

# LE TOUCHER OSTÉOPATHIQUE

## DANS UNE CLINIQUE DE L'EXIL ET DU PSYCHOTRAUMATISME

### *LES INTOUCHABLES*

Marie Eckert

Ostéopathe D.O.  
Licence de psychologie  
Travail auprès de personnes exilées au COMEDE pendant 12 ans.

Le Comede (Comité pour la santé des exilés) est une association créée en 1979 à Paris qui s'est donné pour mission d'agir en faveur de la santé des exilé-e-s et de défendre leurs droits. Elle leur assure des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistantes ou inadéquats.<sup>1</sup>

Des ostéopathes travaillent au Centre de santé du Comede depuis 30 ans, auprès de ces patients exilés, psycho-traumatisés, souvent torturés. C'est auprès d'eux que s'est construit le partage d'expérience ostéopathique sur le toucher proposé dans cet article.

Parce que tout est rendu plus aigu par l'ampleur et l'extrême des situations rencontrées dans cette clinique de l'exil et du psychotraumatisme, la question du toucher y a montré des reliefs peut-être moins perceptibles sous d'autres éclairages.

#### Ne rien toucher...

Au Comede, la violence des événements de vie marque les corps puissamment. Les traumatismes apparaissent souvent de manière évidente. Et la symptomatologie ostéopathique première que l'on y rencontre est, sans surprise, le whiplash<sup>2</sup>. La suite paraît alors logique pour l'ostéopathe : il s'agit de « desserrer » le whiplash. Mais ce qui s'est déployé dans la clinique du COMEDE, et qui n'était pas de prime abord évident, c'est que parfois, avant de pouvoir soigner ces whiplashes, il faut franchir un obstacle étonnant qui est de parvenir à les « toucher » ... Ou, pour le dire autrement une difficulté s'est interposée entre le soin de certains whiplashes et l'ostéopathe : celle de savoir comment parvenir à entrer en communication tissulaire avec ces patients de telle sorte que le whiplash se donne sous les mains.

Ostéopathiquement, c'est une question qui peut paraître étrange car le whiplash a normalement une signature tissulaire qui n'a rien de discret et qui se sent massivement. Certains peuvent être difficiles à soigner, mais cette difficulté est de l'ordre de l'ajustement technique des paramètres tissulaires<sup>3</sup>, alors que la difficulté qui est ressortie dans l'expérience clinique au COMEDE auprès de certains patients, était de ressentir le whiplash du point de vue de la palpation. Car alors même qu'il était bien là, massif, que nous en avons généralement l'intuition en touchant le patient, et qu'il finirait d'ailleurs par apparaître, nous ne le sentions pas. Ce ressenti fût très déroutant.

---

<sup>1</sup> <https://www.comede.org/presentation/>

<sup>2</sup> Le whiplash en ostéopathie correspond à un diagnostic palpatoire d'un axe cranio-sacré « figé ». Il signe un antécédent traumatique qui peut être physique ou psychique.

<sup>3</sup> Nous nous plaçons ici dans le cadre la technicité ostéopathique tissulaire et fasciale développée par Pierre Tricot. C'est dans ce cadre de référence que nous présentons les diagnostics, techniques et ressentis ostéopathiques relatés dans cette réflexion.

De cette observation sur le whiplash sont alors nées d'autres questions quant à cette étrange transparence des corps à certains aspects du diagnostic palpatoire ostéopathique. Car que touchions-nous donc, que ressentions-nous pour pouvoir formuler ce diagnostic ostéopathique d'un whiplash invisible ? Ou que ne ressentions-nous pas ?

A force de rencontrer et d'essayer de soigner ces patients, une collégialité quant à la description de ce ressenti comme celui d'une aréactivité interne du corps à la proposition de soin est apparue, amenant les ostéopathes du COMEDE à poser l'hypothèse que si le whiplash n'arrivait pas à la perception, c'était parce que le patient ne nous laissait pas accéder véritablement à son corps, ou pour décrire plus exactement l'expérience clinique, ne nous laissait pas accéder à lui-même dans son corps. Pour être plus précis encore, nous dirions qu'il ne nous laissait pas cet accès principalement par deux mécanismes, qui ne nous étaient pas apparus liés d'entrée de jeu et qui sont, par ailleurs, de l'expérience ostéopathique commune :

- Soit, et l'on pourrait dire « tout bêtement », mais ce mécanisme ne nous est pourtant pas apparu d'emblée dans sa signification, la raison est que le patient ne peut tenir en place sur la table, tant il est pris dans des douleurs ou dans une agitation qui barre le passage ; et le patient est de ce fait intouchable.
- Soit en ce que, tout au contraire, les patients nous abandonnent sur la table un corps complètement déshabité et qui ne laisse à sentir qu'un vide, un « rien », qu'il nous a semblé possible de traduire comme une absence du patient à lui-même. Le corps est alors tout aussi intouchable mais par un trop touchable où plus rien ne se dit.

