

COLLÈGE D'ÉTUDES OSTÉOPATHIQUES  
PROGRAMME DE DEUXIÈME CYCLE - RECHERCHE  
MONTREAL

COMPRENDRE LA COMMUNICATION TISSULAIRE DANS  
L'EXPÉRIENCE DES OSTÉOPATHES :  
ÉTUDE QUALITATIVE D'UN ACTE FONDATEUR DE LA PRATIQUE  
par  
FRÉDÉRIC LOUIS

JUIN 2016  
MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ DEVANT JURY INTERNATIONAL



COLLÈGE D'ÉTUDES OSTÉOPATHIQUES  
PROGRAMME DE DEUXIÈME CYCLE - MÉMOIRE  
MONTRÉAL

COMPRENDRE LA COMMUNICATION TISSULAIRE DANS  
L'EXPÉRIENCE DES OSTÉOPATHES :  
ÉTUDE QUALITATIVE D'UN ACTE FONDATEUR DE LA PRATIQUE  
par  
FRÉDÉRIC LOUIS

JUIN 2016  
MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ DEVANT JURY INTERNATIONAL



## REMERCIEMENTS

Pour la réalisation de ce mémoire de recherche marquant la fin des études en ostéopathie au Collège d'Études Ostéopathiques, je tiens à remercier les personnes suivantes :

Ma famille, mon épouse et mes filles pour leur patience, leur soutien et leur amour depuis l'amorce de ce virage de vie que représente la reprise de mes études en ostéopathie.

Mes parents, mon père pour le goût d'apprendre et la révélation de l'immensité de l'univers, ma mère pour m'avoir éveillé, à sa manière, au côté invisible de la vie et qui a disparu durant la réalisation de ce travail de recherche.

Mme Aude de Blois, D.O., pour ses commentaires dans les phases cruciales avant les pré-lectures et sa patience à mon endroit.

Mme Denise Laberge, D.O., pour la justesse de ses remarques et sa détermination à faire avancer les choses.

Mme Florence Vinit, PhD, pour son soutien sans faille, ses propositions de corrections et ses idées durant la rédaction de ce mémoire, en bref sa générosité malgré son emploi du temps chargé à l'université et ses publications en cours.

M. Jean-Guy Sicotte, D.O. et M. Philippe Druelle, D.O. lors de mes deux premiers jours d'école, et après, pour m'avoir fait comprendre que j'avais enfin trouvé ce que je cherchais.

M. Pierre Tricot, D.O. pour sa disponibilité et ses remarques durant ses dernières années.

M. René Briend, D.O., pour ses précisions sur la partie biodynamique.

Mme Sylvie Fortin, PhD, pour ses remarques pertinentes dans l'élaboration du questionnaire d'entrevue.

Mmes Anne Krief, D.O. et Aurore Barea, I.O. pour leur soutien en début de projet notamment.

M. Pierre-Yves Cataphard, D.O., pour nos discussions vivantes sur l'ostéopathie et ses ressorts.

M. Vincent Verfaille, PhD, pour nos échanges au démarrage de la rédaction de ce mémoire et ses compétences pour la mise en forme du document.

Et mes onze participants « malheureusement » anonymes qui par leur disponibilité et leur envie de partager m'ont permis de progresser sur mon chemin d'apprentissage de l'ostéopathie.



**DIRECTRICE DE RECHERCHE**

Aude de Blois, D.O.

**CONSULTANTE**

Florence Vinit, PhD



## **QUESTION DE RECHERCHE**

Quelle est la compréhension des ostéopathes du concept de communication tissulaire ?



## RÉSUMÉ

**Objectif :** Alors que les écrits traitant explicitement du concept de communication tissulaire sont encore rares, il semblait intéressant d'aller directement à la rencontre d'ostéopathes s'inscrivant dans la lignée traditionnelle de l'ostéopathie telle que définie par Andrew T. Still et William G. Sutherland pour partager leur expérience à ce sujet. L'apport de la phénoménologie et de sa vision du rapport de l'homme au monde constitue une piste encourageante pour appréhender la dimension expérientielle du praticien avec l'autre, le patient et son corps vivant, dans un partenariat de soin. Un momentum semble se dessiner au regard des découvertes scientifiques et de la manière d'aborder la relation thérapeutique patient-praticien. Découvrir le vécu d'ostéopathes et analyser leurs témoignages doit permettre de décrire ce concept et de définir sa place dans la pratique ostéopathique.

**Matériel et méthodes :** Étude qualitative phénoménologique de type descriptive réalisée auprès de dix (10) ostéopathes intéressés sur la base d'entrevues semi-dirigées suivant quatre (4) axes d'exploration du concept de communication tissulaire : définition proposée, expérimentation pratique, voie d'apprentissage et cadre théorique associé. Chaque entrevue a été synthétisée dans un premier temps puis l'ensemble analysé de manière transversale pour faire émerger les thèmes communs à la communication tissulaire, ses composantes, ses enjeux et sa place dans la pratique.

**Résultats :** La communication tissulaire représente la base du principe de traitement en ostéopathie. Elle nécessite la mise en place d'un lien de confiance entre le patient et le thérapeute pour que puisse s'établir un contact sensible qui permettra d'aller rejoindre la capacité d'autorégulation du patient, l'intelligence du corps, et de dialoguer avec. L'expérimenter requiert des qualités d'être et un savoir-faire à développer pour être en mesure d'offrir un point d'appui à ce mécanisme qui trouvera un nouvel équilibre de santé. L'ostéopathie est une praxis, une thérapie manuelle qui nécessite un apprentissage par le corps pour se constituer un registre de ressentis validés. La voie privilégiée est celle du compagnonnage et de l'exploration personnelle. Le cadre théorique quant à lui, secondaire à l'expérimentation, puise ses origines dans les modèles de la tradition ostéopathique et participe au développement d'une conscience de perception de plus en plus globale du patient qui tient compte de l'être entier au-delà du simple corps physique à traiter.

**Conclusion :** La communication tissulaire représente un vecteur d'échange privilégié dans la relation de soin. Elle permet de retrouver au plus profond de l'intimité du patient et de son individualité, l'universalité de l'expression de la vie dans ses tissus. Il s'agit d'apprendre à interpréter ce langage d'un corps sensible, celui d'un être vivant et son rapport au monde.

**Mots clés :** communication, dialogue, écoute, échange, relation, présence, corps, sensible, tissu, tissulaire, mécanisme, phénoménologie, qualitatif



## ABSTRACT

**Goal :** While writings dealing explicitly with the concept of tissue communication are still rare, it seemed interesting to encounter osteopaths in the tradition of osteopathy, as defined by Andrew T. Still and William G. Sutherland, to share their experience. The contribution of phenomenology and its vision of man's relationship with the world is an encouraging way to capture the experiential dimension of the practitioner with the patient and his living body in a partnership of care. Momentum seems to be emerging in the light of scientific findings and a way to approach the therapeutic patient-practitioner relationship. By assembling lived experiences of osteopaths and analysing their testimony, this concept could be described and its place defined in the osteopathic practice.

**Material and Methods:** It's a descriptive phenomenological qualitative study conducted among ten (10) interested osteopaths on the basis of semi-structured interviews following four (4) lines of exploration of the tissue communication concept: proposed definition, practical experimentation, way of learning, and associated theoretical framework. Each interview was synthesized at first and then together transversely analysed to determine the common themes of tissue communication, its components, issues and place in practice.

**Results:** Tissue communication is the basis of an osteopathic treatment. It requires the establishment of trust between the patient and the therapist so a sensitive touch can be settled to connect with the patient's self-regulation capacity, the body's intelligence, and to interact with it. This experiment necessitates qualities of being and the development of an expertise to be able to offer a fulcrum to the mechanism which will reach a new health balance. Osteopathy is a manual therapy that requires to be embodied. This way, a register of validated feelings can be built up. The recommended learning path goes through companionship and self exploration. The theoretical framework, secondary to experimentation, originates from the osteopathic traditional models. It participates in the development of a consciousness of perception for an always broader inclusive approach of the patient that considers his entire being beyond the mere physical body to be treated.

**Conclusion:** Communication with tissues is a privileged exchange medium in the relation of care. It allows finding in the depths of the patient privacy and individuality, the universality of life's expression in its tissues. It is about learning how to interpret the language of a sensitive body belonging to a living being and its relationship to the world.

**Keywords:** communication, dialogue, listening, sharing, relationship, presence, body, sensitive, tissue, mechanism, phenomenology, qualitative



## TABLE DES MATIÈRES

QUESTION DE RECHERCHE.....	vii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xvii
LISTE DES FIGURES.....	xix
1. PROBLÉMATIQUE.....	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
2.1. Évolution de l'ostéopathie dans la lignée traditionnelle (Still, Sutherland, Becker).....	5
2.1.1. Histoire, principes et philosophie.....	5
2.1.2. Les modèles ostéopathiques dans la lignée traditionnelle.....	9
2.2. La communication tissulaire en ostéopathie.....	19
2.2.1. Définition de base de la communication tissulaire.....	21
2.2.2. Les constituants de la communication tissulaire en ostéopathie.....	25
2.2.3. Réflexions contemporaines comme pistes de compréhension de la communication tissulaire.....	29
2.2.4. Place de la communication tissulaire et les limites de son étude en ostéopathie.....	33
2.3. L'ouverture à la phénoménologie.....	34
2.3.1. Les premiers pas de la phénoménologie en ostéopathie (Becker, Comeaux, Ducoux, Roche).....	35
2.3.2. De la phénoménologie à l'ostéopathie.....	38
3. Justification et but de la recherche.....	45
4. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	47
4.1. Type de recherche.....	47
4.2. Identification des phénomènes et du concept étudiés.....	48
4.3. Stratégie d'échantillonnage.....	48
4.3.1. Revue de littérature.....	48

4.3.2. Population.....	49
4.3.3. Recherche de l’adversité .....	50
4.3.4. Pertinence de la stratégie.....	50
4.4. Description des outils de collecte de données.....	51
4.4.1. Questionnaire .....	51
4.4.2. Entrevue semi-directive, enregistrement audio et analyse des données.....	51
4.5. Critères de validité de la recherche .....	53
4.5.1. Validité interne.....	53
4.5.2. Biais et gestion de la subjectivité .....	54
4.5.3. Triangulation.....	55
4.5.4. Saturation des données .....	55
4.5.5. Considérations éthiques.....	56
5. RÉSULTATS.....	57
5.1. Population et caractéristiques.....	57
5.1.1. Taille de la population.....	57
5.1.2. Caractéristiques de la population .....	57
5.2. Analyse entretien par entretien.....	60
5.2.1. Participant E1: « Ha! Communication is communication – Let’s talk. » .....	61
5.2.2. Participant E2 : « Qui est-il (le tissu)? Où est-il? Comment est-il? » .....	62
5.2.3. Participant E3: Perception, échange, niveaux .....	63
5.2.4. Participant E4: « La vie », « échange d’informations ».....	64
5.2.5. Participant E5: «... Cela évoque plus que les tissus. Cela évoque le corps tout entier au sens large... ».....	65
5.2.6. Participant I1: « Début de l’approche ostéopathique ensuite ouverture à autre chose ».....	66
5.2.7. Participant I2: « La base du traitement en ostéopathie ».....	67
5.2.8. Participant I3: « Un échange, une écoute, une danse, un équilibre, la voie » .....	68
5.2.9. Participant I4: « Équilibre et échanges réciproques de Becker cité par Duval » .....	69
5.2.10. Participant I5 : « La capacité que nous avons avec notre main et notre sensorium à décoder l’information qui vient des tissus du patient » .....	70
5.3. Analyse thématique transversale.....	71
5.3.1. Représentation de la communication tissulaire par les participants.....	71

5.3.2.	Expérimentation de la communication tissulaire par les participants .....	75
5.3.3.	Apprentissage de la communication tissulaire suivant les participants.....	83
5.3.4.	Cadre théorique de la communication tissulaire par les participants .....	87
6.	DISCUSSION ET CONCLUSION .....	95
6.1.	Résultats et sens à donner au concept de communication tissulaire .....	95
6.1.1.	La communication tissulaire comme principe de base du traitement dans la tradition ostéopathique et ses modèles .....	96
6.1.2.	La communication tissulaire comme vecteur d'échange dans la relation thérapeutique et moyen de contacter l'intelligence du corps .....	97
6.1.3.	La communication tissulaire comme moyen d'exploration de l'autre, entre intimité et distance juste .....	98
6.1.4.	La communication tissulaire comme espace de partage dans l'apprentissage .....	99
6.1.5.	La communication tissulaire comme illustration privilégiée de la cognition incarnée et de la subjectivité afférente .....	100
6.1.6.	La communication tissulaire comme source de ressentis définissant une réalité subtile du corps humain.....	101
6.1.7.	La communication tissulaire comme aiguillon à la recherche d'explications .....	102
6.1.8.	La communication tissulaire comme composante d'un langage d'exploration du monde, du corps sensible .....	104
6.1.9.	La communication tissulaire comme moyen de dépassement et d'expression artistique pour appréhender le mystère de la vie.....	106
6.1.10.	La communication tissulaire comme moyen d'accès et d'interprétation de l'insondable .....	107
6.2.	Forces, limites et faiblesses de la recherche .....	109
6.2.1.	Forces de la recherche .....	109
6.2.2.	Les limites de la recherche (devis, population, etc.) .....	112
6.2.3.	Les faiblesses de la recherche (scientificité) .....	114
6.2.4.	Autocritique du travail et de la démarche.....	118
6.3.	Transférabilité, retombées potentielles et valeur clinique/pratique des résultats .....	120
6.3.1.	Transférabilité et retombées .....	120
6.3.2.	Valeur clinique/pratique des résultats .....	121
6.4.	Recommandations et suggestions pour de futures recherches .....	121
6.4.1.	Utiliser l'approche phénoménologique .....	121

6.4.2. Se pencher sur les travaux en pédagogie perceptive .....	122
6.4.3. D'autres approches à considérer à l'exemple du focusing .....	122
6.4.4. L'énaction de Varela, outil quantitatif et qualitatif? .....	123
6.4.5. Intérêt des groupes de discussion .....	123
6.4.6. Cadre et pistes de recherche à envisager .....	124
6.5. Conclusion – « message à retenir » .....	124
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	129
ANNEXE A. Chapitre de méthodologie du protocole .....	xxi
ANNEXE B. Brève comparaison des modèles biomécanique et biodynamique en ostéopathie dans le champ crânien (source : McPartland & Skinner, 2005).....	xxv
ANNEXE C. Lettre de publicité et recrutement des ostéopathes .....	xxvii
ANNEXE D. Questionnaire de sélection .....	xxix
ANNEXE E. Formulaire de consentement à la recherche .....	xxxii
ANNEXE F. Formulaires d'autorisation d'enregistrement audio pour l'entrevue .....	xxxv
ANNEXE G. Formulaire d'autorisation de citation et de nomination du participant.....	xxxvii
ANNEXE H. Squelette de l'entrevue semi-dirigée.....	xxxix
ANNEXE I. Journal de bord .....	xliii
ANNEXE J. Les 7 mécanismes du corps humain proposés par M. Phillippe Druelle D.O.....	xlvi
ANNEXE K. Synthèse des modèles et de leurs caractéristiques en lien avec le concept de communication tissulaire.....	xlvii

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Modèles ostéopathiques et types de toucher associés .....	28
Tableau 2. Données démographiques du corpus .....	58



## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Répartition par sexe des participants .....	59
Figure 2. Nombre d'années d'expérience des participants.....	59



## 1. PROBLÉMATIQUE

Vous réveillez les tissus par votre contact et votre compréhension, me précisait encore Rollin Becker. Ils commencent à bouger dans la direction qu'ils choisissent, quelle qu'elle soit; ils reviennent à leur point de départ; ils repartent, en avant, en arrière, en profondeur; jusqu'à ce qu'ils trouvent, à travers votre palpation vacillante, oscillante et mouvante le vrai « point d'immobilité » pour leur résolution; jusqu'à ce que tout se dissolve dans l'environnement du patient, et au-delà [...]. (Duval, 2008, p. 97)

Ces mots de Rollin Becker, un des représentants les plus connus de la lignée traditionnelle de l'ostéopathie, rapportés par Jacques Andréva Duval, ostéopathe français l'ayant eu comme mentor, a de quoi questionner l'ostéopathe néophyte sur son chemin d'apprentissage. Alors que l'ostéopathie voit son aura grandir significativement à l'échelle de la planète depuis deux décennies maintenant et qu'un momentum semble poindre quant à la volonté de comprendre ce qui se passe lors d'un traitement ostéopathique au regard des dernières découvertes scientifiques, comment pouvoir interpréter ce passage qui raconte ce qui peut se passer dans la pratique ostéopathique? Partir à la découverte de ce qui anime les tissus du patient et comprendre comment l'ostéopathe doit les aborder pour participer à une relation de soin peut apparaître comme un défi. Le mouvement des uns et la participation de l'autre sous-entendent un échange convenu entre les deux pour mener à bien le traitement. Qui dit échange, dit communication et l'on peut parler de l'idée de communiquer avec les tissus du patient. Peu d'écrits ostéopathiques existent présentant cette notion. Pierre Tricot, ostéopathe, aborde cette idée de manière personnelle, intéressante et détaillée dans son « *approche tissulaire* ». Mais dans le cas de la présente recherche, il s'agit plus de s'inscrire dans la continuité de la lignée traditionnelle, définie par Andrew T. Still, le fondateur de l'ostéopathie et son successeur William G. Sutherland, dont est issu Becker.

Certains ostéopathes parlent d'écoute tissulaire, d'autres de dialogue avec les tissus. Le concept de communication tissulaire n'est jamais clairement nommé. Il transparait pourtant dans la pratique depuis les débuts de l'ostéopathie. Que pourrait-il englober? Le dictionnaire *Larousse* donne des définitions des termes *communication*, *tissu* et *tissulaire* qui peuvent lancer la recherche. *Communication* signifie *action de mettre en relation, en contact des choses* ou encore de représenter un *passage entre deux lieux*. *Tissu* fait référence à un *assemblage régulier de fils ou fibres* formant une *étoffe* avec une *texture* propre. *Tissulaire* est quant à lui en *rapport* avec les *tissus organiques*. La combinaison des termes *communication* et *tissulaire* peut donc orienter vers une action, un échange avec, entre des tissus se rapportant au corps, aux organes, à des entrelacements du vivant, à la mise en relation de structures vivantes dans un mouvement dynamique et/ou un point de passage d'information. C'est cet aspect qui sera exploré dans le champ de cette recherche, l'inscription du concept de communication tissulaire dans la pratique ostéopathique via le toucher entre un praticien et ses mains, un patient et son corps, au sein d'une relation de soin.

Becker, encore lui, est peut-être celui qui a fait le plus d'effort pour décrire ce qui se passait durant ce contact avec le corps de l'autre, lors de la rencontre patient-thérapeute, et les phénomènes associés :

[...] la palpation devient un échange vivant entre deux corps vivants. Le praticien fait beaucoup plus qu'observer. Pendant que ses mains, ses fibres proprioceptives, et les zones sensorimotrices de son système nerveux central enregistrent les mouvements, la mobilité et la motilité du corps et des tissus vivants du patient, il est participant. Il place ses mains de telle sorte qu'elles sont prêtes à recevoir. Sa propre conscience de la vie qui l'habite, désirant comprendre la fonction vivante au sein du patient, est un stimulus suffisant pour invoquer le mécanisme respiratoire primaire et la psychologie corporelle du patient afin qu'ils manifestent leurs mécanismes et la réponse des tissus au toucher participatif du médecin. (p. 192) ... Je m'asseyais pendant quelques minutes et j'essayais tranquillement d'écouter ce que ces tissus tentaient de me dire. (p. 196)... Mon travail consistait à placer doucement les mains et à écouter à travers elles, à lire à travers elles, à sentir à travers elles, doucement, ce que le patient essayait de me dire. Ce n'était pas l'égo ou l'intelligence du patient, mais la tranquillité de ses

tissus en fonctionnement communiquant avec moi, qui a effectué les modifications nécessaires et permis au patient de réaliser les changements physiologiques vers le rétablissement de la santé. (Brooks, 1997/2012, p. 198)

La considération de cette dimension vivante du corps et de la relation entre le patient et le thérapeute interpelle à nouveau le chercheur et le pousse à aller explorer ce concept de communication tissulaire. D'une certaine façon, une sensibilité du corps, une intelligence autonome émerge qu'il est possible de contacter. Cette idée du corps intelligent est à creuser car comme le rappelle Andrieu « le corps est le médiateur du contact avec la nature » (2008, p. 123). Il permet donc d'établir un contact direct avec le monde, le monde du vivant, celui de la nature dont le célèbre Hippocrate, père de la médecine, rappelait qu'elle avait le pouvoir de guérir – *Vis medicatrix naturae*. Cette recherche va donc consister à dresser un portrait du concept de communication tissulaire, pilier essentiel en ostéopathie, semble-t-il, en donnant une description de ses composantes avant d'en montrer la portée. La question de recherche retenue a été la suivante :

### **Quelle est la compréhension des ostéopathes du concept de communication tissulaire ?**

Pour se faire, le chercheur a jugé indispensable de revenir dans un premier temps aux sources de l'ostéopathie pour retracer l'évolution de cette médecine, et de l'émergence du concept de communication tissulaire, à travers son histoire et quelques-unes de ses grandes figures. Il a été jugé utile également de présenter des démarches connexes en ostéopathie ou proches de celle-ci pour alimenter la discussion et donner une plus grande perspective.

L'ostéopathie est une *praxis*, une thérapie manuelle. Le support informationnel de la communication avec les tissus est essentiellement non verbal fondé sur la perception et les ressentis. Le chercheur a donc opté pour une recherche qualitative permettant d'aller à la

rencontre d'ostéopathes intéressés évoluant dans la tradition ostéopathique définie par Still et Sutherland. Le but était de partager leur compréhension de ce concept, et sa portée, à travers leur témoignage vécu pratique et leurs réflexions sur le sujet. L'approche phénoménologique a été jugée pertinente et présentée pour deux raisons : son approche du corps vivant (profondeur et complexité) et le rapport de l'homme au monde qu'elle définit; l'intérêt qu'elle présente en permettant de recueillir des données sur des phénomènes issues de l'expérience vécue pour leur donner du sens. L'outil de collecte jugé le plus approprié et retenu pour le faire a été l'entrevue semi-dirigée qui laisse une certaine liberté de réponse aux ostéopathes participants. Pour étudier ce concept de communication tissulaire, quatre axes d'exploration ont été retenus pour leur concordance : la représentation de la communication tissulaire pour les ostéopathes, l'expérimentation pratique qu'ils en font, le chemin de son apprentissage et le cadre théorique sous-jacent. Ces pistes de recherche devraient permettre d'accéder jusqu'à cet « *au-delà* » dont parle Becker et que l'on retrouve peut-être dans la dimension infinie du soin dont parle l'anthropologue Le Breton (2013, p. 19) et qui sied bien à l'ostéopathie et à la communication tissulaire en particulier : « il y a quelque chose d'infini dans l'invention humaine de soigner et d'interpréter le corps ». Cet infini incite le chercheur à se lancer dans cette recherche pour mettre en lumière les constituants de cette communication tissulaire en reprenant les mots du poète W. Blake : « Si les portes de la perception étaient nettoyées, toute chose apparaîtrait telle qu'elle est, infinie. »

## **2. ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Dans ce chapitre, les débuts de l'ostéopathie seront rappelés pour en énumérer les principes et sa philosophie. Suivront l'évolution de la lignée traditionnelle et un rappel des différents modèles établis pour finir sur les dernières et rares tentatives de synthèses faites en ostéopathie. Il sera alors temps de faire le point sur ce qui se rapporte à la communication tissulaire en ostéopathie et ses différents constituants. Ensuite l'intérêt de l'approche phénoménologique pour l'étude du rapport au monde au travers de l'expérience vécue et ses récents développements seront présentés pour alimenter les résultats de notre recherche.

