, commencent à s'inviter dans la relation thérapeutique. Un ton de voix, des conseils donner au téléphone, une écoute vont dès la prise de rendez-vous conditionner l'appelant dans une attitude (qu'elle soit positive, neutre, voir négative), dans une attente. Se savoir pris en charge peut paraître la première étape d'un traitement.

LA SALLE D'ATTENTE : ESPACE MIXTE

Le déplacement vers et l'arrivée dans la salle d'attente inaugurent une nouvelle étape dans la mise en place thérapeutique : celle de l'engagement dans un espace dévolu à l'attente. Mais c'est aussi le lieu où la transition entre l'espace social et l'espace de consultation va se faire. Bien que lieu commun et partagé, la salle d'attente, en présence du patient, est dans l'ici et le maintenant pleinement sienne. A la fois sienne et partagée, la salle d'attente serait un espace mixte de transition entre le social et le personnel pour rejoindre par la suite l'intime.

L'attente peut être l'occasion d'une remémoration des doléances, d'une écoute particulière de celles-ci. C'est un lieu et un moment privilégiés pour écouter son corps afin de transcrire psychiquement ce qui est de l'ordre de la sensibilité et de la sensorialité. Cette transcription pourra être aidée et affinée plus tard avec le thérapeute. De ce fait la salle d'attente peut être le lieu où vont grandir les attentes du patient. Finalement dans la salle d'attente, si le patient patiente, l'être (douloureux) construit ses représentations quant à l'avenir proche.

ANAMNÈSE : ESPACE PERSONNEL

Arrive donc le moment de la rencontre entre le patient et le thérapeute. Juste avant l'anamnèse, a lieu le rituel de politesse qui généralement est fait par une poignée de mains. Celle-ci peut être plus ou moins chaleureuse, plus ou moins accompagné de verbalisation. Il n'en demeure que le thérapeute ostéopathe va inviter le patient à s'installer à son bureau ; alors l'anamnèse va débiter.

La distance entre les deux est située entre 60 et 100 centimètres. Rarement inférieure, elle peut devenir supérieure selon que le patient reculera sa chaise du bureau ou non. Ainsi nous situons-nous dans *la distance personnelle* qu'Hall décrit, à la fois dans le mode proche et dans la mode lointain⁵. Au-delà de ce qu'Hall décrit, notons que l'anamnèse est le moment d'une réminiscence propre au patient. Ce que va demander le thérapeute au patient peut alors plus être de l'ordre de l'intime que du personnel. Car le thérapeute questionnera le patient sur son vécu de la douleur, sur ses antécédents mais aussi sur *son mode de fonctionnement* permettant au thérapeute de comprendre aussi fidèlement que possible comment vit le patient quotidiennement. L'objectif est clinique et permettra de mettre en lien ce que l'ostéopathe trouvera dans ses tests avec l'histoire de vie du patient. Néanmoins l'anamnèse peut devenir dérangeante pour les patients car elle le met face à lui-même, face à ses propres troubles. Il s'agit là quelque peu d'une intrusion indirecte dans le vécu du patient qui peut se sentir mis à nu par tant de questions. Alors dans cette spatialité où thérapeute et patient se « se tiennent à distance »⁶, une immixtion dans l'intime se produit.

TESTS ET TRAITEMENT : CONTACT CHARNEL. ESPACE INTIME NEUTRE

Hall introduit la distance intime qu'il décrit ainsi :

A cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle

⁵ Hall, *La Dimension cachée*, pp. 150-152

⁶ Idem, p. 152. Voir la note de bas de page.

*de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps.*⁷

Si pour Hall la distance intime est *celle de l'acte sexuelle et de la lutte*, elle est aussi *celle à laquelle on reconforte et on protège*⁸. Résolument, l'ostéopathe n'est ni dans l'acte sexuelle ni dans la lutte lors de la consultation ; il n'est que peu dans le reconfort ou la protection. Ce n'est en tout cas pas là l'essence du travail d'un ostéopathe.

Le préambule aux phases de test et de traitement qui a lieu en ostéopathie est la mise en sous-vêtement du patient. Cette dernière se fait en accord avec le patient. Il n'en demeure qu'en sous-vêtement le patient est pratiquement mis à nu. Après avoir exposé son récit de vie, le voici corporellement dans son plus simple appareil. Même si les patients savent par avance qu'ils vont devoir se mettre en sous-vêtement – mais ce ne sont pas tous – ils demeurent toujours un temps de flottement pendant lequel ils ne savent pas s'ils doivent avancer vers le thérapeute, attendre qu'il ordonne un mouvement etc. Ce moment me paraît marqué l'arrivée dans une contextualité relevant de l'intime, plus que le moment du premier contact alors que le patient est en sous-vêtement. Le patient retire la coquille sociale qui protège son corps du regard des autres. David le Breton note que « l'individu possède à son entour [le corps] une réserve personnelle, un espace d'intimité prolongeant son corps et instaurant une frontière entre lui et les autres qui ne se rompt pas sans son accord ou sans lui faire violence »⁹. Ce faisant le patient autorise le thérapeute à franchir cette frontière¹⁰.

