

LES PHIL-OSTÉOS

par Daostéo

Le toucher ostéopathique : Pour une approche phénoménologique de la pratique ostéopathique

Septembre

2026

Introduction -

Une tension entre science et pratique clinique

L'avenir de l'ostéopathie semble aujourd'hui traversé par une tension entre deux attentes difficiles à concilier. D'un côté, la pratique fait face à une demande croissante de légitimation scientifique, fondée sur les principes de la biomédecine et de l'Evidence-Based Practice. De l'autre, l'expérience clinique quotidienne semble en partie échapper aux modèles d'évaluation traditionnellement utilisés par la recherche biomédicale.

Cette tension ne tient pas uniquement à un déficit de connaissances ou de preuves. Elle peut également révéler une difficulté plus fondamentale : une inadéquation entre les protocoles de recherches et une approche systémique complexe revendiquée par l'ostéopathie comme part de son identité.

L'ostéopathie est, avant toute chose, une pratique du toucher. Celui-ci ne peut pourtant pas se réduire à un contact instrumental destiné à un acte "correctif". Il est avant tout un toucher engagé, adaptatif et relationnel. Le praticien ne touche pas un corps abstrait : il rencontre un patient, c'est-à-dire une personne qui ressent, interprète et répond à ce contact.

Cette dimension relationnelle du toucher constitue à la fois l'une des particularités de la pratique ostéopathique et l'une de ses principales difficultés théoriques. Pour répondre aux exigences de la recherche contemporaine, le toucher est fréquemment envisagé comme un outil de mesure dont on évalue la capacité à transmettre des informations objectivables sur l'état des tissus, ou comme une intervention produisant des effets mécaniques identifiables et reproductibles.

Cette lecture n'est pas nécessairement fausse, mais elle peut se révéler insuffisante pour rendre compte de

l'ensemble de l'expérience clinique. En réduisant le toucher à sa dimension mécanique ou instrumentale, on risque de laisser de côté ce qui constitue précisément sa spécificité relationnelle.

L'enjeu de cet article n'est donc pas d'opposer l'ostéopathie à la science, ni de remettre en question la nécessité d'une évaluation rigoureuse de ses pratiques. Il s'agit plutôt d'interroger le cadre conceptuel à partir duquel cette évaluation est réalisée. L'hypothèse défendue ici est que le toucher ostéopathique ne peut être pleinement compris indépendamment de l'expérience corporelle et relationnelle dans laquelle il s'inscrit.

Pour mieux appréhender cette dimension, la phénoménologie, en s'intéressant au corps vécu et à l'expérience incarnée, offre un cadre susceptible d'éclairer cette dimension de la pratique.

Le toucher au cœur de la pratique ostéopathique

Du toucher instrumental au toucher relationnel

Le toucher occupe une place particulière dans la pratique ostéopathique. Il permet au praticien d'examiner, d'orienter son raisonnement clinique et d'intervenir sur le patient. Pourtant, le toucher thérapeutique ne peut être entièrement assimilé à un simple instrument de mesure ou à une technique d'approche mécaniste.

Lorsque le praticien pose ses mains sur le corps d'un patient, il ne rencontre pas uniquement des tissus ou des structures anatomiques. Il rencontre un corps qui possède une histoire, une sensibilité et une manière singulière d'être vécu par celui qui l'habite.

Le contact manuel implique ainsi une adaptation permanente. La pression exercée, la vitesse du mouvement, la position des mains ou encore la durée du contact peuvent être modifiées en fonction de ce que le praticien perçoit et de ce que le patient manifeste. Le toucher devient alors un processus dynamique plutôt qu'une action unidirectionnelle.

Cette dimension apparaît difficilement lorsqu'on considère le toucher uniquement comme un moyen de produire un effet mécanique causal. Dans une telle conception, le praticien agit sur un corps considéré comme un objet, et l'efficacité de son intervention peut être pensée principalement en termes de causalité entre une technique et un résultat.

Or, la pratique clinique ne se déroule jamais dans un environnement aussi simplifié. Deux patients soumis à une même technique peuvent vivre des expériences différentes. De la même manière, un même patient peut

répondre différemment à un contact selon son état, son contexte ou la relation établie avec le praticien.

Le toucher ostéopathe possède donc une dimension irréductiblement contextuelle et relationnelle.

Les limites d'une lecture mécaniste

Les critiques adressées à l'ostéopathie concernant le manque de preuves, l'hétérogénéité des résultats ou l'absence de mécanismes explicatifs suffisamment établis doivent évidemment être prises au sérieux. Elles participent au nécessaire questionnement scientifique de la pratique.