Dans la pratique pluridisciplinaire qui caractérise le COMEDE et qui permet des dialogues profondément enrichissants entre l'ostéopathie et la psychologie, il a d'abord été étonnant de s'apercevoir combien ces sensations sont proches des descriptions faites par nos collègues psychologues des psychismes de ces patients. La dissociation traumatique, la coupure faite entre soi et soi pour survivre, se sent à même le corps. Que ce soit par la fuite dans des douleurs ou par la sidération tissulaire et le ressenti de vide qu'elle donne sous la main, le corps qui vient se déposer là est un lieu déshabité. Notre patient est là sans être là, il se donne sans se donner sous nos mains. Il se donne, puisque son corps est bien là, et pourtant quelque chose manque, la communication tissulaire, de mon corps au corps de mon patient, ne se fait pas. Et il semble alors possible de traduire cela en disant que si on touche bien un corps, on ne parvient pas à toucher la personne.

Cela interroge, mettant sous cette lumière crue du psychotraumatisme la question de savoir ce que le toucher particulier de l'ostéopathie donne à percevoir, et ce que cela signifie, en ostéopathie, d'entrer en communication tissulaire avec un patient.

### La communication tissulaire

Pour y réfléchir, nous sommes repartis de ce que disent à notre compréhension et à notre ressenti ces douleurs menant dans d'intouchables retraits, ou dans l'abandon aux mains de l'autre d'un corps que l'on dépose là. La psychologie a explicité ces attitudes dans la notion de clivage qui exprime le fait qu'il vaut mieux ne plus sentir que de sentir une intériorité qui fait si mal et que, finalement, ces douleurs physiques qui rendent intenable de rester immobile sur la table d'ostéopathie, ou la dissociation traumatique, sont moins terribles que la douleur intérieure qui risquerait d'être rencontrée. Chez ces personnes, c'est le sentir, intérieur et extérieur, qui est en fait devenu

impossible. Parce que sentir, c'est notre façon d'être en contact avec le monde, d'être donné au monde. C'est à travers le sentir que nous vivons l'épreuve de la réalité, épreuve qui nous révèle notre puissance d'être et lorsqu'elle peut être assumée, nous introduit à la joie d'exister et de se sentir vivant. Le sentir c'est un « soi avec le monde » qui ouvre et signifie la rencontre. Et pour ces patients, c'est bien cela qui est devenu impossible.

La communication tissulaire est donc alors profondément à comprendre comme un senti d'être avec, une rencontre de chair à chair, en deçà de la parole, mais qui en fera le terrain ; elle est le senti d'un mouvement intérieur de vitalité que la main de l'ostéopathie a appris à percevoir dans le corps.

### Mais en pratique...

Comment alors passer en pratique, dans notre toucher, au travers de ce silence tissulaire ? Comment passer au travers de cette absence pour rejoindre la personne, pour établir cette fameuse communication tissulaire, ou autrement dit pour rencontrer corporellement la personne ? Ou comment toucher cette personne qui, sans cesse, se relève de la table ?

Les théories et la technique ostéopathiques nous ont ici apporté des réponses qu'il a fallu mettre à l'épreuve de ces consultations. Dans la pratique ostéopathique tissulaire, la « syntonisation » avec les corps est décrite comme un accordage aux paramètres de densité et de tension<sup>4</sup> des tissus du patient. Dans d'autres courants ostéopathiques, tels que l'ostéopathie biodynamique qui inspire aussi les ostéopathes du COMEDE, il est enseigné qu'il faut chercher à s'accorder avec des forces internes de vie et de santé<sup>5</sup>, qui sont des sensations plus subtiles encore.

Mais ces patients sont venus nous montrer que cela ne suffit pas. Sous nos mains, les paramètres tissulaires et les forces de vie et de santé ne se donnent pas, amenant la réflexion à chercher, plus en amont encore, comment faire pour qu'apparaissent ces ressentis, ces « signes de vie », comment faire pour trouver le chemin afin d'entrer en communication avec cette personne-là, singulière ?