Alors patient et thérapeute se retrouve dans l'espace toucher/touchant. Sans oublier que si le thérapeute fait le geste actif de toucher l'autre, il n'en demeure pas moins lui-même touché passivement par le patient. Ainsi dans un dialogue palpatoire et tissulaire la consultation va suivre son cours avec différentes techniques qui vont emmener l'ostéopathe à toucher tour à tour les pieds, le bassin, le ventre, le crâne etc. ; qui vont l'emmener parfois à (littéralement) embrasser le patient. L'ostéopathe par ses mains et le recueil sensoriel

⁷ Idem, p. 147

⁸ Idem

⁹ Préface du livre de Bernard Andrieu, *Toucher, se soigner par le corps*, p. 10

¹⁰ A noter que le refus d'un patient de se dévêtir ne signifie pas un refus d'être touché, ni même une certaine immixtion de son intimité. L'examen palpatoire peut amener l'ostéopathe à soulever un vêtement afin d'avoir une palpation directe avec la peau sans que cela ne soit vécu comme une agression.

afférent décèle les pertes de mobilité des différentes structures du corps. Mais le patient n'a pas conscience de cela : il ressent des appuis, des pressions, de la chaleur, des vibrations, un ensemble d'informations qu'il ne maîtrise pas mais dans lesquelles il a vraisemblablement confiance. Nous approfondirons ce point qui permettra de mobiliser les notions de croyances et représentations.

Ainsi la distance séparant les deux protagonistes est celle de l'intime proche telle que Hall la décrit. Néanmoins, l'action qui s'y passe diffère : elle n'est ni sexuelle ni combattive. L'acte thérapeutique en ostéopathie a donc lieu dans une spatialité relevant de l'intime mais dont le contenu n'appartient pas à l'intime. En outre, rappelons que l'accès au corps du patient est *autorisé* par ce dernier. « Nous venons en connaissance de cause » m'a relaté un patient quand je lui évoquais cet aspect intime de la consultation. Alors il me paraît que la consultation en ostéopathie crée un espace intime que je qualifie de neutre ; neutre en regard de la définition proposée par Hall.

DES ZONES À FORTE SYMBOLIQUE, EXPÉRIENCE

Au-delà de ce qui vient d'être dit, un fait me paraît particulièrement notable. Si le patient autorise (sans même que cela soit explicitement formulé, faut-il le rappeler ?) le thérapeute à accéder à son corps, toutes les zones du corps ne possèdent pas la même connotation, n'ont pas la même symbolique. Il va sans dire que les zones génitales ne sont pas touchées dans le cadre de la consultation. Néanmoins, l'abord du périnée, du coccyx ou de la membrane obturatrice peut s'avérer gênant pour les patients ; gêne qui se traduira généralement par une contraction musculaire, notamment des adducteurs. La proximité avec les zones génitales est grande et peut une fois encore s'ajouter à l'érotisation des gestes. Il s'agit là d'une zone dont l'intimité et la symbolique qui y est associée paraît quasi universelle.

Chez certains patients, d'autres zones pourront être désagréable au toucher, et dont les représentations afférentes sont individuelles et parfois difficilement explicables. Les orteils peuvent ainsi être une zone particulièrement sensible et dont la palpation peut entraîner un réflexe de retrait en triple flexion. Les oreilles, qui peuvent être saisies dans certaines techniques ostéopathiques, sont tantôt une région dont le toucher est vécu comme désagréable, et tantôt ayant un vécu érogène. La palpation de l'os hyoïde (à la base du

plancher buccal) et de la loge viscérale du cou sont également des zones pour lesquelles des précautions sont à prendre par le thérapeute tant la symbolique liée à l'étouffement et la strangulation est présente.

Le but n'est pas ici de lister les zones possédant des symboliques telles que la palpation en devient contrariée, mais plutôt de mettre en évidence des disparités représentationnelles pour une même personne à l'encontre de son propre corps. L'accès par le thérapeute à ces zones risque de diminuer encore plus l'espace le séparant du patient. Ainsi, si pour deux zones touchées – ou palpées – par le thérapeute, la distance effective est identique ; la distance vécue peut être changeante. Au sein même de la distance intime proche, on perçoit ainsi des nuances liées au vécu de chaque patient, à ses représentations et croyances.