Cependant, une difficulté apparaît lorsque l'ensemble de la pratique est évalué exclusivement à partir d'un modèle causal linéaire : une intervention donnée produirait un effet donné sur une structure donnée.

Une telle approche peut être pertinente pour certaines dimensions de l'ostéopathie, mais elle risque de devenir insuffisante lorsqu'elle prétend rendre compte de l'ensemble de l'expérience thérapeutique.

Le problème n'est alors peut-être pas uniquement l'absence de preuves, mais également la nature de ce que l'on cherche à mesurer.

Si le phénomène étudié est fondamentalement relationnel, contextuel et incarné, sa compréhension nécessite peut-être d'autres outils conceptuels en complément des méthodes quantitatives classiques.

Cette question conduit à interroger plus précisément ce que signifie « toucher » et, surtout, ce que signifie « soigner ».

Penser autrement l'expérience du corps

Du corps-objet au corps vécu

La biomédecine moderne a construit une grande partie de son efficacité sur l'objectivation du corps. Le corps peut être observé, mesuré, représenté et analysé à travers différentes disciplines scientifiques.

Cette objectivation est indispensable à de nombreux domaines de la médecine. Elle permet notamment d'identifier des structures, de caractériser des processus physiologiques et de développer des interventions thérapeutiques.

Cependant, le corps humain ne se réduit pas à cet objet biologique.

Le corps est également celui par lequel une personne perçoit, agit, souffre, se déplace et entre en relation avec le monde. Il ne constitue donc pas seulement quelque chose que l'on possède ou que l'on peut observer de l'extérieur : il constitue également le moyen par lequel nous faisons l'expérience de notre existence.

C'est précisément cette distinction que la phénoménologie permet d'explorer.

Chez Husserl, la distinction entre *Körper* et *Leib* permet de différencier le corps considéré comme objet physique du corps vécu par le sujet. Le *Körper* renvoie au corps pouvant être observé de l'extérieur, tandis que le *Leib* désigne le corps tel qu'il est vécu et éprouvé.

Cette distinction ouvre une perspective particulièrement intéressante pour penser le toucher ostéopathique.

Le praticien peut en effet appréhender le corps du patient comme une réalité anatomique, mais il peut également rencontrer ce corps comme une réalité vécue.

Ces deux dimensions ne sont pas nécessairement opposées. Elles correspondent à deux manières différentes d'appréhender une même réalité corporelle.

Il est alors intéressant d'interroger la cible du "soin". Puisque tout acte thérapeutique est réalisé dans l'intention de soigner, cherche-t-on à soigner le *Leib* ou bien le *Körper* ?

Canguilhem interroge d'ailleurs, dans *Le Normal et le Pathologique*, la nature même de la maladie. Un acte thérapeutique dirigé sur le *Leib* peut-il "soigner" sans que le *Körper* ne l'exprime ? Ou plutôt sommes nous certains que notre manière d'étudier le *Körper* correspond à une étude de la santé du *Leib* ?

L'épochè : suspendre momentanément les présupposés

La phénoménologie husserlienne introduit également le concept d'*épochè*, qui désigne une suspension méthodologique de certaines prises de position spontanées concernant le monde.

Il ne s'agit pas de nier la réalité objective, mais de suspendre provisoirement certaines évidences afin de porter attention à la manière dont un phénomène apparaît dans l'expérience de celui qui le vit.

Appliquée à la clinique, cette attitude peut être comprise comme une invitation à ne pas réduire immédiatement ce que le praticien perçoit à une catégorie préexistante.

Le praticien peut ainsi chercher à accueillir ce qui se manifeste dans la relation avant de l'interpréter à partir d'un modèle explicatif déterminé.

Cette approche ne signifie pas que toute interprétation scientifique devrait être abandonnée. Elle propose plutôt un ordre différent : observer d'abord l'expérience telle qu'elle se présente, puis chercher à la conceptualiser.

Dans le contexte ostéopathique, cette attitude permet d'interroger ce que le praticien perçoit réellement lorsqu'il pose ses mains sur un patient, ainsi que la manière dont cette perception évolue au cours de l'interaction.

Merleau-Ponty : le corps comme condition de la perception

La réflexion phénoménologique de Merleau-Ponty permet d'aller plus loin encore.

Dans *Phénoménologie de la perception*, le corps n'est pas simplement présenté comme un objet permettant à un sujet de percevoir le monde. Il constitue la condition même de cette perception.

Nous ne sommes pas des consciences désincarnées observant un monde extérieur. Nous sommes des êtres incarnés qui expérimentons le monde à travers notre corps.