A cette question, aucune réponse simple et évidente ne semble pouvoir être donnée. On ne peut que partager quelques pistes apparues dans la pratique clinique, dont la première est de prendre le temps nécessaire. Cette première proposition peut paraître triviale tant elle semble simple. Pourtant, à l'épreuve de l'expérience, cette simplicité n'est qu'apparente. Car ce « prendre le temps » est extrêmement concret, puisqu'il faut parfois, une, deux, voire trois séances ou plus, pour faire ce travail d'approche et de ré-appropriation du corps, mais surtout, et plus essentiellement, parce qu'il demande de poser quelque chose que l'on pourrait décrire comme un geste thérapeutique d'attente. L'attente, ainsi comprise, n'est pas alors seulement quelque chose d'extérieur, un décompte du temps qui passe, mais elle est un « se tenir là », à l'orée de la résistance tissulaire que les tissus nous imposent, sans forcer cette résistance, sans la laisser à elle-même non plus, mais en la laissant nous dire et nous dire encore à quel point il est impossible de lâcher. Et pour les praticiens, quelle que soit la réalité du temps objectif de cette attente, cette posture est une épreuve intime du temps de l'autre, d'une épaisseur du temps, qui est bien souvent extrêmement éprouvante tant elle

---

<sup>4</sup>Là encore, nous nous référons à l'ostéopathie tissulaire de Pierre Tricot. Pour plus d'informations sur ces notions, voir P. TRICOT, *Approche tissulaire de l'ostéopathie, Un modèle du corps conscient*, Ed. Sully, Vannes, 2005.

<sup>5</sup> Un des ouvrages les plus clairs et les plus concis pour comprendre l'ostéopathie biodynamique est le livre de Jacques ANDREVA DUVAL, *Techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques*, Ed. Sully, Vannes, 2004.

peut transformer une minute en heures et tant elle nous convoque au ressenti en miroir de l'impuissance qui fut vécue par nos patients. Mais cela semble être une des clés de la rencontre.

Une autre clé nous a semblé être l'ajustement de notre distance avec le patient : ajustement, une fois encore, sur le plan extérieur, mais aussi et surtout de nos distances intérieures, par un jeu d'accord de notre présence à nous-même, qui peut devenir aussi lointaine que celle que le patient a de lui-même à lui-même.

Enfin, il nous est apparu nécessaire une adaptation permanente du toucher, qui ne laisse jamais les ostéopathes du Comede en reste de devoir travailler leurs connaissances et leurs compétences. Ainsi la main est parfois presque simplement un travail d'enveloppe, travail de peau, main jamais assez légère, assez discrète et délicate, ne cherchant qu'à redonner à la personne des frontières corporelles qu'elle ne perçoit plus d'elle-même. Le corps s'ouvre alors ici depuis sa périphérie par une main qui entre en contact comme l'eau pénètre le sol pour rejoindre les nappes phréatiques, par des chemins qui n'existent pas. D'autre fois, il semble qu'il faille plutôt chercher cette ouverture du corps depuis sa profondeur, et il faut alors aller d'emblée extrêmement profond vers la densité tissulaire, parfois à la limite de la force physique de l'ostéopathe, pour parvenir à entrer en contact avec le traumatisme. Ces choix thérapeutiques, en ce qu'ils dépendent du binôme particulier formé entre le patient et le praticien, ne sont jamais si évidents.

Et, lorsque la communication tissulaire s'établit, c'est-à-dire au moment précis où les tissus se réveillent et où un mouvement de vie rejoint depuis l'intérieur du corps la main de l'ostéopathe, on observe souvent que le patient ressent une douleur intempestive qui le fait se relever, interrompant de la sorte le travail ostéopathique. Ce moment du traitement, souvent déroutant, nous a semblé pouvoir être interprété comme l'instant où le patient recontacte enfin quelque chose de lui-même, et ressent, dans ce contact, sa douleur intérieure. Passer au travers de cet instant est toujours difficile : faut-il s'arrêter pour cette consultation et laisser ce qui vient d'être rencontré faire son chemin ou faut-il tenir encore un peu dans cet inconfort, voire entrer plus avant dans la densité tissulaire du traumatisme ?

Dans cette clinique, la question du fulcrum<sup>6</sup> est également centrale, révélant les étonnantes profondeurs de cet appui thérapeutique qu'il faut parvenir à ajuster. A quel silence, à quelle immobilité intérieure faut-il arriver pour se faire corporellement fulcrum pour cette personne-là ? Il se révèle dans cette clinique du traumatisme et de l'exil que la posture de fulcrum du praticien est non seulement un point d'appui mais qu'elle travaille aussi comme un appel. Et l'on pourrait écrire ainsi la question du fulcrum : quelle stabilité faut-il que ma main atteigne, pour que cette personne puisse enfin s'y poser, s'y reposer ?