DU DIVIN, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MAGIE

L'imposition des mains des rois thaumaturges fait appel au Divin pour guérir par le toucher royal. Si l'usage ne semble plus avoir cours aujourd'hui, l'expression demeure aujourd'hui dans l'inconscient collectif. A plusieurs reprises dans ma pratique et dans des discussions avec des patients, ces derniers évoquent spontanément cette expression *d'imposition des mains*. Aujourd'hui dénuée en partie de son sens originel, l'imposition des mains semble être la promesse du soin, voire de la guérison.

A l'occasion de la réalisation d'une étude pilote visant à estimer l'effet de la pression légère¹¹ (technique utilisée en tant que placebo dans les essais cliniques contrôlés en ostéopathie, et uniquement dans ce cadre-là ; et dont la mise en œuvre peut être confondue avec une imposition des mains), j'ai pu recueillir des questionnements de patients. En effet au cours de la phase *d'intervention*, j'ai été amené à poser mes mains sur les patients ; à produire une pression légère¹². Ce faisant aucune explication n'était donnée afin de respecter le caractère aveugle de l'intervention : le patient ne devait pas connaître le caractère placebo de cette technique.

¹¹ Vivien Gas, Thibault Grall, *Light Touch Study, Estimation de l'effet de la pression légère utilisée comme placebo dans les essais cliniques contrôlés en ostéopathie – étude pilote*. 2014

¹² « Nous définissons la pression légère comme un appui large des deux mains de part et d'autre de l'articulation, en contact cutané sans équipression osseuse ni intention thérapeutique pendant une minute. »
Idem, p.2

Au moins deux éléments sont à considérer quant aux suites de l'application de la pression légère : les récits spontanés des patients d'une part et leurs réponses au questionnaire d'autre part.

Premièrement, en fin d'étude, nous proposons aux patients de nous faire part de leurs questionnements ou remarques concernant le déroulé de l'étude. La majorité de celles-ci faisant référence à la pression légère dont il venait d'être touché. « *C'est de l'ostéopathie énergétique ? C'est une technique fluïdique ? Je ressentais de la chaleur. Je ne sais pas ce que vous avez fait.* » étaient les questions et remarques les plus fréquentes. Les patients incluent dans l'étude n'en connaissaient bien sûr pas les tenants et les aboutissants. Ils savaient néanmoins qu'ils allaient participer à une étude visant à évaluer un outil technique ostéopathique. Ils se savaient donc inclus dans un processus de recherche, d'étude pseudo-clinique dont la promesse cachée est l'innovation et l'amélioration de la prise en charge.

Secondement, les réponses au questionnaire, permettant de juger de la crédibilité perçue de la pression légère en tant que technique ostéopathique efficace, ont mis en évidence que la majorité des patients croyaient en cette technique.

Ainsi et pour imager, les patients ne savaient ni ne comprenaient ce qu'on leur faisait mais ils y croyaient. En quoi pouvaient-ils croire alors ? Il me paraît que l'essence ne soit pas dans l'objet de la croyance mais bien dans la croyance en tant que telle. Ce qui est recherché ici est bien la mise en avant d'un processus de croyance, quel qu'il soit. Le fait de croire semble révélateur de l'adhésion des patients ; nombre d'entre eux de déclarer : « de toute façon l'ostéopathie, moi j'y crois ! ». Mais quand on leur demande de la définir, ou d'en exposer les modes d'action, les réponses sont bien moins précises. Pour une certaine part des patients, l'expression de *croyance aveugle* paraît ne pas être exagérée. Quelles que soient les *forces* impliquées dans le processus ostéopathique, la preuve de l'efficacité suffit pour eux.

Certains évoquent les énergies, notamment celles en présence dans des thérapies orientales telle que la médecine traditionnelle chinoise (MTC) ou encore le reiki. Mais l'histoire même de l'ostéopathie, américaine et anglaise, ne peut a priori pas s'inscrire dans ce mode de compréhension. Un physicien répondrait sans nul doute que tout est énergie. Le cœur du travail de l'ostéopathe consiste à redonner de la mobilité aux structures

(articulaires, viscérales, crâniennes etc.) qui sont justement en restriction de mobilité. Divers types de techniques existent et permettent de s'intéresser à différentes structures, selon différents niveaux. L'essentiel de l'action se produit alors sous forme mécanique, mais la chaleur liée à la palpation joue aussi un rôle. Energie mécanique, énergie thermique... dans l'action ostéopathique tout est énergie.