### **2.1. Évolution de l'ostéopathie dans la lignée traditionnelle (Still, Sutherland, Becker)**

Le cadre de la recherche se place dans la lignée traditionnelle de l'ostéopathie, celle créée par le fondateur Andrew T. Still et poursuivie par William G. Sutherland puis Rollin E. Becker. Après des débuts très biomécaniques, cette approche s'est progressivement orientée vers une pratique moins inductive, plus à l'écoute des tissus et de la force de vie les animant, celle de l'ostéopathie dans le champ crânien (Brooks, 1997/2012; Duval, 2008; Milne, 1995/2010; Tricot, n.d.), à la recherche d'une communication optimale, d'un échange profond entre le thérapeute, son toucher, le patient et les tissus de son corps. Une relation d'être à être.

#### **2.1.1. *Histoire, principes et philosophie***

Cette évolution de l'ostéopathie sera présentée au travers de trois courts portraits des principaux personnages en reprenant leur contexte de travail.

### 2.1.1.1. *Andrew Taylor Still (1828-1917), le fondateur*

Le 22 juin 1874 naissait officiellement l'ostéopathie à Kirksville, au Kansas, sur la « Frontière ». Ce fut le résultat de plusieurs années de recherches personnelles pour palier les moyens limités dont bénéficiaient alors les médecins du « Midwest » et qui avaient mis A. T. Still à l'épreuve lors de la perte de trois de ses quatre enfants atteints de méningite (Trowbridge, 2010). Issu d'une famille pieuse dont le père prédicateur méthodiste était aussi médecin à ses heures, A. T. Still vécut proche de la nature dans les soubresauts de l'histoire de son temps. C'était l'époque de l'ouverture de nouveaux horizons aux États-Unis à la fois : social avec la fin de l'esclavage; spatial avec la conquête de l'Ouest et sa promiscuité avec les amérindiens et leurs croyances; scientifique avec la révolution industrielle, l'apparition de l'électricité et du chemin de fer; ou encore philosophique avec la querelle entre les matérialistes et les vitalistes ou spiritualistes et l'arrivée des idées de Spencer sur l'évolution (Rainville, 2010). Il y trouva là indéniablement le terreau de ses valeurs et de celles de l'ostéopathie.

Mon expérience de frontalière fut pour moi d'une valeur que je ne pourrais jamais dire. Elle fut inestimable pour ma recherche scientifique. Avant d'étudier l'anatomie dans les livres, j'avais déjà perfectionné mon savoir grâce au grand livre de la nature. (Trowbridge, 2010, p. 45)

En 1953, quatre grands principes furent élaborés par un comité spécial du *Kirksville College of Osteopathy and Surgery* (KCOS) pour entériner la vision ostéopathique spécifique du corps humain (Rainville, 2010, p. 108) :

1. Le corps est une unité
2. Le corps possède des mécanismes d'autorégulation
3. La structure et la fonction sont interreliées
4. La thérapie rationnelle repose sur la compréhension de ces trois principes

Pour A. T. Still, le corps humain possède déjà toutes les ressources nécessaires à son bon fonctionnement et entretien. Il suffit alors pour l'ostéopathe de lever les freins ou barrages rencontrés dans le corps du patient pour que le tout revienne à la normale en suivant les lois de la vie, celles émises par une nature supérieure, divine et incontournable, à l'origine de l'esprit qui anime la matière, donne lieu au mouvement, à l'émergence de la santé, à l'expression de la vie.

La réciprocité entre gouvernements céleste et terrestre est toujours la même. Et la vie humaine, dans sa forme et dans son mouvement, résulte de la conception par la mère terrestre à partir du père céleste. Ainsi avons-nous l'union de l'esprit, de la matière et de la vie, c'est-à-dire l'homme. (Still, 2003, p. 262)

Au final, A. T. Still a donc défini une sorte d'art thérapeutique avec une philosophie spiritualiste, évolutionniste, des principes simples plutôt que des techniques, à la recherche d'une rigueur scientifique basée sur l'anatomie et la physiologie de son temps (Still, 1892/2001; Stark, 2003; Trowbridge, 2010).

#### *2.1.1.2. William Garner Sutherland (1873-1954) et le concept crânien*

Issu de la première génération d'ostéopathes ayant suivi les cours du fondateur, W. G. Sutherland doit sa conversion à l'ostéopathie à sa venue en tant que journaliste pour un reportage sur l'école de Kirksville. De nature réservée, il n'eut pas de contact privilégié avec le fondateur mais son sens de l'observation, notamment de l'agencement des sutures crâniennes, lui permit d'apporter une nouvelle dimension à l'ostéopathie. Il développa en solitaire et sur plusieurs décennies son concept d'ostéopathie crânienne avec le mécanisme respiratoire primaire crânio-sacré passant d'une approche biomécanique à une approche biodynamique. L'évolution de son modèle sera présentée plus loin. À l'image de Still avec Spencer, Sutherland trouva un support à ses idées et une source d'inspiration dans la pensée de

Walter Russell considérant l'échange équilibré rythmique comme une loi fondamentale de l'univers (Bel, 2000). Ayant incorporé au fil du temps une dimension spirituelle à son modèle, Sutherland ne put partager ses réflexions qu'avec un nombre réduit d'ostéopathes intéressés, la communauté ostéopathique y étant plus réfractaire car cherchant alors à s'intégrer dans le courant de la médecine traditionnelle et son approche de plus en plus scientifique (Tricot, n.d.; Lever, 2013/2014).

#### 2.1.1.3. *Rollin E. Becker (1910-1996), toujours plus loin*

Becker fit partie de ce cercle restreint des proches étudiants et collaborateurs de Sutherland. Après quelques années de pratique, il délaissa l'approche structurale, élargit le principe du mécanisme respiratoire à l'ensemble du corps et renforça le concept d'équilibre et d'échanges réciproques (Duval, 2008) qu'il incorpora aux techniques de traitement pour en faire un usage clinique. Il développa ensuite l'idée du *Partenaire Silencieux* en référence à l'intelligence de vie inhérente au vivant avec laquelle il voulait travailler pour le retour de la santé. Comme ses prédécesseurs toujours à la recherche d'idées neuves pouvant expliquer et structurer ce qu'ils sentaient entre leurs mains, il se tourna vers les philosophies orientales en rencontrant Swami Chetanananda notamment (Chetanananda, 1990/2014) et vers la physique allant jusqu'à voir la relation ostéopathe-patient comme une unité quantique d'échange mutuel, une ouverture (Brooks, 1997/2012, 2000; Duval, 2008; Lever, 2013/2014).

Après les paraboles et allégories de Still, les doigts intelligents de Sutherland, Becker fut peut-être le premier, par sa manière pragmatique à essayer de mettre des mots sur son ressenti, qui permit, outre les bases d'une compréhension du mécanisme, un partage possible de l'expérience dans une profession somme toute manuelle. Sa forme de compagnonnage à la fois théorique et pratique dans sa relation avec J. A. Duval en est le parfait exemple.

### ***2.1.2. Les modèles ostéopathiques dans la lignée traditionnelle***

Cette évolution de l'ostéopathie a donné naissance à différentes interprétations de la réalité. En effet, à la variété possible des dysfonctions somatiques, voire psycho-somatiques chez l'être humain et sa manière de les vivre, correspondent pratiquement autant de manières de les aborder. Cette diversité est une richesse que chaque thérapeute manuel va aborder avec ce qu'il est et son propre bagage. Son expérience, la profondeur de son ressenti, ses qualités de perception, etc. et l'idée qu'il se fait du problème vont de plus évoluer durant sa vie professionnelle, l'amenant à changer, améliorer, transformer ses manières de faire et/ou d'être dans son rapport avec le monde notamment celui du patient. Cette mouvance présente à la fois dans la profession et dans son exercice personnel a conduit à l'élaboration de différents modèles depuis les débuts de l'ostéopathie. Dans la perspective de la lignée dite traditionnelle, les trois modèles « classiquement » connus par les ostéopathes et retenus par Roche (2014) seront abordés alors que les cinq modèles édictés par l'O.M.S. (2010) ne seront qu'énumérés car encore très récents et mal intégrés par la profession. Deux autres modèles connexes, moins traditionnels, seront présentés afin de donner une certaine perspective et montrer le rôle central de la communication tissulaire.

#### ***2.1.2.1. Les principaux modèles dans la lignée traditionnelle***

En 2010, l'O.M.S publiait son rapport sur l'ostéopathie, *Benchmarks for training in Osteopathy*. Dans ce document, elle liste cinq modèles d'approche basés sur l'interrelation structure-fonction dans le corps humain :

1. Le modèle structure-fonction biomécanique ;
2. Le modèle structure-fonction respiratoire-circulatoire ;

3. Le modèle structure-fonction neurologique ;
4. Le modèle structure-fonction psychosocial ;
5. Le modèle structure-fonction bioénergétique.

Pour information, une comparaison de la vision de l'ostéopathie par l'OMS et des principes du fondateur A. T. Still peut être consultée dans le mémoire de Codandamourty (2014).

Dans un souci de conciliation, la nomenclature établie par Roche (2014), ostéopathe, dans son « Introduction à une phénoménologie de la perception » sera privilégiée. Il définit trois modèles comme autant d'étapes d'évolution de l'ostéopathie dans la lignée traditionnelle: le modèle structurel, le modèle vitaliste et le modèle spiritualiste.

#### 2.1.2.1.1. Le modèle structurel ou le modèle ostéopathique bio-mécaniste

Dans cette approche, le corps est vu comme une mécanique à ajuster. Le thérapeute, tel un ingénieur, va procéder dans un premier temps à des évaluations biomécaniques par mobilisation et induction lui permettant de repérer les barrières et autres restrictions articulaires ou tissulaires. Par comparaison avec son expérience de la normalité, il va procéder à des ajustements mécaniques dans le but de redonner de la mobilité aux zones concernées et éliminer la facilitation de boucles réflexes du système nerveux afin de retrouver un nouvel équilibre de santé.

Le Dr. John Martin Littlejohn, médecin de formation académique, élève de Still puis professeur dans son établissement, donnera une expansion à cette approche par ajustement ostéo-articulaire notamment aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Il insistera également beaucoup sur l'apport de la physiologie et son importance dans le maintien de la santé (Ducoux, 2012 ; Lever, 2013/2014 ; Tricot, 2005a).

Dans cette approche, l'ostéopathe apporte une force mécanique extérieure au corps du patient pour restaurer la mobilité et ramener vers la normalité une dysfonction somatique.

#### 2.1.2.1.2. Le modèle vitaliste, ostéopathie dans le champ crânien, modèle de transition

Dans ce modèle, le principe vitaliste cher à Still trouve sa place grâce au travail de Sutherland. Tout au long de sa longue carrière, ce dernier creusera pour s'émanciper au final du principe purement mécanique. Dans son mémoire sur *l'Évolution de la perception chez William G. Sutherland*, Isabelle Schmitt (2001) reprend l'évolution de l'exploration menée par ce dernier avec l'affinement de sa palpation. Elle la scinde en deux périodes : une période biomécanique précédant une période biodynamique.

Dans sa première période, Sutherland développe trois phases : 1- le concept osseux avec la forme des biseaux des sutures crâniennes; 2- la dynamique des membranes de tensions réciproques dure-mériennes, la motilité du système nerveux central et l'existence du tendon central formant l'axe crânio-sacré; 3- la découverte de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien qui l'amène à une intelligence des fluides et au concept de *mécanisme respiratoire primaire* qui inclut les cinq phénomènes suivants (Magoun, 1994, p. 23):

1. La mobilité inhérente du cerveau et de la moelle épinière
2. La fluctuation du liquide céphalo-rachidien
3. La mobilité des membranes intracrâniennes et intramédullaires
4. La mobilité articulaire des os du crâne
5. La mobilité involontaire du sacrum entre les iliaques

Au soir de sa vie, en 1948, Sutherland bascule dans une seconde période, dite biodynamique, où il s'intéresse aux forces inhérentes du corps, dotées d'une intelligence propre, le *Souffle de Vie*. Il change radicalement sa manière de traiter pour travailler avec le *Potentiel inhérent* de la *Marée* apte à engager la normalisation des déséquilibres du corps. Il appelle cet instant la *transmutation*. C'est dans cette période qu'apparaissent les notions de *fulcrum*, *stillpoint*, *Marée*, *Stillness*, *Souffle de vie*, *Fluide dans un fluide*, *Lumière liquide*. Dans *Life in Motion* (Brooks, 1997/2012, p. 56), Becker écrit: « Une fois ce point de repos atteint [stillpoint (NdA)], le Potentiel inhérent de cette Marée intervient dans le processus de transmutation, apportant la normalisation au fonctionnement du corps » et plus loin « [Nous] sommes en présence de la force la plus puissante existant au sein du corps humain. »

Au final, la transition vécue par Sutherland avec son modèle crânien peut se résumer avec ces mots de Jealous cité par Bel (2000) :

Au cours de ses explorations, la perception qu'avait le Dr Sutherland du mécanisme respiratoire primaire et de ses lois évolua, partant d'un système motivé de l'intérieur (c'est-à-dire le système nerveux central mobilisant les membranes, les membranes mobilisant les os et faisant fluctuer le liquide céphalorachidien), à un système catalysé par le Souffle de Vie. Il décéda alors qu'il se trouvait en pleine transition conceptuelle. (Bell, 2000, p. 1)

#### 2.1.2.1.3. Le modèle spiritualiste ou la biodynamique:

Cette transition interrompue, c'est Becker, entre autres, qui en assura la continuité en élargissant le concept du *mécanisme respiratoire primaire* à l'ensemble du corps. Il travailla à diffuser et à approfondir les dernières idées de Sutherland pour leur mise en pratique clinique. Il souligna la vision du corps comme seul capable de connaître la solution au problème qui l'habite. Vision en rupture avec celle du modèle structurel. Selon lui, outre ses connaissances cliniques, le thérapeute doit adopter une position résolument plus humble pour écouter le corps, dialoguer avec lui et son médecin intérieur ou partenaire silencieux, et participer à la

résolution du problème par l'émergence de la santé (Lever, 2013/2014). Il développa également l'idée de *fulcrum* de Sutherland comme autant de points d'appui sur lesquels le *mécanisme respiratoire primaire* peut trouver un nouvel équilibre de santé (Duval, 2008). Dans la dernière étape de sa vie, il prônait une sorte d'ouverture à la physique quantique en développant un aspect énergétique, fluïdique du corps pour expliquer les rapports thérapeute-patient, les échanges subtils entre eux ainsi que le potentiel inhérent de la marée qui aurait une origine externe apportant une dimension hors du patient et son rapport dynamique avec l'environnement.

Après lui, d'autres ont continué à approfondir ce concept biodynamique, notamment Jealous qui fit un parallèle entre les découvertes de Sutherland sur les propriétés des fluides dans le corps humain et celles d'Erich Blechschmidt sur la mise en forme de la matière par des champs bio-cinétiques durant l'embryogenèse. Une même puissance intelligente animerait les tissus tout au long de la vie (Ducoux, Liem, 2002 ; Ducoux, 2012).

Dans cette vision de l'ostéopathie et du corps humain, le thérapeute devient une sorte d'observateur qui travaille principalement avec sa présence, laissant la santé à l'œuvre.

#### 2.1.2.2. *Limites et complémentarités des modèles traditionnels*

Roche (2014) nous rappelle la relativité de ces modèles ostéopathiques et leurs limites. Ils offrent un support à l'ostéopathe dans son travail. Orientant sa compréhension du problème et le moyen d'y remédier, ils influencent sa manière d'aborder les patients, de les traiter et de communiquer avec leurs tissus :

À chacun de ces modèles correspond une représentation particulière de la physiologie, de la pathologie, de la complexité vivante et des possibilités thérapeutiques offertes par l'ostéopathie. En prédéterminant les informations qu'il sera nécessaire de recueillir, afin

d'évaluer les fonctions du patient et donc sa santé, les modèles déterminent l'orientation et la qualité de la perception que développe l'ostéopathe.

En voyageant du modèle mécaniste au modèle spiritualiste biodynamique en passant par le modèle vitaliste, nous découvrirons qu'au travers de ces cadres conceptuels, les ostéopathes expérimentent et approfondissent leur perception consciente en passant successivement d'un modèle dominé par la perception de la forme sensible puis par celle de la forme imaginaire et enfin à un modèle ouvrant la perception vers la forme intelligible et au-delà. (Roche, 2014, onglet Images et modèles)

Ce voyage, cette démarche, Becker en parle également quand il explique comment Sutherland agissait auprès de ses étudiants, reproduisant en quelque sorte les étapes de son apprentissage personnel et de sa recherche solitaire pour les aider à cheminer, à développer leur perception et leur compréhension du mécanisme:

Il nous faisait donc travailler de l'extérieur vers l'intérieur. Il commençait par la mobilité articulaire osseuse du crâne, puis nous faisait progressivement découvrir la membrane de tension réciproque fonctionnant comme une unité pour unir et déplacer les os, avant de passer à la motilité du système nerveux central et de terminer par la dynamique du fluide. (Brooks, 1997/2012, p. 142-143)

Dans un esprit rassembleur visant à réduire les divergences, voire fractures dans la communauté ostéopathique (Paulus, 2009), les modèles seront vus comme une pluralité d'échange d'une même réalité. Ils ne s'excluent pas les uns les autres mais forment plutôt des visions complémentaires et une gamme de réponses possibles à des perceptions de plus en plus subtiles du monde environnant et du patient, gamme avec laquelle l'ostéopathe peut jouer pour trouver des solutions aux requêtes des patients qu'ils rencontrent.

### *2.1.2.3. D'autres modèles connexes à ceux de la « tradition » : Fulford et Tricot*

#### *2.1.2.3.1. Le modèle de Robert C. Fulford : Le corps bio-énergétique*

De la même génération que Becker, Fulford suivit également l'enseignement de Sutherland et développa sur cette base sa propre approche en introduisant une dimension vibratoire, énergétique en ostéopathie. Il fut inspiré par le concept du champ de vie (L-field)

de Harvard S. Burr et se représentait le patient entouré (ou formé) d'un corps énergétique. Il intégra également les découvertes et expériences du Dr Robert Becker et de Valérie Hunt sur les caractéristiques piézoélectriques du tissu conjonctif, du psychanalyste Wilhelm Reich avec son champ d' « orgone », sorte de fluide vital nous baignant et de l'ostéopathe Randolph Stone avec sa thérapie de la Polarité. Pour Fulford, les pensées étaient des choses qui pouvaient donc avoir un effet direct sur le monde matériel (Comeaux, 2005). A l'image de la respiration diaphragmatique, des battements du cœur, de l'onde rythmique crânienne, etc. le corps est constitué d'une multitude de rythmes que l'on peut mettre en lien au niveau le plus subtil avec l'aspect vibratoire de la matière en termes de fréquence, phase, longueur d'onde, etc. Zachary Comeaux fut son disciple. Il a présenté son œuvre et continue l'exploration des rythmes du corps humain notamment avec son approche de l'ostéopathie harmonique (Comeaux, 2011). Cette manière de voir le corps détermine une voie de traitement autour de la notion des rythmes et d'un toucher propre. L'échange communicationnel patient-thérapeute se réalise à des profondeurs encore récemment à peine entrevues.

#### 2.1.2.3.2. Le modèle de Pierre Tricot : l'Approche Tissulaire

Bien que n'étant pas issu directement de la droite ligne de l'ostéopathie telle que définie jusqu'à présent car n'ayant été l'élève ni de Sutherland, ni de Becker, Tricot a pourtant su développer un modèle ostéopathique personnel, l'*approche tissulaire*, qui rejoint les idées de ses prédécesseurs qu'il a redécouverts en les traduisant en langue française, démarche qui a certainement imprégné sa vision de l'ostéopathie et orienté sa démarche personnelle. Son modèle est doublement intéressant car d'une part, il aborde l'ostéopathie (le corps humain) d'un autre point de vue donnant ainsi du relief et une certaine profondeur aux écrits de Still, Sutherland et Becker et d'autre part, il a fourni un gros effort de conceptualisation pour

présenter son approche et lui donner un sens. Cette mise en mots participe à une meilleure compréhension du travail de l'ostéopathe et de sa communication avec les tissus, pivot de son approche.

*L'approche tissulaire* est née d'un apprentissage difficile de la palpation en ostéopathie par son auteur. Ne trouvant pas de réponses assez satisfaisantes auprès de ses enseignants, Tricot a développé son propre modèle d'un corps conscient qui peut être situé à cheval sur les trois modèles cités précédemment (structurel, vitaliste et biodynamique) et plus particulièrement entre le vitalisme et la biodynamique (Roche, 2014).

Dans son cheminement exploratoire vers une palpation efficace, Tricot a défini six paramètres principaux permettant d'établir les conditions d'un échange avec les tissus (2005a). Il les a organisés en deux groupes : les paramètres subjectifs et les paramètres objectifs.

Les paramètres subjectifs sont la présence au patient, l'attention comme focus sur une zone à traiter et l'intention comme modulation de l'attention et capacité d'ouverture à l'échange et au retour vers la santé. Ils définissent un savoir-être du thérapeute.

Les paramètres objectifs sont la tension de surface, la densité du volume et la vitesse de mouvement des tissus. Ils définissent un certain savoir-faire de l'ostéopathe pour l'application de ses techniques en lien avec son ressenti manuel.

Ces conditions d'échange paramétrées visent à optimiser la capacité de dialogue avec les tissus et leurs cellules. Pour lui, les cellules sont toutes dotées d'une conscience, certes rudimentaire, qui incite chaque cellule à vouloir se maintenir en vie. Cela se traduit pour chacune d'elle par un échange rythmique d'ouverture-expansion (efflux) et de fermeture-

rétraction (influx) à son environnement. Ouverture au monde (le non-Je ou non-Moi) pour y trouver l'information nécessaire à sa survie et fermeture pour intégrer cette information et préserver son identité (le Je ou Moi). Tricot reprend l'idée que l'énergie est de l'information en mouvement. Lorsque survient un évènement « traumatisant ou agressant » venant de l'extérieur, la cellule se met en mode protection de fermeture. Elle s'isole pour se préserver d'un influx trop grand d'informations. Elle forme ainsi une rétention énergétique coupée de son environnement, sorte de mémoire figée de l'évènement. Le travail du thérapeute consistera à aller rechercher cette rétention coupée du présent pour se synchroniser avec elle et lui offrir par le dialogue l'opportunité de s'ouvrir pour rétablir une communication avec les tissus et l'actualiser avec l'ensemble en dissolvant la charge accumulée et ainsi revenir dans le schéma présent de santé (Tricot, 2005a, 2005b, 2008).

#### *2.1.2.4. Autres exemples de modèles affranchis de l'ostéopathie*

Outre les modèles cités précédemment, d'autres exemples seront rappelés succinctement pour témoigner de la réalité complexe à laquelle sont confrontés les thérapeutes manuels du corps humain dont les ostéopathes. Les modèles présentés ci-dessous ont été construits par des ostéopathes de formation qui se sont affranchis de leur base pour créer leur approche personnelle. Ils ont été choisis pour deux raisons : ils ont conservé un bagage commun à l'ostéopathie et, par ce regard devenu extérieur, ils peuvent aider à mieux comprendre ou cerner certains concepts dont celui de la communication tissulaire.

##### *2.1.2.4.1. Le modèle de John Upledger : la thérapie crânio-sacrée et le somato-émotionnel*

Médecin ostéopathe américain de formation, John Upledger a développé son propre modèle, appelé la thérapie crânio-sacrée. Dans le contexte médicalisé de l'ostéopathie

américaine, il a jugé bon de sortir les concepts de Sutherland de leur domaine exclusif pour développer une approche axée sur le relâchement somato-émotionnel (S.E.R. : *Somato Emotional Release*) avec la notion de kyste énergétique (*energy cysts*), sorte de mémoire corporelle engrammée dans les tissus du patient et renfermant une charge émotionnelle capable d'altérer la santé du patient.

Par le dialogue avec les tissus, mais aussi au moyen d'autres outils comme la visualisation créative, la discussion, l'imagerie guidée, le thérapeute peut cerner et contacter ces kystes énergétiques par sa *technique des arcs* pour désamorcer leurs charges émotives et les dissoudre, libérant ainsi le patient de ses symptômes (Upledger, 2002b).