Enfin, la conscience du merveilleux de la personne<sup>7</sup>, souvent difficile à garder à l'esprit dans ces situations où la souffrance et l'injustice nous happent, est la seule conscience qui puisse ouvrir

---

<sup>6</sup>La notion de fulcrum est une idée centrale de l'ostéopathie. Le fulcrum est un point d'appui, point d'équilibre des forces. Cette notion permet à l'ostéopathie de réfléchir aussi bien les corps et leurs organisations, que la posture du praticien ou l'équilibre du binôme patient-thérapeute. Pour aller plus loin sur cette notion, on peut voir le travail de Vladimir Roudenko-Bertin, *Le fulcrum, quelle place en ostéopathie ?* disponible sur le site [approche-tissulaire.fr](http://approche-tissulaire.fr) ; ou M. Eckert, *Le fulcrum ostéopathique comme mise en œuvre d'une altérité : ostéopathie et phénoménologie*, dans *Approches philosophiques de l'ostéopathie*, Ed. Sully, Vannes, 2017.

<sup>7</sup>« *But we were taught the truth that man is made in the image and likeness of God, the Creator. I think that Dr Still saw that man; I think you will find him pointing to that man if you will get between the lines and get his thought. That is what I mean by thinking osteopathy, not thinking osteopathically.* » « *Mais nous avons appris la vérité que l'homme est fait à l'image et la ressemblance de Dieu, le Créateur. Je pense que le Dr Still a vu cet homme, je pense que vous le trouverez désignant cet homme, si vous lisez entre les lignes et saisissez sa pensée.*

l'espace d'une rencontre de l'autre. Cela est vrai dans chacune de nos vies à propos de toutes les personnes qui nous entourent, mais dans la rencontre thérapeutique, cette conscience trouve son exigence la plus absolue.

Dans le travail avec les personnes victimes de violences et de tortures, chaque rencontre est un travail de reprise et de réparation du moment traumatique où l'humanité des hommes a fait défaut. Dans les consultations où le toucher est utilisé, quel que soit le geste thérapeutique fait, mais particulièrement pour l'ostéopathie où le toucher est au cœur de la consultation, il est important de ne jamais oublier qu'il s'agit d'une proposition faite au patient de re-rencontrer une main humaine, qui ne sera ni violente ni abusive. Offrir une telle main est un art thérapeutique qui n'est jamais acquis car, face à des personnes violentées, abusées, torturées, l'attitude que l'on a, les mots que l'on dit, notre toucher peuvent très vite être en risque de reproduire des moments de la situation traumatique. Trop vouloir par exemple, même si c'est leur bien, peut déjà être une prise excessive ; s'approcher trop vite, ou pas assez vite, peut inquiéter ; un toucher trop rapide et fort, peut bien sûr provoquer la résistance, mais un toucher trop léger peut tout autant laisser un espace vide insoutenable pour un patient.

### En conclusion

Il y aurait peut-être encore d'autres clés à partager, mais ce qui semble pouvoir être dit du toucher ostéopathique, c'est qu'il participe du geste thérapeutique technique en « rappelant » la personne dans son corps. Comme l'écoute du psychologue nous fait peu à peu ré-entrer dans nos mots et notre histoire, l'écoute tissulaire semble travailler en appel pour faire revenir le patient à son corps, réouvrant ainsi la possibilité de se ressentir et de sentir ce que le traumatisme a volé.

On peut mesurer ici la complémentarité du travail ostéopathique du corps avec le soin psychothérapeutique. Pour ces patients que la violence des traumatismes a mis en exil d'eux même - exil extérieur certes, mais plus encore exil intérieur, de soi-même et du monde humain qu'ils ne peuvent plus rejoindre - le toucher ostéopathique doit arriver à être, en silence, le lieu d'une rencontre qui s'ouvre d'abord entre les corps dans la communication tissulaire. Il est le lieu de passage vers la réappropriation par le patient de son corps dans sa capacité sensible, et cette sensibilité au monde est fondamentale car elle nous ouvre à la joie d'exister.

---

*C'est ce que je veux dire en pensant ostéopathie, ne pas penser ostéopathiquement.* » W.G SUTHERLAND in *Contributions of thought*, "final lecture", 25 April 1948, p.210, Rudra Press. Nous proposons une lecture de ce commentaire sur A.-T. Still qui n'est pas religieuse, mais qui veut faire entendre l'incroyable et bouleversant mystère de la personne humaine.