Mais il me semble que l'énergie à laquelle font référence nombre de patients et de thérapeutes que j'ai pu rencontrer est de l'ordre de l'omnipotence, d'une chose qui nous serait supérieure et nous animerait ; la croyance en quelque chose de supérieur qui ne serait pas Dieu.

Devant l'incompréhension, venant de la méconnaissance, du processus de soin en ostéopathie il n'est pas rare d'entendre des patients affirmer que *les ostéopathes sont des magiciens*. Il me semble que le lien qui pousse à évoquer la magie est direct entre d'une part la méconnaissance de ce qui est fait et d'autre part le résultat de l'action.

Que l'objet soit Divin, Energétique, voire Magique, le processus mis en avant est celui de la croyance. Lionel Obadia pose clairement que « les croyances [...] sont, sous un certain aspect, *sacrées* ou *religieuses*, même si, d'un autre côté, elles débordent la sphère de la religion *stricto sensu* »¹³. Et il s'agit bien de la croyance en tant que « phénomène mental »¹⁴ qui nous intéresse dans le cas présent.

CONCLUSION

La consultation en ostéopathie, en tant que thérapie à médiation corporelle, crée un nouvel espace intime. Ni dans l'acte sexuel et ni dans la lutte, l'ostéopathe a accès à l'intimité charnelle des patients avec leur autorisation. Mais bien plus qu'une autorisation, il s'agit en amont d'une demande des patients ; cette demande est porteuse de croyances. Le cheminement des patients en amont de la rencontre effective avec l'ostéopathe réduit progressivement la distance passant d'un espace virtuel à un espace mixte (social/personnel) pour arriver à un espace personnel et enfin un espace intime. Il s'agit cependant d'un intime que j'ai qualifié de neutre car possédant des caractéristiques autres que celles que Hall a pu

¹³ Lionel Obadia, *L'anthropologie des religions*, p. 65

¹⁴ idem

décrire. Le terme de *neutre* peut se justifier a minima par les deux raisons suivantes : premièrement l'acte sexuel et le combat relèvent tous deux de la survie de l'espèce (inter ou intra-individuelle) ; l'ostéopathie ne peut prétendre agir à ce niveau bien entendu. D'autre part le patient et plus encore l'ostéopathe agissent en connaissance de cause, tous deux connaissent par avance la proximité qui est celle de la consultation en ostéopathie.

Cette proximité, l'immédiateté de la thérapie ostéopathique et la méconnaissance du public permettent aux patients d'accéder à des systèmes de croyances et de représentations. Quel qu'en soit l'objet, la croyance en tant que phénomène cognitif semble agir en faveur du processus thérapeutique, quelque peu à l'instar de l'imposition des mains. Energie, Divin, Magie, d'autres objets encore de croyances semblent se côtoyer dans l'inconscient collectif afférent à l'ostéopathie. Les croyances en présence, comme l'évoque Obadia, sont plutôt de la sphère du religieux, notamment en lien avec l'imposition des mains.

Il me semble qu'il est du devoir de l'ostéopathe de ne pas abuser de celles-ci (les croyances) en entretenant un mystère quant à l'action thérapeutique, bien que cela paraisse facile et permette de satisfaire l'orgueil. Cependant, il ne faudrait pas pour autant anéantir les croyances en présence connaissant leur rôle dans le processus thérapeutique.

L'immédiateté de la pratique ostéopathique va à l'encontre de l'outillage de plus en plus distantiateur que l'on rencontre en médecine (je pense notamment à ces opérations chirurgicales pouvant se faire à distance, par robots interposés) qui ont toujours plus tendance à éloigner le patient du thérapeute.

Ainsi, et prenant en compte ces différents éléments proxémiques et croyanciers, il me semble que l'ostéopathie limite la distance qui sépare le malade du sain ; le profane du saint ?

BIBLIOGRAPHIE

ANDRIEU B. (2007), *Toucher, Se soigner par le corps*, Editions Les Belles Lettres

BOUSSAGEON et al. (2008), *Placebo, Le remède des remèdes*, Editions CEI

GAS V., GRALL T. (2014), *Light Touch Study, Estimation de l'effet de la pression légère utilisée comme placebo dans les essais cliniques contrôlés en ostéopathie – étude pilote.*

Consultable en ligne [10 mai 2015] sur :

<http://osteopathie-france.net/formation/recherche/2444-light-touch-study>

HALL E.T. (1971), *La dimension cachée*, Editions du Seuil

OBADIA L. (2012), *L'anthropologie des religions*, Editions La Découverte