Cette conception modifie profondément la manière de comprendre la perception.

Percevoir ne consiste pas simplement à recevoir passivement des informations sensorielles. C'est une manière d'être engagé dans une situation.

Cette idée trouve une résonance particulière dans la pratique du toucher.

Le praticien ne perçoit pas seulement un corps placé devant lui. Sa perception se construit dans une relation dynamique avec celui-ci. Il adapte son geste en fonction de ce qu'il ressent, tandis que le patient peut lui-même modifier sa posture, sa respiration, sa tension musculaire ou son attention en réponse au contact.

Le toucher devient ainsi une expérience réciproque.

Cette réciprocité est essentielle : la main du praticien touche le patient, mais le praticien est également affecté par ce contact. Sa perception, son attention et son geste évoluent continuellement au cours de la rencontre.

Le toucher n'est donc pas simplement quelque chose que le praticien « fait » au patient. Il constitue un événement auquel participent les deux personnes.

C'est lors de cet échange que les deux systèmes complexes modifient leurs façons d'exister. Pour le patient, c'est une

façon de reconsidérer son existence au monde et la manière dont sa douleur ou sa maladie s'incarne.

Le toucher ostéopathique comme relation incarnée

La main comme organe de perception

Dans cette perspective, la main ostéopathique ne peut plus être considérée uniquement comme un instrument destiné à produire un résultat objectivable.

Elle devient une main communicante.

Elle explore, s'ajuste et répond. Son geste ne peut être totalement dissocié de l'attention du praticien, de son expérience, de la situation clinique et des réactions du patient.

Cette conception permet de comprendre pourquoi deux praticiens appliquant théoriquement une même technique peuvent ne pas produire une expérience identique.

Le geste n'est jamais totalement indépendant de celui qui le réalise ni de celui qui le reçoit.

La compétence manuelle ne consiste alors pas uniquement à reproduire correctement une technique. Elle implique également la capacité à percevoir et à ajuster son intervention en fonction de la situation.

Par ailleurs, il est intéressant de questionner le lieu du toucher. Car bien que la culture ostéopathique parle de la “main” comme étant le siège du sens du toucher, il apparaît dans la réalité clinique que le toucher s'affirme comme passerelle des sensations qui s'incarne chez le praticien dans une proprioception générale du corps.

La transmission des forces et des contraintes mécaniques lors des techniques ostéopathiques partent le plus souvent de l'appui au sol du praticien et toute sa posture s'engage dans la technique. Un toucher proprioceptif ou "incarné" est donc bien plus proche de la réalité.

Le toucher comme événement

Le toucher thérapeutique possède également une temporalité.

Il existe un avant, un pendant et un après du contact. La main se pose, attend, explore, modifie sa pression, accompagne un mouvement ou se retire.

Le praticien ne cherche pas nécessairement à imposer immédiatement une action. Il peut au contraire laisser apparaître une réponse et adapter son geste à celle-ci.

Le toucher devient ainsi un dialogue silencieux.

Cette expression ne doit toutefois pas être comprise comme une affirmation mystique. Elle décrit simplement une forme de communication non verbale dans laquelle les informations ne sont pas transmises uniquement par le langage.

Le corps du patient peut manifester une modification de tonus, de respiration, de mouvement ou d'attitude. Le praticien peut alors adapter son intervention à ces changements.

La relation thérapeutique apparaît donc comme un processus dynamique dans lequel chacun influence la situation.

La relation thérapeutique comme élément constitutif

Dans cette perspective, la relation thérapeutique ne constitue pas seulement un contexte extérieur à la technique.

Elle participe à la manière dont le toucher est vécu.

La qualité de présence du praticien, le sentiment de sécurité du patient, la confiance établie entre eux et la manière dont le contact est interprété peuvent modifier l'expérience du soin.

Cela conduit à déplacer le statut du toucher : celui-ci n'est plus seulement un moyen permettant d'atteindre un objectif thérapeutique extérieur à lui-même. Il devient l'interface à travers laquelle la relation thérapeutique se construit.

Le toucher est donc simultanément perception, communication et intervention.

Cette conception permet également de comprendre pourquoi une évaluation exclusivement centrée sur un effet biomécanique risque de ne saisir qu'une partie du phénomène clinique.

Quelles perspectives pour la recherche en ostéopathie ?

Adopter une perspective phénoménologique ne signifie pas renoncer aux exigences de la recherche scientifique.

Il ne s'agit ni de remplacer les méthodes quantitatives par une approche exclusivement subjective, ni de considérer l'expérience du praticien comme une preuve suffisante de l'efficacité d'un traitement.