Pour une synthèse des différences entre thérapie crânio-sacrée et ostéopathie crânienne, voir l'article de Upledger (2002a).

#### 2.1.2.4.2. Le modèle de Danis Bois : Fasciathérapie et pédagogie perceptive

Kinésithérapeute et ostéopathe de formation, Danis Bois fut confronté après plusieurs années de pratique à l'émergence de sensations nouvelles qu'il ne pouvait pas aborder par une approche structurelle. Reprenant les principes de Still d'autorégulation du corps humain et de l'importance de la circulation des fluides au travers des fasciae, il a développé la fasciathérapie qui met l'accent sur les propriétés des fasciae et le concept de tenségrité pour libérer les tensions ou blocages repérés dans les tissus par l'usage de pression ou la mise en place de points d'appui (Arni, 2009).

Il a développé par la suite une approche pédagogique, la somato-psychopédagogie ou psychopédagogie perceptive devenue récemment la *pédagogie perceptive* pour favoriser l'apprentissage par le corps qui sera abordée plus loin (Bois, 2007).

## 2.2. La communication tissulaire en ostéopathie

Les modèles évoqués ci-dessus, que ce soit ceux dans la droite ligne de Still-Sutherland-Becker ou plus connexes avec Fulford et Tricot ou carrément extraits de l'ostéopathie avec Upledger et Bois, représentent autant de façons de concevoir la réalité complexe du patient dans son échange avec l'environnement à travers son corps. Chacun à sa manière offre la possibilité d'échanger, de communiquer avec lui pour le retour de la santé mais cette notion est illustrée plutôt que clairement définie.

Dans son mémoire de 2006 sur la perception de la palpation en ostéopathie, Psutka sera un précurseur en notant l'aspect émergent de la notion de communication avec les tissus après des années de pseudo-clandestinité de ce qu'il appelle « l'idée de dialogue avec les tissus » :

With regard to the idea of dialoguing with tissues etc., as far as the author knows, such a discussion has never before appeared in a formal research study, within the osteopathic profession. To bring such information into a formal study is to begin to legitimate, what has, up to very recently been, a clandestine discussion. It is now out in the open, so to speak. (Psutka, 2006, p. 357)

Ce constat, fait principalement en regard de la documentation anglophone il est vrai, témoigne d'une rareté de textes traitant du sujet. Les discussions sur le thème devant se faire plus oralement et/ou en comité restreint. Cette rareté peut être la conséquence d'un faisceau d'au moins quatre contraintes qui peuvent être déduites des informations données précédemment :

- Une contrainte professionnelle : depuis ses débuts et la volonté de son fondateur A. T. Still de se différencier de la médecine et de ses méthodes d'alors, l'ostéopathie est toujours confrontée à une difficile reconnaissance du milieu médical et à l'aspect trop réducteur du

cadre scientifique actuel quand il faut incorporer certaines dimensions perceptuelles notamment.

- Une contrainte personnelle : le toucher ostéopathique nécessite un apprentissage qui demande du temps, du travail et une ouverture exploratoire pour se développer faisant évoluer du même coup les perceptions et leur compréhension par l'ostéopathe.
- Une contrainte temporelle : Bien que le fondateur ait pu se prévaloir de capacités jugées hors du commun (clairvoyance, clairaudience, etc.), il a éprouvé beaucoup de difficultés à transmettre son héritage. Certains comme Sutherland et Becker se sont accrochés pour creuser et approcher ce qu'il évoquait dans ses métaphores et paraboles. Le modèle explicatif a nécessité du temps à la fois pour être développé et accepté. Ce qui est encore récent.
- Une contrainte langagière : L'ostéopathie est un monde de perceptions qu'il faut apprendre à reconnaître et gérer. Il fait appel au monde des sensations et à celui de l'intellect. Verbaliser des ressentis personnels n'est pas toujours facile et le partager encore moins. Le langage peut devenir une barrière à cet apprentissage manuel.

Autant de contraintes donc qui ont ralenti l'émergence à grande échelle de cette notion d'écoute, d'échange, de dialogue avec les tissus. Les exemples d'ouvrages nouvellement publiés proposant des synthèses explicatives de ce qu'est l'ostéopathie au regard des dernières découvertes scientifiques attestent de ce changement récent (Handoll, 2000; Lee, 2007/2009; Lever, 2013/2014; Tricot, 2005a. 2005b; Varlet, 2009).

Mais les définitions formelles restent rares et le plus souvent vagues. Seront donc présentés un aperçu d'expressions et de passages caractéristiques se référant à cette communication tissulaire, puis les notions (constituants) qui s'y rattachent et finalement une présentation succincte de quatre synthèses personnelles de ce qu'est l'ostéopathie et ce qu'elles apportent au concept de communication tissulaire.

### **2.2.1. Définition de base de la communication tissulaire**

Si le dictionnaire *Larousse* contribue à définir globalement la communication tissulaire comme un échange d'informations entre des tissus vivants, organiques. On note toutefois que l'usage de cette expression en ostéopathie est très rare, si ce n'est inexistant. Bien souvent on trouve, plutôt que des définitions claires, des exemples illustrant le phénomène se déroulant entre le thérapeute et le patient, entre les mains de l'un et les tissus de l'autre, voire des allégories rappelant celles de Still mais plus contemporaines. À titre d'exemple, ces quelques mots de McPartland et Skinner (annexe B) abordant le modèle biomécanique dans le champ crânien:

Detecting polyrhythms and the Fluid Body requires practitioners to augment their 'afferent' activity and reduce their 'efferent' activity. In other words, practitioners must emphasize reception rather than transmission – the difference between listening to a radio and conversing on a cellphone. (McPartland et Skinner, 2005, p. 99)

Tricot est parmi les très rares à utiliser nommément l'expression de *communication tissulaire* pour caractériser l'échange d'informations entre le thérapeute, ses mains, le patient et ses tissus :

Dans une communication tissulaire, nous devons parvenir à saisir le plus fidèlement possible, les éléments qui nous sont transmis par les tissus de notre patient... Plus nous sommes précis dans la syntonisation avec ces paramètres, plus notre communication avec les tissus est fine, ... (Tricot, 2008, p. 3)

Cette expression de *communication tissulaire* peut être retrouvée également chez Varlet (2009), dans son ouvrage de présentation de l'ostéopathie somato-émotionnelle. Dans sa synthèse, il présente l'onde quantique comme une base possible du toucher ostéopathique :

C'est probablement par l'intermédiaire de cette onde que nous avons la possibilité d'intégrer une communication tissulaire, dans la mesure où nous sommes capables de nous mettre en résonance avec les mécanismes ondulatoires des tissus du patient pour obtenir la possibilité de ce que Rollin Becker appelle un équilibre et un échange réciproque. (Varlet, 2009, p. 80)

Mais le plus souvent, ce sont les mots 'écoute', 'dialogue' ou 'échange avec les tissus' qui reviennent, notamment dans les textes de Becker (Brooks, 1997/2012, 2000), Duval (2008), Comeaux (2008/2011), Milne (1995/2010) ou encore Ducoux (2012) et Tricot (2002a, 2002b) à titre d'exemples. Ils caractérisent une ostéopathie d'écoute où le faire cède la place à l'être, ou l'équilibration remplace l'induction, celle surtout des modèles vitaliste et biodynamique avec un vocabulaire type qui leur est donc propre.

Dans *Life in Motion* (Brooks, 1997/2012), un livre de recueil de textes de Becker, on peut lire de telles descriptions évocatrices où l'auteur a cherché à rester le plus proche possible du phénomène, de son ressenti et à le verbaliser. En abordant le thème de la palpation par exemple, il parle d'un échange vivant entre deux corps vivants, de réponse des tissus au toucher participatif (p. 192) ; d'écoute, « j'essayais tranquillement d'écouter ce que ces tissus tentaient de me dire » (p. 196) ou encore de communication dans le processus du traitement, c'est « la tranquillité de ses tissus en fonctionnement communiquant avec moi, qui a effectué les modifications nécessaires et permis au patient de réaliser les changements physiologiques vers le rétablissement de la santé. » (p. 198).

Dans son livre *Techniques Ostéopathiques d'Équilibre & d'Échanges Réciproques*, Jacques Andréva Duval (2008) raconte son apprentissage auprès de ce même Becker sous forme d'une sorte de compagnonnage. Lui aussi raconte avec ses mots comment travaille

l'ostéopathe en relation avec le patient. Il suit avec ses mains et son attention des *microdéplacements et fluctuations des mouvements involontaires* dans le corps du patient. Ceux-ci impliquent le thérapeute, via l'interface de ses mains, dans un échange actif d'information au travers de ces mouvements. Duval cite également les propos d'Anne Wales, disciple de Sutherland, à ce sujet, « Mes mains ne bougent pas : elles sont bougées ». (Duval, 2008, p. 94)

Ce suivi de mouvements involontaires décrits par Duval ou Wales représente à leur manière une sorte de contact privilégié entre le thérapeute et le corps du patient via un toucher manuel, Tricot parle de *syntonisation* et de *synchronisation* (2005a, 2008), qui nécessitent au minimum une qualité de présence dans l'exercice, base indispensable d'une attention portée sur la ou des zones visées pour établir et maintenir cet échange. Plus loin dans son ouvrage, Duval cite encore Becker le guidant dans sa pratique et faisant allusion à cette capacité de communication avec les tissus: « Vous réveillez les tissus par votre contact et votre compréhension ». (Duval, 2008, p. 97)

D'autres évocations de cette communication avec les tissus faite par des ostéopathes s'inscrivant dans la lignée traditionnelle peuvent être rappelées pour montrer la diversité des expressions employées mais leur homogénéité quant au sens à donner.

Zachary Comeaux, ostéopathe reconnu pour ses ouvrages sur l'ostéopathie et ancien élève de Fulford disciple de Sutherland, emploie lui aussi de tels termes pour présenter sa propre réflexion et ses axes de pratique. Dans l'extrait qui suit, il souligne également l'influence de Becker et de son travail de partage avec la communauté ostéopathique.

Un des aspects importants de ses descriptions est l'identification d'un système vivant, sensible, expressif, et capable de communiquer de façon cohérente avec un praticien vigilant et bien

disposé. En outre, un tel traitement ne peut se faire que sur le mode du dialogue, Becker le définissait comme une écoute des tissus, permettant d'aller dans leur direction préférentielle. (Comeaux, 2008/2011, p. 38)

Bruno Ducoux, lui aussi, s'inscrivant dans une approche biodynamique, parle de dialogue tissulaire dans son mémoire de DIU portant sur *Palpation, perception essai de modélisation pour la formation des professionnels*. Il définit une *relation thérapeutique tripolaire* comme « un dialogue tissulaire à partir d'une interface laisse émerger comme troisième terme la Santé déjà présente. » (Ducoux, 2012, p. 62). Il utilise également les termes de langage ou d'écoute prenant l'image d'un ostéopathe qui doit « apprendre à mieux utiliser cet outil [la main] afin de décrypter le langage des tissus en développant la palpation, à l'écoute des informations présentes » (Ducoux, 2012, p. 30).

Gérard Sueur, dans son ouvrage *L'ostéopathie, la santé au bout des mains*, parle aussi de *savoir dialoguer avec les tissus* comme art de l'ostéopathe en rappelant que Sutherland considérait que le patient et le médecin pouvaient se tromper « mais la main, si elle sait écouter les besoins et les messages réels du corps, ne se trompe jamais. » (Sueur, 1992, p. 20).

Et finalement, Alain Cassourra, médecin ostéopathe, dans son article sur le *toucher ostéopathique*, développe la notion de l'art du toucher amenant « à considérer l'acte thérapeutique comme le fruit d'un dialogue et non celui de l'analyse figée d'une situation à un instant t. » car « la peau est interface, zone d'échange d'informations » (Cassourra, 2011, p. 43).

Autant de citations qui nous aident à cerner la notion de *communication tissulaire* en ostéopathie dans la lignée traditionnelle de Still, Sutherland et Becker. Elle se présente donc comme un échange d'informations à plusieurs niveaux entre le thérapeute et le patient via l'interface d'un toucher manuel nécessitant des qualités de savoir-faire et de savoir-être de la

part du thérapeute pour mener le traitement dans l'échange jusqu'à la résolution ou l'amélioration de la raison de consultation du patient. Présentée ainsi la communication tissulaire apparaît comme un incontournable du traitement ostéopathique.

### ***2.2.2. Les constituants de la communication tissulaire en ostéopathie***

La communication tissulaire peut être définie par quatre composantes essentielles pour s'établir: un thérapeute formé en conséquence, un patient présentant un cas ostéopathique, un toucher adapté via l'interface que représentent les mains du premier en contact avec les tissus du second, une relation qui lie les deux dans un espace.

#### *2.2.2.1. Le thérapeute, un savoir, un savoir-faire et un savoir-être*

L'ostéopathe pratique un métier manuel qui demande une triple expertise :

- Des connaissances appartenant au domaine médical (anatomie, physiologie, pathologies) avec une capacité de définir une dysfonction, de trouver un chemin pour la traiter et d'établir un pronostic de son évolution.
- Un savoir-faire, fruit de son expérience pratique, qui va consister en une panoplie de techniques maîtrisées dans leur application que le thérapeute sera apte à choisir et à adapter à la condition du patient pour établir un dialogue avec les tissus et le poursuivre jusqu'à résolution du problème et le retour de la santé.
- Un savoir-être présentant des qualités humaines rendant possible la relation avec le patient, l'établissement de cette communication tissulaire et son optimisation. L'ostéopathe doit savoir faire preuve de compassion, d'écoute, de respect, se montrer humble et droit (éthique) et travailler dans un état de paix intérieure (Osty, 2012) pour

contribuer par sa présence et l'orientation de son attention modulée par l'intention (Tricot, 2005a) au bon déroulement du traitement.

#### 2.2.2.2. *Le patient, son corps et ses tissus*

Le patient, quant à lui, est un monde à découvrir. Il offre l'opportunité au thérapeute d'explorer le monde du vivant, l'expression de la santé au travers des tissus du corps du patient. Cette expression de vie qui transparait dans la matière est propre à chacun et à son histoire, le corps étant capable de mémoire et d'adaptation compensatoire (Potvin, 2008). Les fasciae, également appelés tissu conjonctif, présentent un intérêt particulier dans ce sens (Still, 2001, 2003). Ce tissu conjonctif est abondant et présent dans tout le corps humain. Tortora et Derrickson (2007) rappellent qu'il relie, soutient et façonne différentes structures dans le corps, telles les muscles, les organes ou encore les vaisseaux sanguins. Il représente une architecture intégrale du corps qui pénètre l'ensemble des tissus et organes du corps (Guimberteau, 2014; Schleip, 2003a) et répond au principe de biotenségrité tel que défini par Ingber et Levin (Quéré, 2010).

Outre cet aspect mécanique de charpente et de transport d'information, Lever (2013/2014) rappelle les découvertes des chercheurs Szent-Györgyi, Fröhlich, Pishinger et Hameroff sur les propriétés bioélectriques semi-conductrices, piézoélectriques et quantique de la trame fasciale et ses constituants agissant, avec le collagène et l'eau, comme un transporteur ultra-rapide d'information via son réseau dans le corps tout entier en plus des systèmes circulatoire et nerveux. Son influence va jusqu'au cœur de la cellule et son ADN via les intégrines mettant en relation le cytosquelette de chaque cellule avec ses gènes (Oschmann, 2000) et donnant un aperçu du potentiel d'impact que l'environnement extracellulaire peut avoir sur l'activation ou non du potentiel génétique via la membrane et ses multiples capteurs

(Lipton, 2006). La matrice conjonctive ou trame fasciale devient une sorte d'organe sensoriel extrêmement riche à l'échelle du corps (Prévost, 2014).

Schleip (2003) rappelle que les fasciae sont innervés par quatre sortes de mécanorécepteurs (Golgi, Pacini, Ruffini, interstitiel) sensibles chacun à des stimulations mécaniques différentes et il décrit un très probable lien direct des cellules musculaires lisses fasciales avec le système nerveux autonome dans la régulation du tonus fascial et de la viscosité tissulaire locale pour expliquer les modifications rapides survenant lors des manipulations myofasciales notamment lors de la perception de relâchements tissulaires. Avec cette connaissance, il incite le thérapeute à passer d'un rôle de technicien volontaire avec une approche objectivante et mécanique à un rôle d'assistant du système nerveux autonome dans son travail d'autorégulation par une approche plus vivante et sensible du corps du patient en l'impliquant.

#### *2.2.2.3. Le toucher, contact et lien par l'interface de la main, extéroception et intéroception*

Dans sa thèse portant sur *l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps* par le médecin, Bancon souligne l'importance du toucher. Même si l'auscultation médicale n'est à proprement parlé ni un traitement, ni un acte ostéopathique, il est intéressant de la citer. A la différence du regard et de l'écoute, le toucher a une double implication induisant un échange entre le patient touché et le thérapeute touchant :

Le sens tactile concerne le corps dans son ensemble. Englobant toute l'étendue de la peau en surface et du ressenti en profondeur. Alors que le regard et l'écoute balayent en surface le corps examiné, le toucher va rejoindre l'autre dans son épaisseur. (Bancon, 2008, p. 80)

Dans un livre-témoignage, Cassourra, médecin-ostéopathe, parle lui aussi d'une manière similaire du toucher (ostéopathique), de son implication.

Le patient, le toucher, devient touchant et le touchant, le thérapeute, est touché. Dès lors s'effectue une rencontre de deux corps physiques, mais aussi de deux énergies, de deux espaces émotionnels, de deux espaces « mentaux ». L'un parle à l'autre et chacun dévoile une partie de ce qu'il est. (Cassourra, 2011, p. 43)

Il souligne la riche gamme des types de toucher possibles en lien avec autant de modèles ostéopathiques.

*Tableau 1*  
Modèles ostéopathiques et types de toucher associés

Modèles ostéopathiques	Type de toucher associé
Structurel volontaire	Physique, puissant, mobilisant les structures
Modèle crânien mécaniste	Dense, osseux, membranaire
Approche tissulaire (Tricot)	Syntonisation, synchronisation
Mécanisme respiratoire primaire (Sutherland, Becker)	Fluidique, rythmique
Modèle électromagnétique (Varlet)	Affleurage, virtuel, énergétique, lumineux

D'après Cassourra (2011, p. 44)

Cette variation des types de touchers peut être mise en parallèle avec celle d'une autre approche, la *pédagogie perceptive* présentée plus loin et qui définit les variations du contact manuel sous la notion de « main totale » constituée de trois touchers distincts à maîtriser : le toucher effecteur, le toucher percevant et le toucher sensible.

La main qui touche devient une interface entre deux mondes, celui du thérapeute et celui du patient. Cette main est munie de capteurs qui vont lui permettre de sentir le monde environnant. Le monde extérieur des perceptions extérieures (extéroception) (Tortora, Derrickson, 2007) vient à la rencontre de celui des perceptions intérieures (proprioception et intéroception) (Tortora, Derrickson, 2007; Prévost, 2014) pour les faire résonner et donner un sens à ce qui se passe à travers leur rencontre.

#### *2.2.2.4. La relation, rencontre, espace thérapeutique et empathie*

Cette rencontre se traduit par une relation entre le patient et le thérapeute et la création d'un espace thérapeutique temporaire commun aux deux, qui sera propice à la communication tissulaire. La qualité de présence, les compétences de l'ostéopathe et la distance juste entre les deux contribueront à établir cet espace, à le maintenir dans le respect de chacun le temps d'un traitement (Khoury, 2010). Le thérapeute devra témoigner de la compréhension pour les sentiments et les émotions que vit le patient, c'est à dire de l'empathie pour l'aspect positif qu'elle procure dans les croyances du patient en sa guérison (Messier-Painter, 2014), son ouverture au changement.

#### ***2.2.3. Réflexions contemporaines comme pistes de compréhension de la communication tissulaire***

Outre les modèles présentés et les explications données précédemment, et en excluant toute la recherche dite classique quantitative, rares sont les ouvrages ostéopathiques essayant de donner une vision globale de ce qui se passe entre nos mains lors d'un traitement en regard des plus récentes découvertes scientifiques. Nous en avons retenus quatre pertinents, ceux de P. Lee (2005/2011), N. Handoll (2001), P. Varlet (2009) et R. Lever (2013/2014).

##### *2.2.3.1. Paul Lee — Interface*

Dans la continuité des travaux de Fulford et sa vision vibratoire du monde, Lee se replonge dans les anciens écrits allégoriques de Still, notamment ses idées de corps terrestre et céleste, pour les éclairer d'un jour nouveau à la lumière des avancées scientifiques en physique quantique, en biophysique et en biologie cellulaire notamment, redéfinissant une nouvelle réalité de la matière et de la vie. Le mode de fonctionnement de la cellule et son

interaction avec son environnement sont revisités. L'effet piézoélectrique est présenté avec un parallèle à faire sur les effets du toucher ainsi que la découverte de caractéristiques étonnantes de l'eau comme vecteur d'information et messenger au sein de la globalité fasciale du corps humain en tenségrité (Lee, 2005/2011).

Dès que nous touchons notre patient et mettons à contribution le tissu conjonctif holographique et le mouvement qui l'anime, nous expérimentons la globalité... Le mouvement grossier qui est palpé dérive de ces minuscules opérations. Les mécanismes permettant de tels phénomènes sont omniprésents. Tout ce que nous avons à faire, en tant que praticien, c'est de nous assurer que cette impulsion de l'esprit [de vie] à mobiliser soit rétablie. Alors la santé revient. (Lee, 2005/2011, p. 312)

#### 2.2.3.2. *Nicholas Handoll — Anatomy of Potency*

C'est sur les encouragements de Rollin Becker que Nicholas Handoll a entrepris de rédiger son livre, *Anatomy of Potency*. Il y rappelle les découvertes scientifiques sur la matière et ses constituants auxquelles il incorpore des notions de physique quantique. Il définit ainsi une réalité constituée de champs électromagnétiques interagissant les uns avec les autres. Les tissus sont des champs. Le thérapeute et le patient peuvent alors être appréhendés comme des champs électromagnétiques individuels interagissant l'un avec l'autre durant un traitement ostéopathique. Cette interaction se fait au sein du champ d'énergie harmonieux de l'univers. Le thérapeute, par sa présence juste, offre la possibilité au corps du patient de détecter un désordre en son sein et ainsi de profiter de l'occasion pour se remettre en phase en quelque sorte avec l'ordre originel de l'énergie universelle (Handoll, 2001). La vision d'Handoll peut s'inscrire dans le modèle biodynamique avec un thérapeute maîtrisant le toucher sensible, énergétique et doté d'un savoir-être développé. Avec son approche quantique de la matière, Handoll donne une autre image possible du contact manuel en ostéopathie.

### 2.2.3.3. *Patrick Varlet — Ostéopathie somato-émotionnelle*

Moins tourné vers les idées philosophiques de Lee, Varlet, plus pragmatique, va plus loin que l'exploration de la matière de Handoll et cherche à donner des explications scientifiques au ressenti palpatoire de l'ostéopathe dans sa pratique. Il fait appel aux récentes découvertes en biophysique, aux présupposés de la relativité restreinte et de la physique quantique, notamment son aspect ondulatoire avec lequel il définit le toucher ostéopathique.

Pour lui, la rencontre thérapeute-patient constitue :

[...] un système fait de 3 éléments : le patient avec son champ quantique, le thérapeute avec son propre champ, et les mains du thérapeute qui n'ont qu'un rôle d'interface permettant l'échange informatif quantique. (Varlet, 2009, p. 155)

Outre ces aspects théoriques, il rappelle la composante émotionnelle du patient et son intérêt dans le traitement. Il développe également l'importance de l'état de conscience du thérapeute dans sa pratique, reprenant des essentiels de l'*approche tissulaire* de Tricot, puisque partie prenante de l'expérience sensorielle (Varlet, 2009). A l'image de Handoll, Varlet développe l'idée d'une variation des touchers en décrivant son contact par affleurage pour communiquer avec le monde sensible à travers les tissus.