L'enjeu est plutôt de reconnaître que plusieurs niveaux d'analyse peuvent être nécessaires pour étudier une pratique complexe.

Les essais cliniques, les études biomécaniques ou physiologiques peuvent apporter des informations essentielles sur certains effets des interventions. Mais ils ne répondent pas nécessairement à toutes les questions concernant l'expérience vécue du patient, la construction

de la relation thérapeutique ou la manière dont le toucher est perçu et interprété.

Des approches qualitatives, phénoménologiques ou interdisciplinaires pourraient alors compléter ces méthodes en s'intéressant à des dimensions différentes de la pratique.

Une telle démarche permettrait notamment d'étudier plusieurs questions : comment le patient vit-il le contact thérapeutique ? Comment le praticien construit-il sa perception au cours du toucher ? Comment la relation influence-t-elle l'expérience du soin ? Comment certaines transformations corporelles sont-elles vécues et interprétées par le patient ?

Ces questions ne remplacent pas celles portant sur l'efficacité clinique ou les mécanismes physiologiques. Elles permettent de les compléter.

La difficulté méthodologique consiste alors à éviter deux réductions opposées.

La première serait de réduire l'ostéopathie à un ensemble de mécanismes biomécaniques susceptibles d'être isolés expérimentalement.

La seconde serait de considérer toute expérience subjective comme une preuve thérapeutique en elle-même.

Entre ces deux positions, une approche phénoménologique peut offrir un espace de description permettant de mieux comprendre l'expérience clinique sans prétendre, à elle seule, démontrer une causalité thérapeutique universelle.

Conclusion — Pour une ostéopathie du corps vécu

Le toucher constitue l'un des fondements de la pratique ostéopathique. Pourtant, sa compréhension reste souvent enfermée dans une opposition entre deux conceptions : celle d'un toucher purement mécanique et objectivable, et celle d'un toucher présenté comme une expérience essentiellement subjective.

Cette opposition peut être dépassée.

La phénoménologie permet de considérer le corps simultanément comme réalité biologique et comme corps vécu. La distinction husserlienne entre *Körper* et *Leib*, ainsi que la réflexion de Merleau-Ponty sur l'incarnation et la perception, offrent des outils conceptuels permettant de penser cette double dimension.

Dans cette perspective, le toucher ostéopathique n'est pas simplement une technique appliquée à un corps-objet. Il constitue une rencontre entre deux corps vécus.

La main du praticien ne se réduit donc pas à un instrument chargé de détecter ou de corriger une dysfonction. Elle est une main percevante, engagée dans une interaction dynamique, temporelle et relationnelle.

Cette conception ne remet pas en cause la nécessité de l'évaluation scientifique de l'ostéopathie. Elle invite plutôt à élargir les objets susceptibles d'être étudiés et les méthodes permettant de les comprendre.

L'enjeu n'est finalement pas de choisir entre science et expérience clinique, mais de déterminer quelles méthodes sont adaptées aux différentes dimensions de la pratique.

Comprendre l'ostéopathie comme une pratique incarnée permet ainsi de replacer le toucher au centre de la réflexion. Le corps n'y est pas seulement manipulé : il est rencontré. Le patient n'est pas uniquement un organisme sur lequel une technique est appliquée : il est un sujet vivant qui éprouve, interprète et participe à la relation thérapeutique.

C'est peut-être dans cette articulation entre objectivation scientifique et expérience vécue que peut se construire une compréhension plus complète du toucher ostéopathique.

Bibliographie

Phénoménologie, corps vécu et philosophie du soin

Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique* (11e éd.). Presses Universitaires de France.

Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.

Couissin, P. (1929). L'origine et l'évolution de l'ἐποχή. *Revue des Études Grecques*, 42(198), 373–397.
<https://doi.org/10.3406/reg.1929.6960>

Husserl, E. (1985). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures* (P. Ricoeur, Trad.). Gallimard.