### 2.2.3.4. *Robert Lever – Au point-repos d'un monde tournant*

A l'instar des trois auteurs précédents, Lever tente également une synthèse personnelle axée sur l'art et la philosophie de l'ostéopathie. Fort de sa longue expérience de praticien et d'enseignant en ostéopathie dite « crânienne », il retrace l'évolution de l'ostéopathie et ses différents courants et modèles depuis l'origine, notamment structurel et « crânien ». Il met en avant les découvertes des propriétés bioélectrique, piézoélectrique et oscillatoire du tissu vivant ainsi que l'importance de la mécanotransduction au niveau cellulaire dans un corps

fascial biotensègre (de son enveloppe corporelle jusqu'à la structure de chacune de ses cellules), vecteur d'information et d'unité, comme autant de caractéristiques donnant une double dimension au corps vivant, à la fois physique et énergétique, avec laquelle il faut apprendre à travailler, à communiquer dans une vision holistique englobante pour retrouver le chemin de la guérison.

[...] non seulement nous apprécions le contact extraordinaire que nous établissons avec le réseau de communication énergétique qui constitue le corps, mais nous nous approchons un peu plus d'un « mécanisme » par lequel la fusion du savoir, de la visualisation, de l'intention crée un outil de guérison essentiel et puissant. (Lever, 2013/2014, p. 197)

Les nouvelles découvertes scientifiques apportent des explications quant à ce qui se passe entre les mains de l'ostéopathe. Mais elles mettent également en avant, outre les qualités de savoir-faire à posséder, tant d'un point de vue structurel que d'une capacité à pouvoir « entraîner » par résonance le rythme oscillatoire du patient vers la santé, les indispensables qualités de savoir-être que doit développer à cet effet le thérapeute dans sa relation avec le patient. Les implications de la physique quantique avec le rôle participatif de l'observateur et les conditions d'effondrement de l'onde quantique notamment montrent à quel point l'échange entre le patient et le thérapeute peut être complexe et profond. Elles dévoilent l'état intérieur, présence, attitude et intention, que ce dernier doit adopter pour que l'échange se fasse dans la compréhension et le respect de l'autre par identification et avec empathie, compassion, humilité. Alors la santé peut émerger durant le traitement.

Pour Lever, la communication avec les tissus variera en fonction du modèle ostéopathique appliqué, structurel ou « crânien ». Complémentaires plutôt que divergents, il les voit comme « différents systèmes grammaticaux appliqués au même langage – le langage né de la « manière de voir » ostéopathique » (Lever, 2013/2014, p. 190).

Pour lui, cette multidimensionnalité de la relation patient-thérapeute doit être abordée avec plus d'ouverture. Il s'agit « d'utiliser la science là où c'est possible sans pour autant la mettre en conflit avec les aspects subjectifs et transcendants de notre expérience » (Lever, 2013/2014, p. 215). Avec ces mots et sans jamais la nommer, Lever nous oriente vers une approche phénoménologique de cette expérience vécue de l'ostéopathe en complément de la recherche scientifique classique. Cette approche sera présentée plus loin.

#### ***2.2.4. Place de la communication tissulaire et les limites de son étude en ostéopathie***

Comme il a été vu précédemment, la communication tissulaire en ostéopathie tient une place centrale en ostéopathie dans le traitement et le rapport du thérapeute avec le patient pour le ramener vers la santé. Malgré ce statut, c'est un concept qui en est encore aux prémises de son développement et que l'on peut expliquer par :

- Les quatre contraintes définies plus haut (professionnelle, personnelle, temporelle et langagière).
- Le besoin et les difficultés de construire des modèles de compréhension en fonction des connaissances et découvertes d'autres domaines de recherche sur l'être humain, son environnement et leur fonctionnement.
- L'apprentissage long et difficile que la communication tissulaire requiert pour être maîtrisée. Comme le dit Jealous, « it's hard work » (1997).

L'apparition remarquée et relativement récente de nouvelles réflexions et tentatives de synthèses sur l'ostéopathie, sa philosophie et ses modes de fonctionnement, ainsi que la reconnaissance de la profession dans plusieurs pays supportant le succès de cette approche

thérapeutique, traduisent une ouverture pour une meilleure compréhension de la discipline dont la communication tissulaire est un des piliers, et l'intérêt de son partage dans et à l'extérieur de la communauté ostéopathique.

Le type des données à étudier, basé sur le développement des perceptions et la maîtrise d'un ressenti ainsi que les qualités d'être pour y parvenir, échappaient encore récemment au mode opératoire de la recherche scientifique dite classique fondé sur l'objectivité des données. Il apparaît donc judicieux de rappeler l'apport auquel peut contribuer l'approche phénoménologique aussi bien dans cette découverte du monde environnant extérieur que dans son envers intérieur.

### **2.3. L'ouverture à la phénoménologie**

[...] for too long, the profession has suffered under the delusion that it must satisfy the rigours of scientific scrutiny for credibility. It has become apparent, within this study, that classical science is ill equipped to judge such an activity. (Psutka, 2009, p. 361)

A l'instar de Lever (2013/2014), Donnelly (2009) ou Ducoux (2012), Psutka fait le constat de l'inadéquation de la recherche dite objective pour aborder l'expérience subjective des ostéopathes dans leur pratique. L'exploration de la globalité du monde à la fois extérieur et intérieur, physique et psychique, à travers les perceptions sensorielles, notamment tactiles, de l'ostéopathe ainsi que sa relation avec lui-même et avec l'autre, le patient, et l'environnement nécessitent un savoir-faire mais surtout un savoir-être qui semblent mal adaptés aux contraintes de la recherche scientifique dite « dure ». La recherche d'explications et d'une compréhension de phénomènes perçus individuellement, et pour lesquels les études inter-juges offrent de pauvres résultats, incite au développement d'un autre type de recherche que l'on retrouve plus spécifiquement dans les sciences dites « molles », telles la psychologie, la

sociologie. La phénoménologie est un autre exemple intéressant car ayant pour but d'étudier les phénomènes à la recherche de leur essence à travers l'expérience vécue. A l'opposé de l' « *Evidence-based medicine* » et de son principe d'objectivité, l'approche phénoménologique peut intégrer pleinement la part subjective qu'implique la pratique ostéopathique notamment dans un des aspects spécifiques, son outil de travail, la palpation, pilier de la communication tissulaire. Ce type de recherche peut aller chercher des informations très pertinentes et rares pour le développement de l'ostéopathie, de ses outils et de sa compréhension.

Bancon (2008) rappelle l'effort de la phénoménologie pour redonner sa place au corps subjectif dans un monde scientifique et médical dont l'objectivité croissante et réductrice peut le rendre déshumanisant. Le corps redevient une source de connaissance. Les développements récents de la phénoménologie, qui seront rappelés, ouvrent de nouvelles perspectives avec l'émergence de nouveaux concepts tel celui de l'*Embodied Mind*, traduit par *cognition incarnée* en français, dans lequel notre ouverture au monde et nos perceptions à travers le corps et l'esprit deviennent un terrain d'exploration privilégiée pour la compréhension de l'environnement et de soi.

### **2.3.1. *Les premiers pas de la phénoménologie en ostéopathie (Becker, Comeaux, Ducoux, Roche)***

Certains ostéopathes ne s'y sont pas trompés et ont adopté cette approche pour creuser plus profond dans la compréhension du rapport thérapeute-patient en ostéopathie et le monde des perceptions. Donnelly (2009) nous le rappelle dans son compte-rendu d'un congrès d'ostéopathie tenu en 2008 à Berlin sur le thème du rapport corps-esprit : *Feel, think, treat*.

[...] but here the phenomenological position was clearly adopted without challenge, and widely seen as an alternative to the reductionist hegemony of western medical science in the study of the human being. (Donnelly, 2009, p. 142)

### *2.3.1.1. Pertinence de l'approche phénoménologique*

La pratique de l'ostéopathie requiert la maîtrise d'un double monde, celui du corps, de la matière, celui de l'esprit, de l'analyse, de l'interprétation et leur intrication, une sorte de corps sensible. Le monde du corps est abordé par nos différents sens de perception qu'ils soient tournés vers l'extérieur et le monde environnant avec ce qu'on appelle l'extéroception ou vers l'intérieur et les sens de cette nouvelle notion d'intéroception donnant un aperçu du ressenti intérieur à la fois du percevant ou de son monde environnant. Ce monde subjectif des sens définit la relation au monde et la notion de savoir-être si importante en ostéopathie. Longtemps décriée et réduite au minimum dans la recherche, cette subjectivité reprend donc une place de choix à travers la phénoménologie capable d'aller creuser dans la richesse des ressentis et la verbalisation d'un vécu. Le livre autobiographique de Cassourra (2010) sur son parcours ostéopathique en est un vivant témoignage qui permet de partager une expérience vécue tout en présentant des modèles et un cheminement d'apprentissage instructif.

### *2.3.1.2. Les anciens ostéopathes*

À sa manière, Still essayait de transmettre sa perception d'un monde du vivant merveilleux par sa justesse et son organisation à travers ses allégories et autres métaphores ayant pour origine le divin. Sutherland, à la fin de sa vie, se sentant si proche du divin, utilisa un chemin semblable empruntant à la Bible des expressions pour éclairer sa propre vision du mécanisme à l'œuvre dans l'être humain. Mais Becker fut peut-être le premier à essayer de décrire en profondeur et à poser des mots moins connotés religieusement et plus en rapport avec les dernières découvertes scientifiques le lui permettant sur son ressenti du phénomène dans sa pratique clinique. On peut penser qu'ils essayaient tous les trois de mettre en mots une expérience personnelle et de la transmettre en essayant de préserver sa dimension profonde.

### 2.3.1.3. *Pierre Tricot*

Pour la rédaction de ses livres présentant son modèle de l'*approche tissulaire*, Tricot a lui aussi suivi en quelque sorte le même chemin pour donner un sens et une explication à sa démarche. Il l'a basée sur une remise à plat de ses sensations tactiles et de ses perceptions pour bâtir son propre modèle par un processus inductif plutôt que déductif, la découverte de perceptions sensorielles initiales préreflexives, sans analyse intellectuelle dans un premier temps.

### 2.3.1.4. *Zachary Comeaux*

Dans ses explications et la présentation de sa compréhension de l'ostéopathie, Comeaux se réfère volontiers à la phénoménologie en citant les précurseurs tels que Goethe, Husserl, Heidegger ou encore Merleau-Ponty et son livre sur la phénoménologie de la perception. Cette approche définit pour lui une voie possible d'exploration de l'être humain en tant que tout avec sa double nature à la fois matérielle et énergétique. Le thérapeute doit présenter des qualités d'être certaines dans sa relation avec le patient pour une optimisation de l'échange et de meilleurs résultats. Pour Comeaux, Sutherland, Fulford et Becker ont adopté en quelque sorte une telle approche en essayant chacun à leur manière de mettre en mots leur ressenti clinique. S'appuyant sur les écrits de Merleau-Ponty, il rappelle que faire partie du monde est un bon point de départ pour apprendre, que cela nous permet d'étudier comment nous construisons notre monde et qu'il faut préserver et valoriser le point de vue personnel de chacun que le « formatage » socio-culturel et éducatif a tendance à faire disparaître. Le but du jeu est d'arriver à combiner le cerveau gauche et sa puissance analytique avec le cerveau droit et l'intuition créatrice pour aborder le patient et son problème dans sa globalité durant le traitement (Comeaux, 2014).

#### *2.3.1.5. Bruno Ducoux*

Ducoux quant à lui aborde frontalement la phénoménologie pour traiter de la complexité de la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute dans le traitement ostéopathique. Pour lui, il s'agit de retrouver la sensation première et de développer son ouverture au monde en faisant appel notamment au cœur comme outil de perception. Il est également partisan dans ce sens de la mise en place d'un processus inductif, l'information passe par les tissus du patient pour aller vers le cerveau du thérapeute via l'interface des mains, plutôt que déductif où le savoir et l'analyse s'appliquent intellectuellement sans véritable écoute des tissus (Ducoux, 2012).

#### *2.3.1.6. Emmanuel Roche*

Le premier ostéopathe abordant l'approche phénoménologique comme un véritable outil de recherche est peut-être Roche qui dans ses récents articles explorent la phénoménologie de la perception dans le contexte ostéopathique (2014) et, avec la collaboration du professeur Gens, l'émergence du sentiment dans l'écoute de l'ostéopathie manuelle (Roche, Gens, 2014). Le choix de l'approche phénoménologique a été privilégié comme véhicule de partage d'une vision de l'ostéopathie avec des collègues médecins ou psychologues abordant eux aussi les rapports de l'être humain et son environnement car elle permet justement d'exploiter le vécu et les perceptions du thérapeute lors du traitement et de leur trouver des pistes d'explications.

### ***2.3.2. De la phénoménologie à l'ostéopathie***

Dans cette section, un rappel de l'évolution de l'approche phénoménologique et certaines de ses étapes sera fait jusqu'à la présentation succincte d'un exemple d'application

proche de l'ostéopathie, la *pédagogie perceptive*. Par leur congruence et leur pertinence avec l'ostéopathie et sa manière de voir l'être humain, elles donneront des pistes pour l'analyse des entrevues réalisées et la compréhension du concept de communication tissulaire par les ostéopathes.

### 2.3.2.1. *Edmund Husserl et Maurice Merleau-Ponty*

Husserl décrit la phénoménologie comme la science des phénomènes, permettant d'aborder l'essence même des choses, de les révéler telles qu'elles apparaissent à la conscience, au plus près de leur réalité, au-delà des pré-conceptions communes. Il définit pour cela une sorte de manière de faire, l'*epoché*, qui consiste à suspendre toute réflexion mentale pour laisser venir l'information avant de la saisir et de la traiter. Ce matériel subjectif recueilli devient le substrat de la recherche en lien direct avec la perception dont le chercheur doit en extraire le sens, l'essence. Les données sont recueillies à la source, celle du partage de l'expérience vécue des participants. Leur étude permet d'en faire émerger les thèmes communs.

Il est à noter qu'au niveau du vivant la phénoménologie fait un distinguo entre le corps physique de l'homme, le « Körper » et le corps vivant, le corps sensible, le « Leib ». Cette distinction est très intéressante dans le cadre de l'ostéopathie car elle intègre une double dimension du corps de l'homme rappelant les images de Still et élargit les types de communication possibles.

Dans sa phénoménologie de la perception, Merleau-Ponty reprend ces aspects pour décrire la relation et l'ouverture au monde au travers d'une corporéité et de ses sens : dans la profondeur du physique se trouve un sensible.

C'est dans l'épreuve que je fais d'un corps explorateur voué aux choses et au monde, d'un sensible qui m'investit jusqu'au plus individuel de moi-même et m'attire aussitôt de la qualité à l'espace, de l'espace à la chose et de la chose à l'horizon des choses, c'est à dire à un monde déjà là, que se noue ma relation avec l'être. (Merleau-Ponty, 2010, 4<sup>ème</sup> couv.)

Le corps devient ici à la fois un point de vue sur le monde tout en étant l'un des objets de ce monde. Comme le souligne Blanchet (2009) :

Merleau-Ponty parvient dans un même mouvement à dépasser le réalisme de la pensée objective et à renouveler le sens de la subjectivité qu'il caractérise comme subjectivité incarnée, une conscience qui est en se tournant elle-même vers la transcendance du monde. (Blanchet, 2009, p. 67-68)

### 2.3.2.2. *Francisco Varela – Autopoïèse, éaction et neuro-phénoménologie*

Francisco Varela, neurophysiologiste de formation, a développé avec son collègue Humberto Maturana une vision du vivant qui rejoint l'approche phénoménologique de Merleau-Ponty. Il a élaboré le concept d'*autopoïèse* qui souligne la caractéristique spécifique du vivant, celle de s'auto-produire, qu'il s'agisse d'une cellule, d'un être humain ou tout autre système vivant opérationnellement clos dans un environnement. Viard (2014) cite Varela:

Un système autopoïétique est organisé comme un réseau de processus de production de composants qui : (a) régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interaction le réseau qui les a produits et qui (b) constituent le système en tant qu'unité concrète dans l'espace où il existe, en spécifiant le domaine topologique où il se réalise comme réseau. (Viard, 2014, p. 115)

Ce concept d'*autopoïèse* rappelle certains principes retenus par Still pour définir les capacités du corps humain en ostéopathie : unité fonctionnelle, capacité d'autorégulation et interrelation structure-fonction. Ils symbolisent la capacité qu'a le vivant de s'adapter à son environnement par un processus dynamique et autonome mêlant action et connaissances. Ainsi pour Varela, « Le monde tel que nous le percevons n'est pas indépendant de celui qui le perçoit, sujet et objet, celui qui sait et ce qu'il sait sont la spécification réciproque et simultanée l'un de l'autre » (Coste, 2003). Par cette voie, il s'appuie sur la phénoménologie d'Husserl et

Merleau-Ponty et dépasse l'opposition traditionnelle entre subjectivité et objectivité. Se refusant à réduire l'homme à un « paquet de neurones » comme Crick, Varela tend à « réhabiliter la corporéité de l'intelligence cognitive » (Coste, 2003). Il considère la perception comme un acte et toute connaissance comme le résultat d'un apprentissage réalisé à travers le corps d'où sa théorie d'*embodied mind* ou *cognition incarnée* qui définit son modèle *l'énaction* enjoignant de développer la part et l'intérêt de l'expérience propre qui est immédiate en plus de l'analyse issue d'un construit lui au fil du temps. Enacter un apprentissage, « c'est produire l'activité motrice nécessaire à la construction d'un jeu de perceptions effectives, constitutives de la prise de connaissance efficace de l'expérience vécue. » (Gaillard, 2007 - novembre, p. 4). Le corps et l'esprit ne font qu'un, entrelacés et vivants l'un à travers l'autre pour explorer le monde. Cette approche correspond bien à la vision de Still d'un homme union d'un corps terrestre et d'un corps céleste et peut ouvrir la voie à une compréhension du phénomène notamment en ostéopathie avec le thérapeute partant à la découverte d'un monde multi-niveaux dont celui du patient, le sien, l'environnement et la résonance entre les trois.

L'exploration scientifique du vivant nécessite alors pour Varela une autre façon de faire pour laquelle il a proposé un protocole scientifique en 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> personnes. La 1<sup>ère</sup> personne vit l'expérience et la ressent, la 3<sup>ème</sup> personne la conceptualise en quelque sorte et entre les deux se place un intermédiaire capable de « traduire » les ressentis dans un langage adapté. Varela insiste sur la qualité de présence et de réceptivité nécessaire, l'*epoché*, qui n'est pas sans rappeler le « Be still and know », « Apaise-toi et sache... » de Sutherland (Brooks, 1997/2012, p. 68). Ouvert au monde, le chercheur est à l'écoute de sa perception et laisser ainsi remonter l'information sans jugement pré-construit. Au final, Varela a résumé sa pensée

en citant le poète Machado : « Il n'y a pas de chemin. Le chemin se fait en marchant » (cité dans Coste, 2003).

### 2.3.2.3. *Pierre Vermersch – Explicitation et psycho-phénoménologie*

Durant son apprentissage pour la maîtrise d'un savoir-faire, l'homme développe des habiletés, une expertise qui lui permet d'intégrer un grand nombre de données de façons optimale. À la manière d'un enfant qui apprend à marcher, il passe par différentes phases qui vont automatiser le mouvement le rendant fluide, efficace et sortant de son champ de conscience. Sa capacité est intégrée. Il ne se pose plus de questions sur le comment. Mais quand il s'agit de l'expliquer pour le partager par exemple, un nouvel effort doit être fait en sens inverse pour revenir dans ce comment et le verbaliser. Vermersch, psychologue de formation, a développé un outil, *l'entretien d'explicitation* (2014), qui vise au travers de la rencontre avec la personne détentrice de l'information vécue à l'amener par des prises de conscience successives à retrouver le chemin d'une connaissance particulière et ses étapes devenues inconscientes pour les verbaliser. Ce procédé peut être appliqué à soi-même en tant que chercheur sous la forme d'une auto-explicitation.

Jacques Gaillard (2007) revient également sur l'intérêt de l'approche psycho-phénoménologique dans l'étude de l'expérience subjective basée sur ce qu'il appelle la présence attentive et l'éprouvé sensoriel lors d'une activité corporelle, deux notions indispensables à l'établissement d'une communication tissulaire optimale par des qualités de savoir-être et de savoir-faire.

#### 2.3.2.4. Bois – *Sensible et pédagogie perceptive*

Pour clôturer cet apport potentiel de l'approche phénoménologique en ostéopathie et dans la compréhension du concept de communication tissulaire, la *pédagogie perceptive* de Bois (2007) peut être donnée à titre d'exemple concret de ce qui peut être fait. Cet exemple est d'autant plus intéressant que basé au départ sur l'apprentissage de la fasciathérapie, proche de l'ostéopathie (voir paragraphe sur Danis Bois ci-dessus), on peut trouver à travers les thèses et mémoires produits sur le sujet des informations très pertinentes pour la communication tissulaire en ostéopathie. L'article sur une psycho-phénoménologie de la pratique du « point d'appui » rédigé par Berger et Vermersch (2006) en est une illustration convaincante, traitant de ce qu'on peut appeler la mise en place d'un fulcrum en ostéopathie par une approche psycho-phénoménologique et l'outil d'auto-explicitation développé par Vermersch (2014). D'autres notions sont également développées dans cette approche notamment celle du *paradigme du Sensible* reposant sur trois (3) piliers fondamentaux (Bois, Austray, 2007, p. 15) :

- 1- *Le mouvement interne ou animation autonome de l'ensemble des tissus du corps* que le sujet peut percevoir quand il se tourne vers son intériorité et que les ostéopathes connaissent bien ;
- 2- *la notion de potentialité* sorte de *force de croissance qui guide l'être humain pour qu'il déploie ce qui existe en puissance dans sa propre intimité* ;
- 3- *le rapport du sujet avec sa propre intimité* présentant le *Sensible comme un acte spécifique de perception* et dans lequel le sujet se perçoit percevant. Ce *Sensible* devient accessible par un toucher sensible à travers « ce corps qui déploie et actualise sa sensibilité potentielle au-delà même des capacités de perception habituelles du sujet » (Bois, Austray, 2007, p. 2). Le thérapeute est capable de contacter en lui cette dimension sensible vivante. Mais il peut également le faire chez l'autre avec une main aguerrie devenue sensible. Dans le traitement, le thérapeute peut percevoir la

qualité d'adaptation du patient à son environnement à travers l'indicateur que constitue le *psychotonus* au sein des tissus du patient, expression de sa force de vie et de son identité. C'est ainsi que « le thérapeute prend en compte ces modulations et les harmonise au fil du traitement ; le patient, quant à lui, est invité à les percevoir et, par la voie de l'éprouvé, à en comprendre la signification » (Bois, cité par Courraud, 2007, p. 36). L'existence de différents types de toucher définissant la « *main totale* » apte à contacter les multiples facettes d'un même monde, le *toucher effecteur*, le *toucher percevant* et le *toucher sensible* (Bourhis, 2012) qui pourraient être mis en parallèle avec les types de toucher employés en ostéopathie dans chacun des trois modèles définis ci-dessus, le modèle structurel - effecteur, le modèle vitaliste - percevant et le modèle biodynamique - sensible pour établir et maintenir la communication tissulaire.

### 3. Justification et but de la recherche

La recension des écrits a conduit à faire le constat de la relative rareté des informations sur le concept de la communication tissulaire qui n'est abordée le plus souvent que dans sa forme et beaucoup moins dans son fond. Les raisons ont été données au travers des contraintes énumérées : professionnelle, personnelle, temporelle, langagière et des difficultés à modéliser et à conceptualiser sur la base de ressentis sensoriels le schéma de nos perceptions mises à contribution dans le rapport thérapeute – patient lors du traitement.

L'évolution des modèles ostéopathiques dans la lignée traditionnelle et d'autres inspirés d'elle, ainsi que les travaux de synthèse entrepris par certains ostéopathes ces dernières années pour essayer de comprendre le langage de la vie dans les tissus du patient, révèlent l'émergence d'une ouverture grandissante vers les récentes découvertes scientifiques et leur intégration possible dans les explications de ce qui se passe entre les mains du thérapeute durant le traitement et au-delà. Mais ces références restent rares.

En concordance avec cette nouvelle tendance dans la recherche ostéopathique, l'approche phénoménologique a été mise de l'avant pour présenter sa pertinence et sa capacité à aller chercher et à intégrer tout un autre pan d'informations propre à la double nature de l'homme, à la fois physique et mental, au travers du concept de cognition incarnée et l'exemple de la *pédagogie perceptive* proche de l'ostéopathie. L'étude de la communication tissulaire d'un point de vue phénoménologique offre la possibilité de mieux incorporer la dimension vivante de la relation patient-thérapeute mais aussi celle du corps du patient. Elle permet de dépasser l'aspect physique purement mécanique, structurel et de considérer l'être entier. Elle peut ainsi laisser de la place à la dimension électromagnétique (énergétique) du

corps du patient et souligner l'importance de la présence (qualité et profondeur) du thérapeute par exemple dans la relation de soin à ce niveau-là. Cette approche ouvre des champs d'investigation nouveaux pour aborder la profondeur de ces échanges thérapeute-patient. La complexité et la subtilité parfois de ces derniers les rendent invisibles pour l'essentiel.

En s'inscrivant dans ce contexte émergent ou momentum, la description du concept de communication tissulaire perçu au travers du vécu d'ostéopathes (ressenti et croyances) et mise en lien avec des recherches s'intéressant à la corporéité intelligente et la sensibilité du corps de l'homme, offre l'opportunité d'explorer un domaine encore mal connu. Elle peut de la sorte contribuer à donner des pistes ou éléments de réponse aux membres de la communauté ostéopathique qui s'interrogent, étudiant ou praticien expérimenté, jusqu'au public pour qui le travail de l'ostéopathe peut paraître parfois mystérieux.

## **4. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Dans ce chapitre seront détaillés le type de recherche qui a été choisi, les étapes suivies en vue de sa réalisation ainsi que les critères de validation de la recherche retenus.

### **4.1. Type de recherche**

Afin d'aborder la compréhension du concept de la communication tissulaire par les ostéopathes, qui reste une expérience pour laquelle le vécu des participants demeure la principale source d'informations, nous avons opté pour une approche qualitative phénoménologique (Paillé, 2009a, 2009b) de type descriptive dans la tradition husserlienne qui met l'accent « sur la description d'un phénomène tel qu'il est rapporté et vécu par le patient » (Fortin, 2010, p. 275). Comme outils de récolte des données, la réalisation d'entrevues semi-dirigées a été retenue car jugée la plus appropriée pour recueillir le témoignage d'ostéopathes sur leur expérience individuelle de la communication tissulaire avec l'expression d'informations sur leur ressenti, leurs perceptions et leurs croyances. La formule questionnaire a été considérée comme trop fermée et l'option des groupes de discussion (focus group) comme pouvant limiter l'ouverture à un vécu personnel en présence d'un groupe de collègues ostéopathes.

Au fil de la recherche et sur une base évocatrice des plus récentes recherches scientifiques, une revue de littérature a été bâtie en adéquation avec les notions présentées et les orientations données sur le sujet. Le but de la recherche étant d'explorer leur compréhension du concept de communication tissulaire.

## **4.2. Identification des phénomènes et du concept étudiés**

Pour bien cerner ce concept de communication tissulaire, nous avons défini quatre (4) axes d'exploration de ce concept pour recueillir les propos des participants:

- la définition ou représentation qu'ils en donnaient ;
- l'expérimentation qu'ils en faisaient dans leur pratique au quotidien ;
- la voie d'apprentissage qu'ils privilégiaient ;
- le cadre théorique sous-tendant leur compréhension du phénomène.

## **4.3. Stratégie d'échantillonnage**

Le but de la recherche étant d'explorer la compréhension du concept de communication tissulaire dans la pratique de l'ostéopathie, nous avons jugé utile de constituer un groupe de participants aussi représentatif que possible de la réalité. À cet effet, nous avons rencontré des ostéopathes des deux sexes, d'âges différents et avec des expériences personnelles variées tous issus de la veine dite traditionnelle et démontrant un intérêt pour le sujet.

### **4.3.1. *Revue de littérature***

Comme point de départ de la recherche et en préparation aux rencontres avec les ostéopathes et la variété des réponses envisagée, le chercheur a orienté dans un premier temps ses lectures, outre les connaissances conventionnelles de type anatomo-physiologique en lien avec le sujet, vers des écrits (sources secondaires et primaires) dans la tradition crânienne

abordant et développant le thème de la communication tissulaire, notamment les livres de Rollin Becker, Jacques Andréva-Duval et Pierre Tricot. Des bases de données spécialisées en ligne telles que *Medline*, *Pubmed* ou *osteopathicresearch.com* ont été consultées avec très peu de résultats. La principale ressource fut la bibliothèque du Collège d'Études Ostéopathiques aussi bien pour les livres que pour les magazines ostéopathiques tels le *JAOA*, l'*IJOM* ou encore *Ostéopathie Précisément*. Au fil des sources rencontrées, des recherches directes ont été faites par nom d'auteur ou thème sur internet. À partir de ce substrat original de références pertinentes collectées, de premières pistes (sources primaires) potentiellement connexes au sujet ont été explorées (Fortin, 2010). Tout au long des entrevues et des réponses obtenues, des réorientations successives ont été effectuées par itération pour étoffer, creuser et détailler les données progressivement collectées (Poupart, 1997). La communication tissulaire reste un sujet encore assez inexploré. Peut-être est-ce dû au fait que d'après le chirurgien M. Guimberteau, reconnu mondialement pour ses images des tissus en endoscopie (conférence CEO en novembre 2014), la recherche d'après-guerre a délaissé l'étude des tissus au profit de l'organisation interne de la cellule et du code génétique.

#### **4.3.2. Population**

Dans le but d'obtenir un groupe représentatif de participants pour répondre à nos questions, nous avons opté pour deux populations d'ostéopathes, les « ostéopathes expérimentés » et les « ostéopathes intéressés » comme sources de données premières.

- Les « ostéopathes expérimentés » :
  - hommes ou femmes, sélectionné(e)s par choix raisonné (Fortin, 2010) ;
  - diplômé(e)s en ostéopathie avec au moins 10 ans d'expérience ;

- ayant développé et exprimé une réflexion sur le sujet (rédaction de livres ou articles, conférences, enseignement) ;
  - membres d'une organisation professionnelle de la communauté ostéopathique.
- Les « ostéopathes intéressés » :
- hommes ou femmes sélectionné(e)s par réseaux ou effet boule de neige (Fortin, 2010) connu(e)s pour leur intérêt du sujet ;
  - diplômé(e)s en ostéopathie avec au moins 5 ans d'expérience pour avoir eu le temps d'intégrer leur cursus ;
  - membres d'une organisation professionnelle de la communauté ostéopathique.

#### ***4.3.3. Recherche de l'adversité***

Au final, nous n'avons pas eu l'occasion ni recherché spécifiquement à rencontrer des ostéopathes opposés au concept de communication tissulaire. La diversité des définitions données a suffi pour créer une profondeur suffisante à l'étude de ce concept.

#### ***4.3.4. Pertinence de la stratégie***

Outre le besoin de répondre aux questions de recherche sur la base d'un échantillon représentatif de la communauté ostéopathique, le choix de deux populations a également été envisagé pour tenter de faire ressortir l'évolution de cette compréhension au fil d'une vie de pratique ostéopathique.

#### **4.4. Description des outils de collecte de données**

Les ostéopathes jugés intéressants ont été approchés principalement par internet avec l'envoi d'une lettre de recrutement (annexe C) ou directement, pour ceux situés dans l'entourage du chercheur. En cas de réponse positive, un *questionnaire de sélection* (annexe D) a alors été envoyé toujours par internet pour que le participant puisse donner des informations sur son cursus personnel et confirmer son intérêt pour le sujet. Une fois la réponse obtenue, il a été convenu d'un rendez-vous pour entrevue aux conditions du participant.

##### **4.4.1. Questionnaire**

Le questionnaire envoyé lors de la sollicitation de chacun des ostéopathes devait permettre de « situer » chacun des participants en connaissant mieux son expérience ostéopathique, ses origines ainsi que son estimation personnelle de la connaissance du sujet. Ne voulant pas influencer les participants sur le thème à aborder en entrevue dans l'objectif d'aller chercher leur vécu dans l'échange, seule une définition évocatrice de la communication tissulaire leur a été demandée. Elle a servi à démarrer les entrevues accordées.

##### **4.4.2. Entrevue semi-directive, enregistrement audio et analyse des données**

###### *4.4.2.1. Méthode de collecte des données*

L'entrevue semi-dirigée a été considérée comme le meilleur outil de collecte des données car elle représente « l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se parle. L'entretien exploratoire vise à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir

desquels les pratiques se structurent.» (Blanchet et Gotman, 1992; cité dans Bancon, 2008, p. 16). Onze (11) entrevues ont été menées à partir d'un squelette (Paillé, 1991; Demers, 2003; Savoie-Zajc, 2009a) de questions ouvertes reprenant le thème des sous-questions de recherche afin d'aller chercher le vécu des participants. Bien que le processus de la recherche soit itératif (Poupart, 1997), le cœur de ce squelette a été conservé tout au long de la recherche. Ce squelette a été construit pour que l'entrevue en tête à tête puisse durer environ une heure dans un lieu choisi par les participants.

Dans l'optique de pouvoir retranscrire sous forme de verbatim les échanges entre les participants et le chercheur, un enregistrement audio a été réalisé avec l'application Smart Voice Record<sup>©</sup> installée sur un téléphone Google<sup>®</sup> Nexus<sup>©</sup>.

La retranscription des propos a été faite mot à mot en essayant de rester fidèle au rythme et à l'ambiance des échanges en notant les moments de silence, les hésitations, les rires ou encore des mouvements physiques particuliers effectués par les participants, etc. Chaque résultat a été envoyé sous forme de verbatim au participant correspondant via internet pour son approbation afin de pouvoir démarrer officiellement l'analyse des données. L'anonymat des participants a été préservé par un codage de la cueillette de leurs données. Ces dernières sont conservées pour une période de 5 ans dans un endroit sûr pour des raisons éthiques.

#### *4.4.2.2. Méthode d'analyse des données*

Le type d'analyse choisi a été celui de l'analyse thématique. Qui s'est faite en deux temps à partir du matériel récolté.

Analyse individuelle de chaque entrevue : Chaque entrevue a été analysée individuellement afin de cerner les propos de chaque participant, souligner les unités de sens

et les passages pertinents en les regroupant par thème. Le logiciel de codage MAXQDA (version 11) a été utilisé à cet effet. Puis un résumé en deux temps de chaque verbatim a été réalisé en conservant l'unité et la cohérence des propos du participant. Le premier temps a consisté à résumer chacune des dix entrevues indépendamment. Puis fort de cette expérience, il a été procédé à un second résumé, résumé de résumé en quelque sorte, pour les présenter dans le même format. Le résultat constitue la première partie du chapitre *Résultats*.

Analyse transversale des thèmes émergents : Les codages de chaque entrevue ont été repris et recoupés en les regroupant en fonction des quatre axes d'exploration choisis : représentation, expérimentation, apprentissage, cadre théorique pour faire émerger les thèmes transversaux. Le résultat constitue la seconde partie du chapitre analyse.

#### **4.5. Critères de validité de la recherche**

Pour donner de la validité à la recherche, plusieurs critères ont été observés.

##### **4.5.1. Validité interne**

Afin de maximiser la validité interne de la recherche, une première mouture du squelette d'entrevue a été discutée au téléphone avec une spécialiste de la recherche à l'UQÀM, Sylvie Fortin, qui a insisté sur le besoin d'ouverture et d'évocation des questions. Le squelette d'entrevue fut pré-testé par la suite auprès d'une ostéopathe non participante pour assurer une certaine cohérence et fluidité lors des entrevues officielles.

Chaque verbatim obtenu suite à la cueillette des données a été envoyé au participant correspondant pour qu'il ou elle puisse corriger, modifier, développer ou encore préciser ses propos.

#### **4.5.2. *Biais et gestion de la subjectivité***

Cette recherche se veut descriptive à tendance exploratoire afin de laisser émerger le vécu des participants sur leur expérience de la communication tissulaire. Le chercheur a sa propre expérience du phénomène puisqu'il pratique l'ostéopathie lui aussi. C'est donc dans un effort d'objectivité afin de limiter les biais liés à ce constat que le chercheur tiendra un journal de bord (annexe I) abordant différents aspects tels qu'énoncés par Savoie-Zajc (2009c), quatre catégories : le contexte de collecte des données, la prise de notes personnelles au fil de l'évolution de la recherche et secondairement, des notes méthodologiques ou théoriques. Il s'agit d'une démarche réflexive qui donne au chercheur le moyen de se distancier de ses croyances pour mieux accueillir celles de ses participants. Elle lui permet de se recentrer à l'occasion.

De plus, nous avons demandé la participation de deux collègues ostéopathes non impliquées dans la recherche pour valider l'homogénéité de l'analyse des verbatim à la fois sur les unités de signification retenues en regard du sujet et sur leur pertinence. Ce travail de validation a été effectué sur une partie des données recueillies, soit des passages de deux verbatim. Un seuil d'acceptation concluante a été fixé à 75%.

Au sujet de l'outil de cueillette des données proprement dit, l'entrevue semi-dirigée, et l'expérience très relative du chercheur dans ce cas, nous avons opté au début pour la rencontre d'ostéopathes faciles d'accès afin de fluidifier l'exercice au fil des rencontres sachant que les participants maîtrisaient bien leur sujet et étaient très ouverts à en discuter.

### **4.5.3. *Triangulation***

L'outil principal de collecte de données a été l'entrevue semi-dirigée. Par souci d'objectivation, de structuration et de corroboration des données (Savoie-Zajc, 2009c), nous avons offert aux participants la possibilité de compléter, modifier, annoter le résultat collecté avant de donner leur approbation ce qui donnait à chacun un moyen de valider ses dires avec une dimension temporelle objectivante.

De plus, la recension des écrits nous a permis de trianguler les données en comparant les sources premières, bien que limitées, avec les propos de vécu rapportés dans les entrevues. Le questionnaire a pu lui aussi participer partiellement à cet effort sur la question de la définition de la communication tissulaire. Mais dans un cadre phénoménologique, la comparaison des vécus des participants définit une inter-subjectivité qui a valeur objective en laissant émerger les structures et points communs à tous.

### **4.5.4. *Saturation des données***

L'outil choisi de collecte de données dans le cadre de cette recherche de type phénoménologique a été l'entrevue semi-dirigée. Dans ce type de recherche, du fait du choix de la méthode de collecte retenue, l'entrevue semi-dirigée, et de sa longueur (50 à 75 minutes) une population de cinq à vingt participants est le plus souvent suffisante (Fortin, 2010). Onze ostéopathes ont été rencontrés et dix retenus au final. Une seule personne n'ayant pas souhaité approuver son verbatim par manque de temps. Une saturation des données a été obtenue avec ce chiffre et le type de sujet choisi selon le concept de « saturation théorique » de Glaser et Strauss cité par Savoie-Zajc (2009d).

#### **4.5.5. *Considérations éthiques***

Le code éthique du chercheur (Fortin, 2010; Savoie-Zajc, 2009b) a été respecté. Le chercheur a veillé à présenter le but et les objectifs de sa recherche à chacun des participants. Il en a été de même des divers formulaires de consentement : participation à la recherche, enregistrement audio et anonymat (annexes E, F, G). En tout temps ils ont été libres de se retirer de la recherche. Ce qu'un des participants a fait avant l'approbation de son verbatim entraînant son exclusion.

Bien que chacun des participants ait donné son accord pour être nommé ou cité au besoin et donc ne pas être sous le couvert de l'anonymat, les données récoltées ont été encryptées et stockées sur une clé USB et déposée en lieu sûr pour une durée de 5 ans.

## **5. RÉSULTATS**

### **5.1. Population et caractéristiques**

#### ***5.1.1. Taille de la population***

Dans le cadre de cette recherche, onze (11) entrevues en tête à tête ont été réalisées avec des ostéopathes, soit sur leur lieu de travail, soit dans un lieu public de leur choix. Deux (2) d'entre elles ont été menées via Skype pour des raisons d'éloignement géographique. Toutes les entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim mot à mot. Dix (10) de ces verbatim ont été approuvés au final et ont servi de base à l'analyse. Un (1) verbatim a été retiré de l'ensemble, le participant jugeant impossible de le mettre à niveau dans son peu de temps disponible.

Au sein de cette population, deux (2) groupes se distinguent par souci de représentation de la communauté ostéopathique et en relation avec le concept de communication tissulaire : un ensemble de cinq (5) participants appelés ostéopathes expérimentés (E) et un autre de cinq (5) membres appelés ostéopathes intéressés (I).

#### ***5.1.2. Caractéristiques de la population***

Les données démographiques des ostéopathes participants ont été rassemblées dans le tableau ci-dessous. Les ostéopathes expérimentés (E) précèdent les ostéopathes intéressés (I).

*Tableau 2*  
Données démographiques du corpus

	Sexe	Années expérience	Formation antérieure	Formations supplémentaires	Enseignement	Rédaction livres, art.	Approche ostéopathique
E1	H	30+	Medical Doc.	Philosophie	Oui	Oui	Vibratoire/harmonique
E2	H	30	Kinésithérapie	Psychologie	Oui	Oui	Biodynamique /crânien
E3	H	30	Kinésithérapie	Somato-émotionnel	Oui	Oui	Biodynamique / Somato-émotionnel
E4	H	30	Kinésithérapie		Oui	Oui	Approche Tissulaire
E5	H	25	Droit	J.-A. Duval	Oui	Oui	Biodynamique /crânien
I1	F	10	Kinésithérapie	J.-A. Duval	Oui	Non	Biodynamique
I2	H	21	Kinésithérapie		Oui	Non	3 Protocoles
I3	F	8	Neurosciences	Spasmes-SAT	Oui	Non	3 Protocoles/ Focusing
I4	H	22	Physiothérapie	Focusing	Oui	Non	3 Protocoles / Focusing
I5	F	15	Biologie	Spasmes-SAT	Oui	Non	3 Protocoles

Légende :

3 protocoles : approche ostéopathique globale du patient dans le champ crânien (protocole I : structurel; protocole II : liquidien; protocole III : énergétique) développée par Philippe Druelle D.O.

Approche tissulaire : approche ostéopathique développée par Pierre Tricot D.O.

Biodynamique : approche ostéopathique enseignée par James Jealous D.O.

J.-A. Duval : enseignement de Jacques-Andréva Duval D.O. suite à son mentorat avec R. Becker D.O.

Focusing : approche psychologique basée sur le ressenti corporelle mise au point par Eugène T. Gendlin et adaptée en ostéopathie par Dino Muzzi D.O.

SAT : Specific Adjustment Technique, approche ostéopathique développée par Tom Dummer D.O.

Somato-émotionnel : approche ostéopathique développée par John E. Upledger D.O.

Spasmes : spasmes endocrâniens, concept propre au Collège d'Études Ostéopathiques (C.E.O.), visant l'abord de dysfonctions ostéopathiques dans l'endocrâne, développé par Philippe Druelle D.O.

Vibratoire/harmonique : enseignement développé par Robert C. Fulford D.O. et prolongée par Zachary Comeaux D.O.

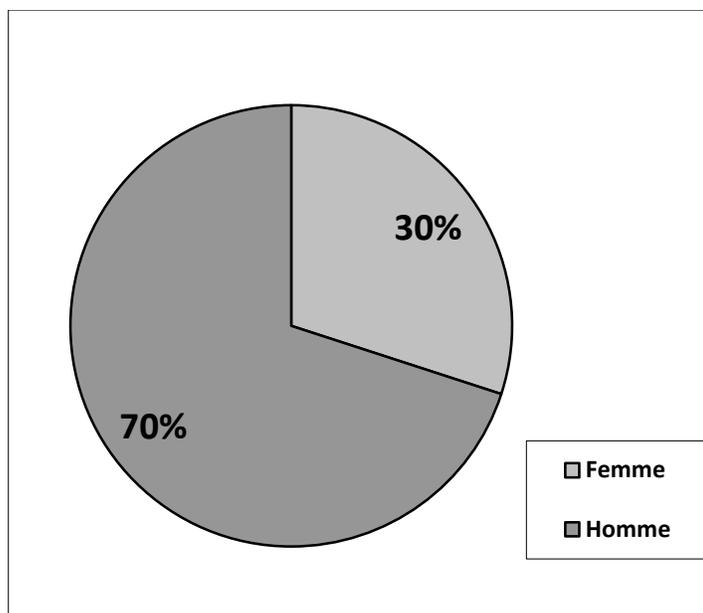


Figure 1. Répartition par sexe des participants

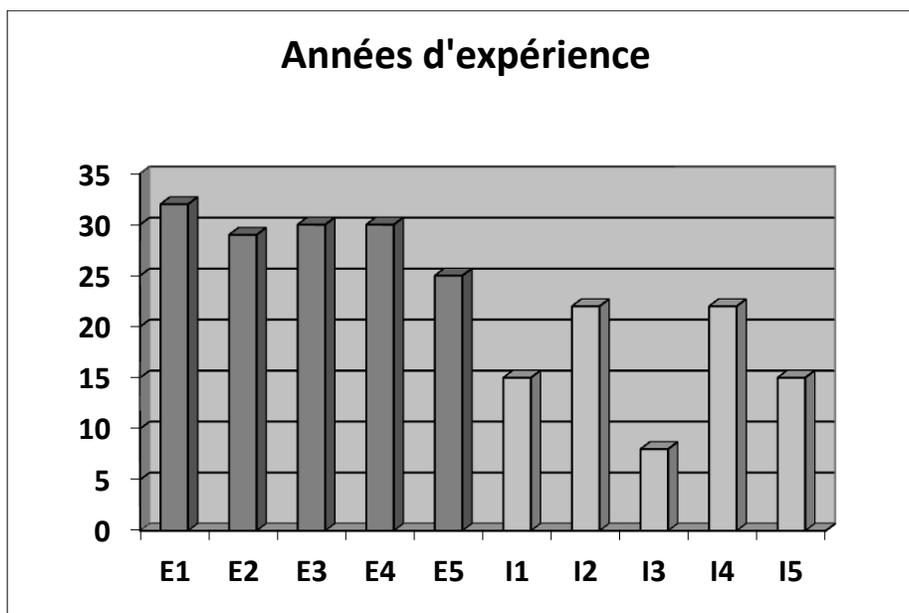


Figure 2. Nombre d'années d'expérience des participants

La plupart des participants ont reçu une formation de kinésithérapeute (France) ou physiothérapeute (Québec, Canada), principale voie, voire unique voie d'accès à la profession d'ostéopathe pendant plusieurs décennies au Canada et en Europe. Ces formations dites à

*temps partiel* ont été complétées depuis quelques années par des formations dites à *temps plein* pour les étudiants non issus du monde de la santé. Seule I3, la plus récente dans la profession, a suivi une formation à temps plein parmi tous les participants.

La population des ostéopathes fut longtemps majoritairement masculine. Ces dernières années, elle s'est largement féminisée. Le reflet de cette évolution est perceptible dans la répartition des sexes pour le groupe des « intéressés » qui comporte plus de femmes que d'hommes (3/5) alors que le groupe des « expérimentés » est exclusivement masculin (5/5).

Tous les participants sont impliqués dans l'enseignement sous une forme ou une autre (cours post-gradués ou non), aussi bien d'un point de vue théorique que dans le partage d'une expérience pratique, clinique.

À noter que seuls les membres du groupe « expérimentés » sont passés à la rédaction d'articles ou de livres dans le domaine de l'ostéopathie.