Husserl, E. (1992). *Méditations cartésiennes : Introduction à la phénoménologie* (G. Peiffer & E. Lévinas, Trads.). J. Vrin.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

Synnott, A. (2013). Touching moments: Phenomenological sociology and the haptic dimension in the lived experience of motor neurone disease. *Sociology of Health & Illness*, 35(5), 702–717.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12022>

Toucher, perception et relation thérapeutique

Bergström, I., & Svedberg, P. (2018). Experience of touch in health care: A meta-ethnography across the health care professions. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1520056.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1520056>

Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). “A touch of physiotherapy”—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(1), 10–19.
<https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>

Leder, D., & Krucoff, M. W. (2008). The touch that heals: The uses and meanings of touch in the clinical encounter. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 321–327. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0717>

McParlin, Z., Cerritelli, F., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic alliance as active inference: The role of therapeutic touch and synchrony. *Frontiers in Psychology*, 13, 783694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.783694>

Toucher et pratique ostéopathique

Arcuri, L., Consorti, G., Tramontano, M., Petracca, M., Esteves, J. E., & Lunghi, C. (2022). “What you feel under your hands”: Exploring professionals' perspective of somatic dysfunction in osteopathic clinical practice—A qualitative study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 30, 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-022-00444-2>

Baroni, F., Ruffini, N., D'Alessandro, G., Consorti, G., & Lunghi, C. (2021). The role of touch in osteopathic practice: A narrative review and integrative hypothesis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 42, 101277. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101277>

Beaulieu, A. (2022). Le toucher en ostéopathie, une ouverture au dialogue et à la relation. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 43(329), 21–23. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2022.09.010>

Consedine, S. (2016). Knowing hands converse with an expressive body: An experience of osteopathic touch. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 19, 3–12.
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2015.06.002>

Groenevelt, I., & Slatman, J. (2024). On the affectivity of touch: Enacting bodies in Dutch osteopathy. *Medical Anthropology*, 43(7), 641–654.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2024.2410251>

Jacquot, E., Andrieu, B., & Paintendre, A. (2023). Toucher et être touché, expérience corporelle du toucher ostéopathique. *Soins Psychiatrie*, 44(349), 23–26.
<https://doi.org/10.1016/j.spsy.2023.09.008>

Expérience vécue, relation thérapeutique et phénoménologie en ostéopathie

Consorti, G., Marchetti, A., & De Marinis, M. G. (2020). What makes an osteopathic treatment effective from a patient's perspective: A descriptive phenomenological study. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 43(9), 882–890.
<https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2020.02.003>

Gaines, E., & Chila, A. G. (1998). Communication for osteopathic manipulative treatment (OMT): The language of lived experience in OMT pedagogy. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 98(3), 164–168.

Ostéopathie, éaction et approche systémique

Cerritelli, F., & Esteves, J. E. (2022). An enactive–ecological model to guide patient-centered osteopathic care. *Healthcare*, 10(6), 1092. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061092>

Esteves, J. E., Cerritelli, F., Kim, J., & Friston, K. J. (2022). Osteopathic care as (en)active inference: A theoretical framework for developing an integrative hypothesis in osteopathy. *Frontiers in Psychology*, 13, 812926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.812926>

McParlin, Z., Cerritelli, F., Rossettini, G., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic alliance as active inference: The role of therapeutic touch and biobehavioural synchrony in musculoskeletal care. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 897247. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.897247>

Recherche, preuves et légitimité scientifique de l'ostéopathie

Khalaf, Z. M., Margulies, P., Moussa, M. K., Bohu, Y., Lefevre, N., & Hardy, A. (2023). Valid and invalid indications for osteopathic interventions: A systematic review of evidence-based practices and French healthcare society recommendations. *Cureus*, 15(11), e49674. <https://doi.org/10.7759/cureus.49674>

Lunghi, C., Tozzi, P., Fusco, G., & D'Alessandro, G. (2021). The clinical relevance of osteopathic palpatory findings: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 39, 1–10.

Mentions légales :

Ce document et l'ensemble de son contenu (textes, concepts, illustrations) sont la propriété exclusive d'Antoine Carron et de Daostéo. Toute reproduction, représentation, modification, publication, transmission ou dénaturation, totale ou partielle, de ce document est strictement interdite sans l'autorisation écrite préalable de l'auteur.

Avertissement médical et clinique :

Ce document de la gamme "Les Phil-Ostéos" propose une réflexion philosophique, conceptuelle et phénoménologique sur la pratique ostéopathique. Il a une vocation exclusivement éducative et informative. Il ne constitue en aucun cas un avis médical, un protocole de soin standardisé ou une recommandation de traitement. Les concepts abordés s'adressent prioritairement aux professionnels de santé et aux étudiants, et ne remplacent pas une formation clinique certifiée ni le jugement clinique individuel du praticien face à son patient.

Édition et publication :

Document rédigé par : Antoine Carron, D.O.

Publié en Septembre 2026 par Daostéo.

Pour accéder aux autres ressources et articles Phil-ostéos inscrivez-vous sur : <https://www.daosteo.net/web/signup>

Contact : Daosteoformation@gmail.com

Ou : <https://www.daosteo.net/contactus>