## **5.2. Analyse entretien par entretien**

Chaque entrevue a donné lieu à un résumé dont la structure reprend les axes d'exploration du concept de communication tissulaire définis par le canevas d'entretien (annexe H) à savoir la représentation de la communication tissulaire pour chaque ostéopathe-participant, les caractéristiques de son expérimentation dans la pratique, celles du cadre théorique utilisé et les conditions essentielles d'apprentissage de cette approche.

### 5.2.1. *Participant E1: « Ha! Communication is communication – Let's talk. »*

Homme de plus de trente (30) ans d'expérience, médecin ostéopathe anglophone, avec une approche dans la lignée de Fulford (ostéopathie vibratoire/harmonique). Pour E1, il faut dépasser la simple manière analytique de procéder du cerveau droit, bien qu'elle soit nécessaire à l'acquisition d'un savoir de base théorique et qu'elle favorise la recherche d'informations objectives, quantifiables et comparables pour orienter le traitement en début de pratique. Pour établir et maintenir une pleine communication avec les tissus, le thérapeute doit développer, sans projection mais avec conviction, les dimensions subjective, intuitive, créatrice, volumétrique et tactile de son cerveau gauche à travers ses perceptions, notamment sa « primary perception » préverbale, déformée par le système éducatif. Ainsi, à travers ses mains mais avec toute sa personne, sa présence et son vécu, il bâtit un lien d'intimité, d'identification, une connexion avec la profondeur du patient confiant et ouvert pour qu'un échange interpersonnel thérapeutique au-delà des mots se potentialise à travers la globalité des tissus car *the patient is a complete tissue*. C'est un dialogue entre deux entités complexes, physiques, énergétiques voir plus une sorte de danse propre à chaque rencontre. En se connectant à une dimension supérieure pour orienter le traitement - le « prayer channel », et avec son savoir-faire pratique accumulé, E1 se met à l'écoute et suit avec précaution ce qu'il perçoit des problèmes physiques, physiologiques ou émotionnels du patient cherchant à traduire ses perceptions dans une dimension palpatoire, sans aucun jugement. Par le travail de ses mains, en partageant son ressenti et en posant des questions sur le sens à donner aux symptômes corporels, le thérapeute agit auprès du patient comme catalyseur offrant de nouvelles opportunités. Pour E1, l'approche phénoménologique peut aider par ses efforts de mise en mots des ressentis et contribuer ainsi à leur partage avec des collègues ou autres.

### 5.2.2. *Participant E2 : « Qui est-il (le tissu)? Où est-il? Comment est-il? »*

Homme de trente (30) ans d'expérience avec une approche biodynamique, kinésithérapeute à l'origine et des études en psychologie. Pour E2, la communication tissulaire consiste à établir un contact par le toucher avec les tissus et à en apprécier toutes leurs qualités perceptibles. Le thérapeute doit *apprivoiser* le patient en établissant un lien de confiance empathique et adapter son toucher à ses réactions conscientes ou inconscientes d'ouverture ou de fuite. Deux intelligences se côtoient en son sein, l'universelle qui anime les tissus et l'individuelle qui peut l'étouffer et déclencher la maladie. La reconnaissance du tissu palpé par des tests d'induction très progressifs et la comparaison des ressentis avec un référentiel perceptuel (expérience) ou livresque (anatomie, etc.) permettent d'instaurer une communication à la fois locale et globale avec le corps du patient et son environnement. Les notions de stillpoint, fulcrum, stillness, expansion rythment le dialogue tissulaire et l'orientation du traitement. Pour E2, toute mémoire a un fulcrum reconnaissable à sa résonance juste. Lors du stillpoint, temps et espace disparaissent et la résolution survient par une *expansion du fulcrum*, libération de la *mémoire enfermée* et relâchement de la tension. Ressentir et suivre ses étapes nécessite une éducation du toucher manuel comme porte d'entrée de l'ostéopathe dans tout le patient. C'est un contact discriminatif, en lien avec la forme, auquel doit se coupler le développement de la perception subjective pour toucher le *fond*, apprendre à ressentir l'essentiel, *l'âme de la forme* vivante. L'intuition et la perception pure, *sensation sans interprétation*, priment sur la cognition et la réflexion. Cet apprentissage se fait par *compagnonnage* avec des ostéopathes expérimentés qui partagent leur main, leur expérience et leur vécu au-delà des mots. Il s'agit de rester ouvert à l'exploration du vivant, à l'inconnu et à la nouveauté, sources renouvelées de compréhension de la réalité, ce qui est.

### 5.2.3. *Participant E3: Perception, échange, niveaux*

Homme de trente (30) ans d'expérience, avec une approche somato-émotionnelle et biodynamique, kinésithérapeute à l'origine. E3 voit sa compréhension de la communication tissulaire continuer d'évoluer au fil de sa pratique. Il a développé le *concept de perception-action* en privilégiant désormais une approche *subjective-inductive* plutôt qu'*objective-déductive*. Au début de chaque journée, et afin de mieux interagir avec *l'extérieur* et ses multiples niveaux, E3 se conditionne en prenant le temps de sensibiliser ses sens pour élever son niveau de conscience et élargir son *système de perception subjective*. Avec cette réceptivité expansée, il peut établir plus qu'un contact palpatoire avec le patient demandeur et le percevoir dans son individualité et sa profondeur. Son ressenti ou *felt-sense* le guide dans le traitement. E3 s'inscrit dans la tradition ostéopathique de Still et Sutherland. Il cherche un *fulcrum vibratoire* chez le patient, zone de *l'œil du cyclone* avec un minimum de résistance et un maximum de vibrations, qui va lui servir de point d'appui pour arriver à un *Stillpoint* de résolution, sorte d'*espace-temps quantique* durant lequel mouvement et temps s'arrêtent marquant l'ouverture vers une *5<sup>ème</sup> dimension* dans laquelle les champs énergétiques du patient-partenaire et du thérapeute-facilitateur interagissent, favorisant un retour de la santé. Pour E3, l'apprentissage de l'ostéopathie se fait par *compagnonnage* pour acquérir et développer les indispensables qualités de savoir-faire et de savoir-être nécessaire à sa maîtrise. À partir de fondations théoriques indispensables en anatomie, physiologie, pathologie, etc. doit émerger une *connaissance issue du vécu de l'expérimentation*. [...] *L'ostéopathe garde la tête dans les étoiles, les pieds dans la glaise et gouverne avec son cœur, connecté à l'Un*. [...] *C'est donc un artisan qui travaille avec ses mains, co-créateur, à chaque instant, il participe ainsi à la santé [...] en écrivant et dévoilant le chemin, qui est un chemin d'Amour.*

#### 5.2.4. *Participant E4: « La vie », « échange d'informations »*

Homme de trente (30) ans d'expérience avec une approche tissulaire, kinésithérapeute à la base. Pour E4, le thérapeute se met en communication avec le système corporel du patient pour détecter les restrictions d'échanges et aider à leur libération. E4 possède un « *modus operandi* » bâti au fil de l'expérience pratique et adapté à chacun de ses patients. Basée sur des qualités d'être et un savoir-faire toujours à approfondir, son approche consiste à *infiltrer* la structure pour contacter les consciences corporelles du niveau cellulaire au niveau du corps entier. Travaillant globalement avec les tissus, il prend l'ensemble du système et des consciences présentes entre ses mains et suit le mouvement à l'intérieur du volume défini. Il participe au dialogue par des inductions mécaniques et/ou un questionnement non verbal ou encore une attention projetée dans les zones à traiter, reconnues par des tonalités de claire à obscure. Le traitement consiste en une succession de déroulements (détorsions) de fasciae, mouvements non physiologiques et sans comportement particulier, ponctués de points neutres (stillpoints) jusqu'à un ultime relâchement suivi d'une expansion entre ses mains en accord avec l'intention de séance. Même si pour E4 l'expérience pratique prévaut, il a mis beaucoup d'efforts pour comprendre et construire un modèle à partager suite à ses difficultés d'apprentissage. Pour lui, la vie est échange d'informations et l'énergie de l'information en mouvement. Chaque cellule a pour but d'exister. Consciente, elle communique par l'alternance d'ouverture-efflux et de fermeture-influx avec son environnement définissant un mouvement fondamental autonome d'expansion-rétraction, *une impulsion rythmique tissulaire* organisée mécaniquement autour de la dure-mère et dont la qualité est gage de santé. Thérapeute et patient sont deux agrégats de consciences corporel, mental et spirituel qui entrent en résonance et communiquent en induisant des échanges et des ressentis communs.

**5.2.5. Participant E5: «... Cela évoque plus que les tissus. Cela évoque le corps tout entier au sens large... »**

Homme de vingt cinq (25) ans d'expérience avec une approche biodynamique, études de droit à l'origine. Pour E5, la communication tissulaire est la capacité à dialoguer avec *l'intelligence du corps* qui commande le mécanisme, en l'interrogeant et en écoutant ses réponses à travers la qualité de vie des tissus, pour lui permettre de s'exprimer et d'en comprendre le principe. Cette capacité d'autorégulation connaît le chemin vers la santé et doit être supportée. En résonance avec la globalité du patient, le thérapeute-médiateur, doit procéder à l'approfondissement conscient de sa perception en suspendant son jugement pour apprendre à contacter le *fond*, ce *potentiel de vie* qui s'exprime à travers les fluides du corps, *territoire* dont il faut toujours plus explorer la *géographie* pour en maîtriser le *langage* pré-verbal. Dans la lignée de Still, Sutherland et Jealous, E5 s'adresse désormais à l'*involontaire* sans mobilisation mais par visualisation interne 3D de l'anatomie. Guidé par son ressenti, il oriente son attention vers la zone désignée par le mécanisme, souvent un tissu muet, lui apportant une énergie supplémentaire. Celle-ci favorise la correction du fulcrum (lésionnel) qui se déplace [...] *vers un fulcrum plus large pour devenir une fenêtre* permettant à *une énergie d'une autre nature au-dessus de venir, les marées* pour qu'une *transmutation* s'opère. Pour E5, l'apprentissage de cette approche doit se faire par *compagnonnage* pour permettre le partage d'une expérience à vivre personnellement avec validation des ressentis perçus. Ainsi se constituera chez l'ostéopathe une sorte de *carte* interne, un registre des ressentis justes qu'il utilisera et peaufinera dans et par sa pratique. *L'ostéopathie est une voie pour rencontrer la Vie simplement et rencontrer probablement des vérités qui sont bien au-delà... simplement du cadre même thérapeutique. [...] Le mécanisme parle toutes les langues.*

### 5.2.6. *Participant II: « Début de l'approche ostéopathique ensuite ouverture à autre chose »*

Femme de plus de vingt (20) ans d'expérience avec une approche biodynamique, kinésithérapeute à l'origine. Pour II, la communication peut évoluer au fil de l'expérience, de la manipulation vertébrale à l'ouverture quantique en passant par l'énergétique et le partenaire silencieux définis par Becker. Avec une vision holographique vivante du corps et de son intérieur, il s'agit de communiquer avec cette puissance qui nous entoure et qui peut remodeler les tissus en touchant la *substance fondamentale* de l'être. *Présence* et *ancrage* sont garantes de la profondeur du traitement. A l'écoute des tissus, Il *se glisse dans la santé du patient*. Par un *accord tonal* palpatoire adapté à la force de serrage interne des tissus lésés, elle offre un fulcrum à la *puissance de la marée* qui traverse les fasciae jusqu'à un point d'immobilité chargé d'énergie (stillpoint). Le schéma de santé peut alors se redéployer à tous les niveaux donnant l'impression que les tissus se déroulent dans la *substance fondamentale* du patient tandis que celle du thérapeute se dissout et se connecte avec la totalité de tout ce qui l'entoure et que le corps du patient est perçu comme liquide à tous les niveaux. La suppression des impacts de force restitue à l'énergie primaire l'énergie détournée et redonne à la *fluctuation centrale longitudinale* amplitude et puissance. Il s'inscrit dans l'approche biodynamique définie par Becker, Duval, Jealous et Ridley complétée par des lectures de Still et Sutherland. L'apprentissage de cette méthode demande une longue maturation intérieure du thérapeute pour intégrer la compréhension du modèle et son mode d'emploi. Le *compagnonnage* avec des ostéopathes qualifiés partageant leur expérience et leur main est la meilleure école pour l'apprenti qui se crée ainsi un modèle intérieur similaire avec une base de données de ressentis dans son cerveau comme autant de repères pour suivre les schémas lésionnels du patient.

### **5.2.7. Participant I2: « La base du traitement en ostéopathie »**

Homme de plus de vingt (20) ans d'expérience avec une approche « crânienne », kinésithérapeute à l'origine. Pour I2, le corps s'exprime par des douleurs ou algies. Par la qualité de son contact manuel avec les tissus du patient développée avec les années en adoptant une approche inductive de perception - réception, I2 enclenche le dialogue avec le corps du patient, son être profond, et va à l'essentiel en se fiant à ce que les tissus lui montrent. Au-delà des méthodes employées (inductions mécaniques, questions non verbales) et des niveaux anatomiques visités, les tissus vont répondre de la même manière par un mouvement que l'ostéopathe doit apprendre à décrypter. A l'occasion, I2 perçoit également des images ou ressent des émotions en lien avec la situation. La qualité de présence propre à l'écoute tissulaire lui permet de se mettre en phase avec les tissus pour que les frontières anatomiques disparaissent, remplacées par des systèmes de densités différentes dans lesquels circulent des énergies, des forces. En symbiose avec le patient, I2 essaye alors de mettre en place entre ses mains un système d'équilibration volumétrique en plusieurs dimensions. Il cherche un point de référence jusqu'à obtenir une sensation de silence tissulaire suivi par l'expression entre ses mains d'une force de santé inhérente au corps et d'un relâchement des tensions avec augmentation de la vitalité. La pratique répétée, le partage d'expériences, le suivi de cours post-gradués et un retour vers les écrits traditionnels l'ont aidé à développer son toucher. Pour lui désormais, rien ne peut plus être imposé au corps. Et si dans certains cas, il s'est senti simple canal traversé par une énergie d'un autre niveau, il en déduit qu'il faut continuer à travailler au bon niveau, avec son cœur, en toute honnêteté sur ses capacités envers le patient, dans l'écoute et l'incontournable dialogue tissulaire dont il faut partager la sensation palpatoire avec les étudiants sur le chemin d'un apprentissage à comprendre dans son corps.

### 5.2.8. *Participant I3: « Un échange, une écoute, une danse, un équilibre, la voie »*

Femme de huit (8) ans d'expérience avec une approche crânienne ayant suivi des études en neurosciences auparavant. Pour I3, la communication tissulaire naît d'une relation tripartite entre un patient – émetteur par son corps, un thérapeute – récepteur par ses mains et une *zone de résonance* entre eux, un moment présent d'échange traversé par la *Source* qui *potentialise* le dialogue dans un *amour inconditionnel*. Par une sorte de rituel d'approche, centrée, présente, à l'écoute, I3 cherche une porte d'entrée dans le corps, avec son accord, pour rejoindre au bon niveau l'ancrage, la fixité ciblée. Par des inductions manuelles, voire des questions non verbales, elle accumule *les paramètres au profit de la physiologie* et suggère au corps du patient de s'impliquer par une réponse tissulaire sous forme de mouvements. I3 participe alors à la réorganisation des tissus en tant que point d'appui du dialogue vers un *stillpoint*, parfois une amorce de *long tide* ou un *automatic shifted fulcrum*, synonymes de normalisation suivie *d'un retour de MRP* (mécanisme respiratoire primaire) *ou d'intégration*. Dans les cas de blocages et/ou composante émotionnelle, I3 peut aussi utiliser le *focusing* qui lui permet d'atteindre un niveau plus profond. Des cours post-gradués et le partage de moments et de vécus avec des collègues l'ont conduite à faire la transition du faire vers l'être. Saturée d'informations, I3 a pris conscience à un moment donné du principe de base en ostéopathie, le dialogue avec les tissus. Véritable pierre angulaire dans son cheminement, sa pratique est désormais beaucoup plus intuitive et subjective. Ce processus inductif nécessite un compagnonnage ou *mentorat* pour valider la construction d'un répertoire de sensations-réactions qui participera à l'établissement et à l'entretien de la communication tissulaire nécessaire au soin. Au-delà des mots, ce langage est universel et son apprentissage par l'expérimentation prévaudra toujours sur la compréhension intellectuelle théorique.

### 5.2.9. *Participant I4: « Équilibre et échanges réciproques de Becker cité par Duval »*

Homme de plus de vingt (20) ans d'expérience avec une approche « crânienne », physiothérapeute à l'origine. Pour I4, la communication tissulaire est un dialogue d'équilibration et d'échanges réciproques. *Le but est toujours la même chose. [...] potentialiser le dialogue pour amener les tissus au relâchement.* Le corps peut avoir besoin d'une aide extérieure pour retrouver un point équilibre. L'ostéopathe, par sa présence attentive et une empathie relative, interagit au travers de ses mains avec la force de vie qui anime d'un mouvement les tissus du patient. Durant ce dialogue, quatre étapes s'enchainent : prise de contact avec les tissus; reconnaissance de la tension et ses caractéristiques variant notamment en densité et en forme (de plane-mécanique à volumétrique-émotionnel), avec prise de conscience de celle-ci par le patient et son corps; mise en place des paramètres, « *match the tension* »; suivi de l'échange jusqu'au stillpoint de résolution avec un gonflement ressenti des tissus souvent accompagné d'un dégagement de chaleur, synonyme de libération d'énergie et d'une fonte de la tension. La vitalité augmente. Il y a une meilleure expression du mécanisme respiratoire primaire. Bien que local, ce travail a une influence globale sur le corps et ses dimensions physique et électromagnétique. Les tissus réagissent aussi bien au monde intérieur qu'extérieur. Pour des cas très émotionnels, I4 a intégré le *focusing* à sa pratique en faisant verbaliser le patient sur son ressenti. Par des lectures diverses dans la tradition mais surtout la transmission d'expériences pratiques, le partage de vécus avec des ostéopathes chevronnés et ses propres tests dans un processus inductif de perception-réflexion, I4 s'est constitué progressivement un répertoire de tensions en évolution lui permettant de communiquer de mieux en mieux avec les tissus. I4 prône un accompagnement pour l'apprentissage de cet art manuel thérapeutique, mêlant ce qu'on ressent entre les mains et la compréhension qu'on en a.

**5.2.10. Participant I5 : « La capacité que nous avons avec notre main et notre sensorium à décoder l'information qui vient des tissus du patient »**

Femme de 15 ans d'expérience, études en biochimie auparavant, avec une approche « crânienne ». Par la palpation et ses perceptions kinesthésiques associées et à l'occasion l'apparition d'images, I5 capte de l'information et en communique à son tour aux tissus du patient. Cet échange définit un dialogue tissulaire constant qu'I5 instaure par l'alternance d'évaluations et de traitements définissant un processus interactif dynamique cyclique qui guide le traitement. Les tensions ou anormalités repérées par l'écoute des tissus sont traitées pour tendre vers un nouvel équilibre transitoire passant par différentes phases (point de balance, stillpoint, reprise du mouvement). Sur la base de l'enseignement reçu et surtout de l'expérience accumulée, I5 s'est constitué un répertoire intérieur d'images en lien avec son ressenti. Afin de maintenir le dialogue tissulaire, elle module approches structurelle et crânienne. Elle utilise également les *questions de Sutherland*, dites *de Becker* par I5, sorte de dialogue structuré. Pour I5, la qualité de présence du thérapeute, son positionnement dans *l'espace thérapeutique* et son désir d'aider favorisent l'échange avec les tissus qui savent et ainsi avec l'expression de la *Source* à travers nous. A partir des bases théoriques reçues, I5 a véritablement découvert le dialogue tissulaire en privilégiant l'expérience sensorielle du modèle crânien, en relisant les anciens de la tradition et en partageant son expérience clinique avec des collègues. Elle y a ajouté le travail de détorsion des fasciae. Pour elle, prioriser l'expérientiel est essentiel car la pratique de l'ostéopathie demande un développement neurologique, palpatoire et perceptuel au sens large. Mettre des mots sur les ressentis et proposer des modèles peut faciliter et accélérer le processus de transmission des habiletés car dans l'enseignement, la reproductibilité prime sur l'exploration pratique.

### **5.3. Analyse thématique transversale**

La structure des quatre axes d'exploration retenus précédemment (représentation, expérimentation, apprentissage et cadre théorique) est reprise pour aborder le concept de la communication tissulaire et faire émerger les différents thèmes transversaux retrouvés pour les développer.

#### ***5.3.1. Représentation de la communication tissulaire par les participants***

La communication tissulaire évoque pour les participants une capacité de dialogue avec l'intelligence du corps, source d'auto-régulation au sein des tissus du patient. La relation patient-thérapeute doit créer un espace propice à une rencontre globale entre les deux êtres, une résonance. Par la mise en place et le maintien d'un contact particulier passant au travers de ses mains et des tissus du patient, le thérapeute peut atteindre la profondeur nécessaire pour supporter le travail de cette intelligence pour plus de santé et s'approcher ainsi d'une dimension supérieure.

##### *5.3.1.1. Accéder à l'essence de l'autre dans un partenariat de soin*

Tout traitement ostéopathique présuppose une rencontre entre le patient et le thérapeute. Cette rencontre doit permettre d'établir une relation thérapeutique (I3, I4) qui favorisera le soin (dialogue) par la communication tissulaire. Le patient arrive avec une demande (E1, I2) et le thérapeute par un contact physique le prend en charge (E1, I2). Il doit *l'apprivoiser* (E2) par une *sorte de rituel d'approche* (I3). Détendu, mis en confiance, apaisé par l'écoute, la disponibilité et la réceptivité du thérapeute (E1-5, I1-5), le patient pourra s'ouvrir (I1) et se laisser toucher dans son intimité (E1) tandis que le thérapeute, enraciné (E4,

I3), présent (E4, I1-3, I5), faisant preuve d'empathie (E2, E5) relative (I3-4), fera de même en travaillant avec son cœur (E3, I3). Cette ouverture (E2-3, I1, I3-4) réciproque de l'un envers l'autre crée un *espace thérapeutique* (I5), une *zone d'interaction* (I3) entre deux *complexités* (E1), deux *agrégats de consciences* (E4), le patient et le thérapeute, dont la mise en phase (I1-2), la synchronisation (E4-5) engendre une *résonance* (E2-5, I3) globale (E1-2, E4-5, I1-2). Le thérapeute contacte *l'essence même du patient* (E2, I2), sa *véritable nature* (I3). Le patient devient *partenaire* (E3). Les deux sont impliqués à tous les niveaux (E1, E3-5, I4) dans un dialogue en corps à corps (E5, I2), de *cœur à cœur* (I1).

#### 5.3.1.2. *Engager un contact sensible avec les tissus pour établir la communication*

En ostéopathie, la relation thérapeutique s'établit par une prise de contact des mains du thérapeute sur le corps du patient. Mais il s'agit de *plus qu'un simple contact manuel* (I2) puisqu'il doit rejoindre l'autre dans sa globalité (E1-2, E4-5, I1-2), un être vivant doté d'une *conscience* (E4-5). La main du thérapeute devient une voie d'entrée dans tout l'individu (E2) le patient au complet étant un tissu (E1). Cette prise de contact nécessite un engagement du thérapeute (E1, I3) pour recevoir et établir une communication avec l'autre. Il se rend disponible à l'échange (I3) en faisant appel à sa perception de l'autre (E1-3) et de l'environnement (E2-3, I1). Plus qu'un *senti corporel* (I4), il cherche un *ressenti* (E2-3, E5) corporel (E4, I4) en utilisant sa perception élargie (E3), sa *primary perception* (E1), une perception pure, sans jugement (E1, E4, I3-4), une sensation sans interprétation (E2). Ainsi, le praticien arrive à se mettre en phase (I1-2), à se synchroniser (E4-5) avec le patient pour enclencher un dialogue tissulaire (E4, I2, I4-5). Sa qualité de présence (E1-I1) et son enracinement (E4) détermineront la profondeur de l'échange, son *pouvoir de pénétration* (E5, I1). Cette *mise en mode palpatoire* (I2), ce contact *d'équilibre et d'échange réciproque* (I4),

défini également comme un « *accord tonal* » par Charles Ridley (2006/2013) cité par I1, amène un état particulier (E3) dans lequel le thérapeute *en pleine écoute du patient à travers ses mains avec toute sa personne, toute sa présence, tout son vécu* (E1) entre, non dans un *phénomène mécanique au sens où on l'entend* mais dans des *phénomènes de résonance bien plus complexes où l'ensemble du patient et l'ensemble [...] du corps, de la conscience corporelle du praticien rentrent en résonance. Cette conscience du corps [...] fusionne avec celle du patient. Et là, il y a des phénomènes de communication entre ressentis très mystérieux* (E5). Le thérapeute fait alors corps avec la personne (E5, I2). Un échange non-verbal est instauré (E1, E5, I2) au moyen de la perception, du ressenti entre ses mains d'un mouvement qui anime les tissus du patient (E1-5, I1-5), la « *chair du monde* » (Merleau-Ponty, E1).

#### 5.3.1.3. *Dialoguer avec le mécanisme, la capacité d'autorégulation du corps*

Ce contact particulier avec les tissus du patient va permettre au thérapeute d'une part d'évaluer et de reconnaître (E2) leur état (E2, I2-3) et donc d'orienter le traitement selon les directions données (I4) mais aussi de rejoindre dans la profondeur du patient l'intelligence du corps (E5), l'intelligence universelle (E2), la physiologie (E4) veillant au bon fonctionnement, le mécanisme d'auto-régulation (E5) sous-jacent au travail. Cette vie qui l'anime se traduit par des mouvements (E2-5, I1-5) au sein des tissus du patient qui par leur perception au travers des mains du thérapeute deviennent un moyen objectif de savoir ce qui se passe dans le patient (E4) et d'offrir un *point d'appui* (E3-5, I1-I4), un *fulcrum* (E2, E5, I1, I3, I5) au corps impliqué pour trouver une solution de santé. *Le seul outil qui me permette de savoir comment les cellules communiquent, c'est leur mouvement fondamental. Et le mouvement est aussi le seul moyen « objectif » dont je dispose pour savoir ce qui est en train de changer et comment... Cela établit un dialogue, par le mouvement* (E4). Le thérapeute cherche donc ce

dialogue avec les tissus et son maintien jusqu'à la résolution. Ce dialogue définit la communication tissulaire comme un fondamental de l'ostéopathie (E4), son cœur (I5). Elle apparaît comme un langage des tissus (E5, I2-3) à explorer et à connaître pour en adapter le principe (E5, I3) à chaque situation pour autant de contextes particuliers (E1-5, I1-5). Cette intelligence (E2-5), ou puissance (I1) avec laquelle dialoguer, connaît la meilleure solution pour la santé du patient et le meilleur moyen d'y parvenir (E1-5, I1-5). Elle fera le gros du travail supportée par la présence du thérapeute et le fulcrum proposé (E1-5, I1-5).

#### 5.3.1.4. Rejoindre la vie dans la profondeur des tissus

Contacter cette intelligence qui anime les tissus au sein du vivant pour trouver un chemin vers le mieux, c'est rejoindre *plus que les tissus* (I5), une 5<sup>ème</sup> dimension (E3), une dimension autre (E1-5, I1-5), extérieure (E2-4, I1-3), de nature divine (E1-4, I3, I5) *de l'ordre de l'expérience mystique et non pas intellectuelle* (E4). Les participants sont réticents à aborder cette dimension divine et encore plus à employer le terme Dieu (E2, E4, I3, I5) que certains trouvent galvaudé (E4). Ils cherchent plutôt à donner une image ou un symbole fort pour définir cette « dimension supérieure » : Le *code cosmologique de l'univers* (E2), l'*Un* (E3), la *Grande Conscience*, le *divin* (E4), l'*Intelligence* (E5), la *puissance* (I1), *autre chose* (I1, I2), la *Source* (I3, I5). Autant d'appellations qui impliquent une dimension spirituelle qui peut être contactée via le « *prayer channel* » (E1). Elle *nous transcende, nous dépasse* (E4). C'est *quelque chose de plus grand* (I2). Cette dimension se rencontre dans la profondeur de l'autre et de soi (E4, I1) sans savoir ce qu'elle est (E4, I1, I2, I3) autrement que la vie (I5). *Le mystère, c'est ça qu'on perçoit* (I5).

### **5.3.2. *Expérimentation de la communication tissulaire par les participants***

La communication tissulaire passe par un ressenti subjectif du thérapeute perçu au travers des mouvements qui animent les tissus du patient et leur évaluation. Par ses qualités d'être et son savoir-faire, le thérapeute synchrone (en phase) avec le patient, arrive à contacter le mécanisme d'autorégulation du corps du patient. En tant qu'intermédiaire, il offre un point d'appui ou fulcrum au mécanisme de santé qu'il cherche à maintenir par un dialogue jusqu'à l'émergence d'une solution de santé, le relâchement des tensions et une rééquilibration.

#### *5.3.2.1. Qualités d'être du thérapeute*

Faciliter et entretenir la communication tissulaire à travers un dialogue avec les tissus du patient nécessite de la part du thérapeute le développement d'une qualité d'écoute propice à la perception des signaux en provenance du patient. Cette écoute requiert une double présence : une présence à soi qui nécessite un enracinement (E3-4, I3) du thérapeute, un temps de préparation intérieure pour se rendre disponible et réceptif (E3-4, I2-5) en s'ancrant (I1), une présence à l'autre pour établir le contact, projeter son attention dans le patient (E4) selon l'intention de séance (E4, I3) et pouvoir capter, percevoir les signaux qu'il émet. Cet état de perception nécessite un réel engagement (E1), une volonté et un intérêt (I3) du praticien gages d'une ouverture réciproques à l'autre. Outre ses nécessaires capacités de concentration (I1-2), de focus (I2) et d'attention (locale ou globale) (E2, 4, 5, I1-5), le thérapeute, s'engageant fortement (E1, E5, I2), doit savoir mettre de côté son ego (I4), travailler en toute humilité (E3), honnêteté (I2), bonne foi (I3) pour consolider le lien de confiance (E1, I2) et ne pas interférer avec l'émission des signaux en provenance du patient. Un incontournable travail d'introspection (E2), véritable travail sur soi (E3, I4) est nécessaire de la part du thérapeute

afin de procéder à des lâcher-prises (I1) qui lui permettront de mieux se connaître, de progresser dans son estime de soi (E3), de s'intégrer (I1) toujours plus pour offrir au patient, et à son mécanisme d'auto-régulation à travers lui, une rencontre d'autant plus intime que sa présence et son ancrage seront profonds et stables (I1). Cette attitude du thérapeute lui permettra de trouver le positionnement (I2, I5) juste dans l'espace thérapeutique (I3, I5) avec une empathie relative car non sympathique (E2), ni symbiotique (I3) mais accompagnée de gentillesse (E1, E5, I4). Le praticien pourra alors faire appel en confiance à sa perception pure (E1), sans jugement (E5), ni interprétation (E2, I4) obligatoire (I3) ou autre projection (E1), qu'il cherchera à traduire dans une dimension palpatoire (E1) afin que les tissus puissent s'exprimer (I2, I4) librement. Le patient détient la solution (E4) et la présence du thérapeute doit être aussi discrète qu'elle est nécessaire (E4) au processus. *L'ostéopathe garde la tête dans les étoiles, les pieds dans la glaise et gouverne avec son cœur, connecté à l'UN (E3).*

### 5.3.2.2. *Savoir-faire et rôle du thérapeute*

En ajout de ses qualités de savoir-être, le thérapeute doit maîtriser un savoir-faire pour établir et maintenir le dialogue jusqu'à résolution. Outre la panoplie des techniques kinesthésiques diverses (E1-5, I2-5) agissant par pression, palpation, mobilisation, manipulation (E5) à mettre en lien avec des approches volontaires effectrices (E3), la communication tissulaire profonde requiert une approche inductive (E3) plus dans l'écoute (E1-2, I5). Cette approche en écoute engendre un dialogue dans le ressentir, le percevoir (E5) à travers la densité des tissus du patient qui demande de suivre et supporter le travail de l'intelligence du corps. Les mains du thérapeute demeurent son principal outil mais il peut également, durant tout le traitement et suivant les besoins, poser des questions non verbales (E2-5, I2-5) jugées pertinentes directement aux tissus, au mécanisme (type questions de

Sutherland<sup>1</sup>), ou même proposer des images au corps (E5) dans l'espoir de « provoquer » (E5) et de percevoir une réaction au travers du mouvement des tissus (E1-5, I1-5) ou encore voir émerger des images évocatrices en lien avec la situation du patient (E2-5, I1-5). La connaissance de l'anatomie reste le pilier de sa pratique pour se situer dans le corps du patient. Elle lui permet en quelque sorte de visualiser (E2, X, E5, I1) l'intérieur du patient et, tout en se situant, de suivre dans le ressenti les évolutions du traitement. Le praticien ne doit pas hésiter à élargir son imagination (Sutherland (E5)) et dépasser ses propres barrières (E5). Il doit faire au mieux de ses possibilités, même si un doute subsiste (E1), en confiance avec le mécanisme (E1) car *les tissus* savent (I2), expression mobile de l'intelligence du corps en action. Le thérapeute ne joue qu'un rôle de catalyseur (E1), de facilitateur (E3), de médiateur (E5) dans la relation.

### 5.3.2.3. *Le ressenti: Perceptions et ressentis durant le traitement*

Au cours du traitement, le thérapeute va percevoir des changements physiques dans l'état des tissus, qualité de mouvements ou de textures, qui vont le guider dans son dialogue avec eux grâce à son ressenti. Il peut également avoir des perceptions visuelles ou des sensations corporelles. Les approches choisies peuvent varier ainsi que la complexité des situations car chaque rencontre reste unique mais essentiellement, il s'agit de contacter le corps du patient dans sa profondeur, de rejoindre la zone à problème, d'offrir un fulcrum au mécanisme et de maintenir le dialogue jusqu'à un point neutre qui conduit à une résolution suivie d'une intégration avec le retour de l'expression de santé.

---

<sup>1</sup> Les 3 questions dites de Sutherland seraient en fait de Becker : Comment les tissus vivent-ils? Comment aimeraient-ils vivre? Qu'est-ce qui les en empêche? La correction a été évoquée par la participante I5 suite à un stage avec René Briend D.O. Le chercheur a eu l'occasion de se le faire confirmer par ce dernier lors d'une rencontre personnelle le 31 mars 2016.

### 5.3.2.3.1. Qualité de mouvement et vitalité

Dans la pratique de l'ostéopathie, *la qualité de mouvement, la qualité de vie d'un tissu, d'un organe, d'une zone du corps est bien corrélée avec la qualité de liberté du mouvement, d'amplitude du mouvement, [de] la qualité de respiration, de vitalité qu'on voit à travers ce mouvement, qui se fait bien ou mal* (E5). La qualité de mouvement perçue entre les mains est un indicateur dans le dialogue de l'état de santé de ce à quoi est connecté le thérapeute avec ses mains. L'ampleur des mouvements peut être très apparente dans le cas d'approches dites structurelles avec des mobilisations volontaires effectrices mais plus la communication tissulaire est profonde, plus ces mouvements sont subtils, jusqu'à être invisibles à l'œil et pouvoir être qualifiés de micro-mouvements (I4). Conséquemment, plus l'approche est subtile, plus le thérapeute fait appel à la subjectivité de sa perception (E1-5, I1-5) pour travailler avec les tissus. Il en est de même avec leur texture (E2, E4, I4) par une évaluation de leur élasticité, viscosité et perfusion (E2).

### 5.3.2.3.2. Santé et absence de santé

Le thérapeute dispose au travers de ses mains de toute une panoplie de tests allant d'inductions manuelles des tissus, pour noter leurs réponses dans le retour, jusqu'à des prises d'écoute pure (statique) pour capter leur état (E5, I1). La santé s'exprime par des cycles d'*expansion-rétraction* (E2, E4-5, I1-5) amples et rythmés de la *respiration primaire* (I1), du *mouvement fondamental* (E4) c'est à dire de la physiologie (E4) au travail, traduisant une bonne qualité d'échange (E4) de la zone observée. A l'opposé, son absence offre une toute autre gamme de ressentis possibles en lien avec cette qualité de mouvement restreinte à connotation négative : ancrage (I3), blocage (E4), compression (I1), densité (E4), dureté (E4), faille (I3), fermeture (E4), fixité (I3), fuite (E2), inertie (E4), impénétrabilité (E4), répulsion

(E2, I3), restriction (E4), serrage (E4, I1), tension (I2, I4), traction (E4, I2); ou encore émotionnelle : volumétrique (I4), *kyste énergétique* (I4), liquidienne, *chaotique* (I3).

#### 5.3.2.3.3. Perceptions visuelles et autres sensations physiques

Outre ces ressentis physiques de mouvements perçus au travers de ses mains, le thérapeute peut également recevoir des informations d'ordre visuel telles que des images (E2, I1-3, I5) en lien avec la raison de consultation ou discerner des *zones claires* (saines) ou *obscur* (à problème) au niveau du corps du patient avec son *attention projetée* (E4). Ces informations peuvent générer chez lui *des perceptions, des sensations bizarres dans le corps, parfois du mal-être, de l'émotion, des choses comme ça* (E4). Mais *sentir des nausées, des émotions, de les vivre avec le patient n'est pas sain à la longue* (I3) d'où l'importance de veiller à établir un lien d'empathie relative et non de sympathie (E2, I3) en gardant une certaine distance avec le patient.

#### 5.3.2.3.4. Ressentis en lien avec l'instauration du dialogue

Les évaluations faites et la porte d'entrée trouvée (I3), le thérapeute a circonscrit avec ses mains et son attention une zone de travail locale (E2-5, I1-5) ou à distance dans le corps (E2, E4-5, I1-5). Il a établi le contact en la rejoignant dans sa matérialité (E4). Il s'est infiltré (E4). Il s'est glissé dans la santé (I1). Il cherche et offre un point d'appui, un *fulcrum* (E1-2, E4-5, I1-5) sain, *vibratoire* (E3), à *l'intelligence du corps* (E5) pour que les tissus englobés puissent s'exprimer (E2, E4, I2-4) et se rééquilibrer (E5, I1, I5). Ce fulcrum peut être *émergent, lumineux* (I5), doit avoir une *résonance juste* (E2). Entre ses mains et les tissus du patient, le thérapeute a installé une équilibration de tension réciproque (I4), spatiale, *en trois dimensions* (I2), un *accord tonal* (I1) centré sur ce point d'appui ou fulcrum, « *Match-it* »

(E5). Il lui donne la sensation de ne faire qu'un avec les tissus du patient, avec l'autre, de travailler en corps à corps, d'avoir l'impression que le corps est liquide à tous les niveaux (I1). Les frontières anatomiques semblent disparaître (I2) pour ne laisser place qu'à des systèmes de densités différentes dans lesquels circulent des forces, des énergies (I2). En dialogue, il veille à maintenir ce contact profond (global) en suivant au mieux le mouvement des tissus au travail par son ressenti (E5). Le thérapeute a la *sensation d'aller dans des lignes de moindre résistance* (I1). Il se maintient centré sur le fulcrum, *cette zone chez un patient qui nous sert de point d'appui, de point pivot à partir duquel on a l'impression qu'il y a moindre résistance mais en fait, c'est là où il y a le maximum de vibrations. C'est le centre du cyclone, l'œil du cyclone* (E3). Le mouvement peut être *lent, profond, lourd* (E4), *comme si on mettait les mains dans une espèce de liquide mais qui n'a pas de chaleur et [...] sentir les coulées liquides* (I1). Ce mouvement est une réponse à la situation, à la question posée (E4, I3). Selon l'approche choisie (E1, E5, I2-5), la nature du problème rencontrée (I2-4), la profondeur de la communication tissulaire établie (I1), le modèle ostéopathique retenu, ce mouvement sera propre à chaque rencontre patient-thérapeute (E1-5, I1-5) mais peut être assimilé à un dégagement, un travail en cours. Pour l'un, il est caractérisé comme non *physiologique, non reproductible* (E4), correspondant à une *libération d'énergie* (E4), pour un autre à la puissance de la marée à l'œuvre avec le *déroulement des tissus dans la substance fondamentale* (I1), *l'énergie lésionnelle* se dissipant pour retourner à l'énergie primaire (I1). Il s'agit de *recevoir l'oscillation, la vibration puis de l'accompagner ce mouvement qui vient de l'intérieur* (I3).

#### 5.3.2.3.5. Ressentis en lien avec la résolution et l'intégration.

Dans le cas idéal où le dialogue est bien engagé et maintenu, ce déroulement des tissus conduit à un point neutre (voire une succession de cycles ponctué par un point neutre plus

global (E4)), un *stillpoint* (E2-5, I1-5), sorte de *silence* (I5) *tissulaire* (I2), à l'image d'un *lac sans mouvement* (I5), chargé d'énergie (I1), durant lequel temps et espace disparaissent (E2-3, I2) ouvrant sur une autre dimension (I3, I5), une 5<sup>ième</sup> dimension (E3) d'où émerge une solution de santé, une rééquilibration, une transmutation des tissus (E5). Quand la réorganisation des tissus s'opère, on peut sentir qu'un « *rebalancing* » [...] *autour de la ligne médiane* (E5) a lieu, donnant l'impression que les choses se rééquilibrent de part et d'autre (E5). Le fulcrum peut se désengager et se déplacer (E5), il se corrige (E4). Il peut subir un « *automatic shifting* » (I3). Puis une *expansion* (E2, I2), un *gonflement* (I4) est ressenti entre les mains (I4), une *force qui pousse* (I2), celle possible de la *long tide* (I3), la *puissance de la marée* (I1), l'impression d'une *grande inspiration* (E4). Il y a redéploiement du schéma originel (I1). Les tensions se relâchent. Un dégagement de chaleur (I4) peut avoir lieu. Les tissus deviennent plus souples et mous (E4), plus malléables (I4). La qualité de mouvement est meilleure (E2-5, I1-5), la vitalité aussi (E4, I4). L'expansion-rétraction (E2, E4-5, I1-5) du mécanisme respiratoire primaire (I2-5), l'impulsion rythmique tissulaire (E4) ou la fluctuation centrale longitudinale (I1) est perceptible signant une intégration (locale ou) globale du changement par le corps et donc un retour de la communication (E4), de la santé.

#### 5.3.2.4. *Limites ou freins au traitement*

Plus l'ostéopathe est expérimenté, moins il rencontre de difficulté à établir ce contact avec les tissus (E2, I1). Cependant différents obstacles peuvent survenir lors d'un traitement, certains en rapport avec le thérapeute, son positionnement dans la relation thérapeutique et sa manière de faire, d'autres en lien avec l'état des tissus du patient ou le patient lui-même. Dans le cas d'un problème de positionnement du praticien (I2, I3, I5), la communication tissulaire peut avoir du mal à s'établir ou se maintenir par manque de précision dans la technique (E4,

I2, I4), dans son mauvais choix (I4) ou dans les questions non-verbales adressées aux tissus (E4, E5). Mais il peut également se laisser trimpler par les tissus (I3) si son intention n'est pas précise (E4, I3) ou si le fulcrum proposé est inadéquat (I3). Une présence ou un enracinement insuffisant (E4, I1), un manque de focus, de concentration (I2) peuvent limiter le *pouvoir* (E5) ou la *profondeur* (I1) *de pénétration* et donc la *connexion* (I1) durant la rencontre. Si le praticien se trouve au mauvais niveau de travail (I2-3, I5) ou au mauvais endroit (I4-5, le dialogue ne s'enclenchera pas. S'il force trop (I4), désire trop aider (I5) les tissus pourraient résister. Si la relation est trop symbiotique (I3), le thérapeute pourrait se sentir mal. Dans tous ces cas, le thérapeute peut *repartir sur des choses de base* (I2), se réajuster (I5) et corriger la situation. Il est également important que le thérapeute se fasse traiter régulièrement pour limiter les impacts ou interférences que ses éventuels problèmes physiques (I1-2, I4) ou émotionnels (E4, I3) pourraient provoquer en parasitant l'écoute et donc la communication avec les tissus du patient. *Sans ce contact, sans écoute, cela ne fonctionne pas* et *on ne peut rien imposer à un corps* (I2). Dans les cas en rapport avec la condition du patient, ses tissus peuvent ne *pas être prêts* (I5), être trop mal en point, *trop pourris* (I1) comme dans le cas d'une maladie chronique, souffrir d'un *manque de jus dans la batterie* (E5). Un organe important comme le foie pourrait être trop chargé (E4-5). Autant d'exemples physiques qui peuvent limiter le processus de santé. Mais il peut aussi arriver dans une dimension plus psychologique que le corps du patient se protège (I4), qu'il y ait *quelque chose d'intrinsèque au patient* (I5) d'*inconscient* (I4) pour que le processus bloque également ou encore que son *intelligence individuelle*, son *individualité* trop forte *étouffe l'intelligence universelle* (E2). Les tissus ne seront pas en mesure de répondre correctement (E4-5, I1) aux inductions, questions ou autres stimulations, *d'intégrer qu'il se passe quelque chose* et de *repartir vers la santé* (I1). Le thérapeute va devoir faire preuve de doigté et veiller à

*apprivoiser* (E2) le patient, trouver une autre *porte d'entrée* (I3) ou encore *recharger* le patient avec une technique comme le CV4 par exemple (E5).

### **5.3.3. *Apprentissage de la communication tissulaire suivant les participants***

L'apprentissage de la communication tissulaire va consister en une éducation du toucher et une validation des ressentis pour laquelle le compagnonnage semble la meilleure voie car elle permet de partager une expérience, un vécu et « la main ». A partir des fondations reçues à l'école pour bâtir un modèle de base et un langage commun propice à l'échange et à la discussion, l'apprenti doit intégrer et dépasser les limites du modèle, c'est à dire passer d'un enchaînement de techniques à une véritable rencontre avec le patient et son corps (technique vs thérapeutique), passer du faire à l'être, de l'objectif au subjectif. Les cours post-gradués et leur effet d'égrégore ainsi que la relecture des témoignages écrits des anciens dans la tradition viennent aussi nourrir la compréhension de ce qui se passe entre les mains. Chacun doit passer par le chemin de l'expérimentation vécue de la perception pour l'intégrer dans son corps et pouvoir l'exprimer dans sa pratique.

#### **5.3.3.1. *Enseignement théorique de base nécessaire***

Tout apprentissage nécessite un point de départ qui est celui de l'enseignement dispensé dans les écoles, dans ce cas, d'ostéopathie. Cet enseignement consiste à définir un cadre d'enseignement (E1-5, I1-5) basé principalement sur les savoir suivants : la constitution du corps humain avec l'anatomie; son mode de fonctionnement avec la physiologie; et les problèmes qui peuvent survenir avec la pathologie. A ces matières s'ajoutent les principes sur lesquels repose la médecine ostéopathique et les moyens de la mettre en œuvre sur le plan physique par la réflexion clinique et les techniques car l'ostéopathie étant un métier manuel,

une praxis (E3, E5). Ce concept théorique définit dans un langage commun un modèle de travail et son mode d'emploi (I1). Il conduit à l'éducation d'un toucher, plutôt discriminatif (E2), et une manière de procéder analytique, déductive (E3) en rapport avec le cerveau gauche (E1) par catégorisation des lésions (E1, E4, I5) et choix des techniques appropriées. Cette connaissance de base est la fondation (E1, E3) indispensable au développement ultérieur de l'apprenti-ostéopathe (E1-5, I1-5) qui doit permettre sa mise en confiance à travers sa pratique au gré de ses succès et malgré les échecs auxquels il sera confronté (I2, I4). Sa confiance acquise par la maîtrise d'un savoir-faire (E3, I4) technique et son expérience croissante l'inciteront à s'ouvrir progressivement (I1) à la nouveauté (E2) et à lui-même vers d'autres niveaux (E1), à travailler sur soi (E2-3) pour explorer *les subtilités de l'expérience* (I3) dues à la *complexité* de la vie et des rencontres patient-thérapeute *non systématisable* (E4) et ainsi enrichir son modèle de base pour en dépasser les limites (E4).

#### 5.3.3.2. Ouverture et dépassement du modèle de base

Le corps du patient n'est pas un objet, il est vivant. Sa perception ne peut être objectivée (E2) et sera donc *toujours subjective* (E2-5, I2-5). Le thérapeute doit donc apprendre à travailler avec sa subjectivité en développant l'ensemble de ses capacités perceptuelles intuitives non verbales (E1, E3) pour favoriser l'échange interpersonnel dans la rencontre avec le patient (E1). Ayant appris à *palper la forme*, il doit apprendre à palper *l'essence de la forme* (E2, I2), apprendre à la ressentir (E2, E5), à passer du *mode déductif* au *mode inductif* (E3), à privilégier la *perception pure, sensation sans interprétation* (E1-3) qui laisse remonter par *tous les sens des information de l'extérieur vers l'intérieur* de soi (E3) en adoptant un *toucher proprioceptif* (E2), celui de l'espace et des volumes (E1-2). En améliorant ses *qualités d'être* et son *savoir-faire* (E2-5, I1-5), passant progressivement *du faire à l'être*

(I3), il instaure un contact de plus en plus global (E2, E4-5, I2) avec le patient et son corps, pour un échange de plus en plus profond (E4-5, I1) avec son intelligence (E5), à travers une communication tissulaire toujours plus précise (E5).

#### 5.3.3.3. *Compagnonnage, chemin privilégié de la transmission*

Le compagnonnage (E2-3, E5, I3) semble la voie privilégiée de l'apprentissage par transmission d'ostéopathe à ostéopathe (I4) d'une expérience vivante malgré les différences entre personnes et les façons de faire (E5). La communication avec les tissus qui est le fondement de l'ostéopathie (E2-5, I5) est avant tout une expérience sensorielle (E2, I5, X) pré-verbale (E1, E3, E5, X). Le compagnonnage sous la forme d'un partage du vécu clinique et surtout de la main avec les « anciens » (E5, I1, I3-4) permet la découverte et la validation de perceptions (I1) qui viendront constituer et renforcer un registre des ressentis (E2, I1, I5) indispensable à leur reconnaissance (E2-3), sorte de *carte* (E5) pour explorer le *territoire* (E5). La transmission de cette expérience vécue peut donc se faire en partageant la main avec un bon professeur (E2) pour suivre les tissus mais aussi en se faisant traiter par lui pour ressentir le travail de l'intérieur (I1-2, I4). *Cela nourrit les sensations* de l'apprenti (I1) et donne des *guides intérieurs* (I1) pour la constitution d'un même modèle dont la compréhension et l'intégration donneront, par reproduction, les mêmes résultats (I1).

#### 5.3.3.4. *« Study groups », effet égrégore et incarnation (embodiment) de la connaissance*

La forme pratique utilisée pour cet accompagnement dans l'apprentissage par transmission est celle des « *study groups* » préconisés par Sutherland (E5) ou groupes d'études à plusieurs permettant de travailler ensemble à la découverte et à la validation des ressentis. Les cours dits post-gradués (I2-5) en sont l'exemple permettant d'aborder à chaque fois

certains aspects plus en profondeur. Travailler de la sorte pour transmettre, en faisant appel à une personne qui connaît déjà un chemin et *guide* le groupe (I3, I5) peut faciliter le processus (I2). Cette personne joue en quelque sorte le rôle de *crystal germe* (E5) qui ouvre la voie à la perception. La présence de plusieurs personnes avec une même intention d'apprendre et de découvrir peut faire bénéficier l'ensemble d'un *effet égrégoire* (I3), un effet de groupe qui amplifie les sensations de chacun (E5, I2, I5) durant l'atelier et favorise les perceptions plus subtiles. L'ostéopathie avec son aspect pratique, la communication avec les tissus, demande de faire passer par le corps une connaissance des gestes (I4) et des ressentis (E1-5, I1-5), *cette notion de l'intelligence de l'incarnation [...] Toute la théorie de l'Embodiment, c'est ça. [Car] ce qu'il faut bien comprendre [...] c'est que l'on comprend avec son corps. Le cerveau, c'est le corps* (E5). Ainsi, le fait découvrir de nouvelles approches, approfondir des façons de faire nourrit et oriente le thérapeute dans son développement et le changement de sa main au fil des années (E2, E5, I2, I4-5). Il faut donc veiller à *élargir ce système de perception que l'on a* (E3).

#### 5.3.3.5. *Exploration personnelle et relecture des anciens*

Ce compagnonnage dans l'apprentissage de l'ostéopathie, et donc de la communication tissulaire, son aspect fondamental) (E4, I2-5), est donc recommandé pour dépasser ou enrichir le modèle de base théorique enseigné. Mais il ne doit pas occulter le fait que c'est la pratique au quotidien et la confrontation avec la diversité des situations (I2, I4) dans la rencontre avec le patient, et sa condition, qui permettent en premier lieu le développement d'une manière de travailler et les résultats associés. La subjectivité de la perception étant fortement impliquée sous la forme de l'intuition et de la créativité (E1), ce processus favorise une approche personnelle. *On n'a pas la même façon de travailler. Cela ne veut pas dire que l'un est*

*meilleur que l'autre. On va juste utiliser ce chemin qui est différent. Pour moi, il y a autant, et je vais dire quelque chose de gros, d'ostéopathies que d'ostéopathes (I4). Ces variations sont à prendre comme des variations dans la forme mais pas dans le fond qui représente une seule et même Ostéopathie (E5) avec un grand « O ». Cette personnalisation de la pratique traduit une exploration personnelle tout au long d'une carrière en fonction de ses aptitudes et habiletés (E1, I2, I4). Après en ostéopathie, il y a tout un compagnonnage qui se fait, tout un savoir-faire qui s'acquiert car c'est un métier manuel en partenariat avec les autres. Et puis après, il y a toutes les qualités personnelles qu'on découvre petit à petit. Et plus soi-même on progresse dans sa perception et dans sa connaissance de soi, plus on progresse dans l'estime de soi aussi, plus on arrive à le projeter sur les autres et donc le patient (E3). C'est en cela que c'est un chemin de vie (E3). Et sur ce chemin de découverte, la lecture (E4-5, I1) ou relecture (E4-5, I1-5) des anciens, Still, Sutherland, Becker est un moyen de s'ouvrir à la communication tissulaire et de l'approfondir. Cela a commencé avec les écrits de Still, les écrits de Becker qui donnaient un cadre dans lequel ils disaient [que] le dialogue tissulaire est possible (I5). Ces écrits sont le témoignage d'une expérience pratique dans la tradition qui peut donner des réponses et orienter des pratiques (I3) là où on se trouve sur le chemin. Il y avait dans des cours, des enseignements de Becker en particulier qu'au départ je trouvais complètement insignifiants (I2).*

#### **5.3.4. Cadre théorique de la communication tissulaire par les participants**

La communication tissulaire joue un rôle fondamental dans la pratique de l'ostéopathie, elle en est le principe dynamique. En définir le cadre théorique revient donc à l'inscrire d'une certaine façon dans celui de l'ostéopathie. Travailler avec l'intelligence du corps, impliquer le mécanisme dans la solution de santé, ressentir les mouvements dans la

profondeur des tissus fait prévaloir l'échange perceptuel dans le ressenti plutôt que la théorie et le raisonnement. L'élaboration des modèles dans la tradition répond au besoin de pouvoir transmettre cette connaissance qui nécessite de développer ses capacités intuitives et créatives pour affiner et enrichir une perception toujours plus subjective et personnelle, ceci afin de pouvoir englober plus que la dimension physique du corps du patient notamment sa dimension énergétique. La profondeur de cette communication avec la vie dans les tissus se prête encore difficilement à l'étude scientifique dite classique. La recherche de telles explications appartient à chacun en fonction de ses intérêts, de son ouverture d'esprit, tout au long de son évolution personnelle.

#### *5.3.4.1. Cadre théorique secondaire à l'expérimentation*

Le développement d'un cadre théorique n'est pas considéré comme prioritaire pour aborder la communication tissulaire mais plutôt comme secondaire à l'expérimentation (E1-2, I2). Il s'agit de comprendre que le développement d'un tel cadre est surtout indispensable, au début, à l'établissement de repères. Mais la compréhension intellectuelle en contentant d'une certaine façon le mode analytique (E4, I3) du cerveau gauche (E1) doit laisser s'ouvrir une porte sur la profondeur de la perception par la créativité, l'intuition et les capacités tactiles et volumétriques du cerveau droit (E1) principales ressources nécessaires à l'exploration des dimensions non verbales de la rencontre (E1) avec le patient dans sa globalité (E2, E4-5, I2). L'ostéopathie est une praxis (E3, E5), un métier manuel qui demande un apprentissage certes intellectuel mais surtout le développement d'un savoir-être et d'un savoir-faire accompagnant une maturation perceptuelle *d'un senti qui se regarde* (E5), un *ressenti* par le corps à travers la pratique, la notion de « *felt-sense* » de Gendlin (E3, E5) ou Levine (E4) en *Focusing* (I3-4) et la constitution d'un registre de ces ressentis. C'est l'aspect sensoriel du développement qui est

le plus important (E2, I5) pour structurer d'abord le ressenti en accumulant les expériences (E5, I1, I2, I4) plutôt que la pensée (E2). À noter que le niveau de conceptualisation du dialogue tissulaire de chacun permis par son cerveau gauche est en quelque sorte un indicateur du niveau de ses capacités pratiques gérées par son cerveau droit (E1). Les deux hémisphères dialoguent (E1), participant au développement et à l'intégration de la connaissance. Mais la théorisation est d'abord considérée comme un outil pédagogique plutôt que pratique (E1-5, I2-5). Elle demande l'élaboration d'un langage commun à la profession qui permettra essentiellement l'échange et la réflexion en dehors de la salle de traitement (E1, E4-5, I1-5). Avec les années se sont développés de grands modèles pour soutenir le développement de cette pratique et définir la lignée traditionnelle.

#### 5.3.4.2. *Modèles théoriques et tradition*

Andrew T. Still, le fondateur, et W. G. Sutherland, son élève, constituent le *tronc commun* d'une *tradition de transmission d'une expérience vivante* (E5). Par la suite d'autres ont pris le relais comme Becker (E1-5, I1-5), Wales (E5), Fulford (E1), Jealous (E3, E5, I1) ou encore Tricot (E4-5, I4-5) avec son *approche tissulaire* plus personnelle. Ces modèles évoluent progressivement passant d'une approche biomécanique à une approche biodynamique, en passant par l'approche crânienne. Ces approches ont toutes le même principe, engager une communication tissulaire pour offrir et maintenir un *fulcrum*, un *point d'appui* afin d'aider à la libération des contraintes pesant sur l'expression de santé dans le corps du patient. Ces approches sont de plus en plus subtiles dans la matérialité de leur niveau respectif de travail : de physique, osseux à fluidique, énergétique en passant par membraneux et liquidien (E2, E5, I1, I3). L'*approche tissulaire*, quant à elle, travaille de manière *synthétique* avec le volume global défini entre les mains du thérapeute (E4). Derrière ces

grands modèles, il y a une tradition, *au fond les constatations sur les invariants structurels de la perception de ce qui se passe, qui se transmettent d'un ostéopathe à l'autre depuis maintenant plus d'un siècle* (E5), tradition qui n'a de valeur que par *la transmission de vérités au-delà des apparences et des formes et des différences culturelles* (E5). Cette tradition tend à aborder le vivant dans sa globalité et ses différentes dimensions.

#### 5.3.4.3. *Dimensions du vivant, conscience et perception*

Ces différentes manières de contacter le patient à travers son corps sont autant d'outils pour pouvoir répondre à ses demandes dans leur globalité. *On est globaliste ou on ne l'est pas* (E2). Elles doivent permettre d'aborder le patient dans *l'écologie de son système* (E2), en lien avec son environnement au travers de ses interactions sur les plans *physique, mental (ou psychologique et émotionnel (E2-3, I2, I4-5)) et spirituel* (E4-5, I1, I3). Ses croyances participent de son état de santé (E1-2, I3-4) notamment dans sa manière de ressentir les effets du traitement et les prises de conscience interprétatives qu'il peut susciter (E2, I3-4). L'ostéopathe n'est pas un psychologue mais la dimension du corps vivant, à la fois *physique et énergétique* (E1-5, I1-5), lui permet d'accéder par le dialogue avec les tissus à des contenus certes physiques mais aussi émotionnels et au-delà (E1-5, I1-5). Les émotions affectent les champs énergétiques (E1) du corps du patient, tout comme les mémoires d'évènements marquants peuvent laisser des traces dans les tissus (E2-4, I3-4). Il est intéressant de noter que le vocabulaire employé spontanément par le thérapeute pour décrire ses ressentis perçus, quand il suit les évolutions des tissus, n'est pas neutre : *Contact, engagement, mise en phase, synchronisation, syntonisation, résonance, vibration, silence, écho, rythme, fluctuation, impulsion, respiration, expansion, rétraction, vague, ouverture, fenêtre, fusion, échange de charges, transmutation, espace, temps, volume, amplitude, puissance, etc.* Cet ensemble de

mots s'accorde très bien avec les caractéristiques des ondes et des champs électromagnétiques invisibles mais perceptibles, voire palpables. Mais il faut *concevoir que l'on ne peut percevoir que ce que l'on conçoit* (E3) d'où l'importance des modèles pour aider à élargir le système de perception et donner des pistes de *reconnaissance* (E2) de ce à quoi s'attendre le plus souvent, en lien avec la conception de chacun de ces modèles (E4). Il subsiste le risque de passer à côté d'informations échappant à ces mêmes conceptions (E4). Percevoir à travers le dialogue tissulaire dans l'approche manuelle ostéopathique doit être différencié du simple toucher qui n'est *qu'un contact avec la peau* et de la palpation qui est *un toucher par la peau avec une intention* (E3). Percevoir demande *d'intégrer d'autres dimensions* à partir des *cinq sens* neuro sensoriels (E3) auxquels s'ajoute l'*intuition* (E1-5, I3-5). Mais *en réalité, on sent avec tout son corps, et on sent avec tout le substratum qui est derrière psycho-émotionnel ou corporel [...]* ce qu'on appelle le *ressenti* (E5). D'où l'importance d'atteindre une *conscience de la perception* (E5) dégagée de toute éducation antérieure (E1-5, I1) et non parasitée par les problèmes personnels du thérapeute (I1-3). Cette *conscience de la perception* permet de revenir à une *primary perception* (E1), une *sensation pure sans interprétation* (E2) donnant la *capacité de pouvoir s'arrêter consciemment dans ce moment de perception* (E5), de suspendre *le jugement automatique et un peu réactif* (E5), *en philosophie l'« epoché »* (E5) et laisser remonter toute la richesse de l'information brute (E1-3, E5, I2).

#### 5.3.4.4. Pistes d'explications scientifiques à la communication tissulaire

Donner des explications scientifiques à ce qui se passe entre les mains du thérapeute dans la communication tissulaire reste difficile. Sorties du consensus des connaissances théoriques, notamment physiologiques, les explications sont parcellaires le plus souvent dépendantes d'un des modèles de la tradition pas toujours vérifiables de manière scientifique.

L'approche biomécanique privilégie l'idée d'une réponse des tissus par activation réflexe du système nerveux autonome (E5). Sa vision matérielle, mécanique et physiologique se prête bien à des études scientifiques pouvant aborder des aspects tels que l'étude des mouvements du corps humain, la biocinématique, ou les propriétés des fasciae. L'approche crânienne a développé des notions comme le *mécanisme respiratoire primaire*, la *fluctuation du liquide céphalo-rachidien* ou celle de *lumière liquide* qui sont souvent enseignées comme faisant parties d'un modèle intellectuel de compréhension du mécanisme crânio-sacré. Mais [...] cela fait plus référence à une expérience perceptive qu'à une vérité scientifique vérifiable (E5). L'approche biodynamique travaille avec les notions de fluide, de *fluctuation longitudinale centrale* et de *ligne médiane*, souvent mis en parallèle avec les lois embryologiques notamment suite aux travaux de Blechschmidt (E3, E5, I1, I3), hypothèse qui éclaire le ressenti entre les mains et participe à un mode d'emploi pour travailler avec. Il existe un intérêt scientifique actuel pour des recherches sur la formation de l'embryon, menées par exemple par Vincent Fleury, décrivant des forces mécaniques à l'œuvre et qui laissent présager des parallèles à faire avec des perceptions dans la pratique ostéopathique (E5). L'approche tissulaire introduit les notions de *libération d'énergie* et de *conscience cellulaire, tissulaire*. Cette dernière, bien que frustrante, est suffisante pour répondre aux injonctions du thérapeute et établir ainsi un dialogue. Le corps devient une sorte d'*agrégat de consciences* dont la pulsation définit une *impulsion rythmique tissulaire* (E4).

Ces trois dernières approches, crânienne, biodynamique et tissulaire, cherchent à dépasser le simple aspect physique d'un corps humain vivant pour mieux englober la variété des perceptions possibles ressenties dans la pratique définissant une réalité plus profonde. La recherche scientifique sur cette dimension énergétique du corps humain reste encore très

marginale car certainement difficile à mettre en œuvre. Cela n'empêche pas les références à des notions telles que *champs énergétiques* (E2-3, E5) ou *électromagnétiques* (I4), *corps éthérique* (E5), *champs morphiques de Sheldrake* (E2) ou *morphogénétiques* (E3), *champs de Pinel* (E3) évoquées pour illustrer cette dimension invisible mais palpable. La *physique quantique* est également mentionnée (E2-3, I1, I3) en support des explications possibles à l'influence de la présence du thérapeute et de ce qui se passe durant le processus. Mais pour d'autres, elle n'apporte rien de plus à la pratique et est donc jugée sans intérêt (E4) autre qu'un réconfort du mental (E4, I3). L'idée la plus poussée est celle du *champ unifié d'Haramain* (E3) qui engloberait la mécanique physique, la mécanique quantique et la spiritualité. Elle pourrait être mise en relation avec l'idée d'un corps humain vu comme une *inscription d'énergie cristallisée dans l'espace et le temps* (E5).

Il est à noter que d'autres voies de compréhension du fonctionnement de l'être humain dans sa globalité se développent et suscitent de l'intérêt pour apporter des réponses, qu'il s'agisse de philosophie avec la phénoménologie de la perception de Merleau-Ponty et sa notion de « chair du monde » (E1), de sociologie avec la *théorie de la complexité* d'Edgar Morin (E2), de psychologie avec la capacité d'*empathie* (E2, I1, I3-4), communication entre ressentis (E5) ou encore des neurosciences avec la proprioception et l'intéroception ouvrant sur la possibilité d'une conscience du corps constamment réactualisée donnant justement naissance à un « *feeling* », un ressenti (E5). A ce stade, les idées deviennent vite très personnelles propres aux champs d'intérêt de chaque thérapeute et de ses recherches. Le corps peut être envisagé comme un émetteur de signes à décrypter pour en apprendre le langage. C'est l'objet de la *biosémiotique* (E5). La communication tissulaire offre ainsi l'opportunité

exceptionnelle d'explorer le vaste monde du vivant par un contact privilégié et direct avec l'expression de vie qui le traverse et l'anime, source d'un cheminement sans fin.

## **6. DISCUSSION ET CONCLUSION**

Dans ce chapitre, les résultats de recherche seront rappelés tout en dégagant le sens qui peut leur être donné. En abordant différentes facettes du concept de communication tissulaire dans une présentation descriptive et interprétative des idées et du vécu des ostéopathes participants, une vision de plus en plus large émergera pour en révéler sa portée. Une évaluation des forces, limites et faiblesses de la recherche suivra dans un souci d'objectivité avant d'aborder ce qui en est transmissible et vers quelles pistes d'exploration peut tendre la recherche à venir.

### **6.1. Résultats et sens à donner au concept de communication tissulaire**

L'étude du concept de communication tissulaire fait ressortir son importance et sa portée dans l'ostéopathie. La communication avec les tissus apparaît comme indispensable au soin pour obtenir un résultat durable. Les conditions de mise en place de cette communication avec les tissus et le moyen d'expression qu'elle leur offre permettent de trouver en effet un équilibre plus cohérent de santé. Les résultats issus des entrevues ne sont pas en contradiction avec la littérature sur le sujet mais viennent plutôt la soutenir et la compléter en illustrant des aspects du vivant que la rédaction d'ouvrages ne peut conserver par souci de synthèse. C'est un peu comme découvrir les coulisses avec les ressorts du mécanisme et les choix possibles quand n'apparaît dans la littérature que les résultats sans le cheminement qui y conduit. Les entrevues sur l'expérience vécue viennent donc donner de la consistance, du relief, de la profondeur à cette mécanique interne à l'œuvre durant et dans la communication tissulaire. Sont ainsi mis en lumière des aspects invisibles, parfois inconscients, et subjectifs propres à

l'expérimentation et qui ne peuvent s'exprimer que dans le partage de l'expérience vécue et son ressenti.

### ***6.1.1. La communication tissulaire comme principe de base du traitement dans la tradition ostéopathique et ses modèles***

Il ressort des entrevues que la communication tissulaire est le fondement même de l'ostéopathie, son cœur. Les participants en cela confirment le socle de base de la tradition ostéopathique rappelé par Roche (2014). Ils font du fondateur Still et de son successeur Sutherland les précurseurs du concept de communication tissulaire, du dialogue avec les tissus. Ce concept a fait son chemin à travers le développement des modèles de l'ostéopathie présentés, du structurel au crânien et à la biodynamique. Cette évolution des modèles reflète l'évolution de la perception du corps humain passant d'un aspect essentiellement mécanique à un système de plus en plus complexe intégrant les liquides puis les fluides jusqu'à une dimension énergétique. Becker, Wales, Fulford ou encore Jealous sont considérés comme des continuateurs et les vulgarisateurs de cette façon de travailler. C'est celle que Still, avec sa vision du divin en l'homme, a su retrouver dans les profondeurs des tissus du patient en établissant le contact avec sa capacité auto-régulatrice, expression de vie. En englobant toujours plus la véritable nature de l'homme dans le traitement, ces modèles traduisent la progression des ostéopathes dans leur qualité de dialogue avec les tissus et cernent le principe essentiel du mode de fonctionnement de cette démarche et son mode d'emploi : offrir un point d'appui, un fulcrum au corps et le maintenir par le dialogue jusqu'à résolution pour obtenir un meilleur équilibre de santé. Ce même principe s'applique aussi bien pour un point d'appui purement mécanique en structurel, que sur un plan énergétique dans les fluides en crânien ou en biodynamique. Les manières de travailler peuvent varier en fonction des habiletés du

thérapeute et du modèle retenu. Elles peuvent constituer autant d'approches différentes dans la pratique. Cependant, toutes basées sur ce même concept de communication avec les tissus à partir d'un fulcrum, elles définissent une seule ostéopathie (E5, Lever, 2013/2014), quelque soit le niveau de travail retenu.

### ***6.1.2. La communication tissulaire comme vecteur d'échange dans la relation thérapeutique et moyen de contacter l'intelligence du corps***

Tel que décrit par Becker (Brooks, 1997/2012), Lever (2013/2014) ou Tricot (2005a, 2008), les participants mettent également l'emphase, outre sur le savoir-faire du thérapeute, sur l'importance de ses qualités d'être, indispensables à l'établissement d'une relation propice au soin. Des notions qui n'appartiennent pas exclusivement à l'ostéopathie et à la communication tissulaire :

Dans tout exercice professionnel impliquant la mise en jeu de l'Autre, trois données s'enchevêtrent : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Dans la pratique médicale le savoir est valorisé par la Faculté, le savoir-faire par la clinique, et le savoir-être par le malade. (Andrieu, 2008, p. 116-117)

Mais ces notions sont d'autant plus importantes que la proximité du thérapeute et du patient dans la relation thérapeutique est forte en ostéopathie. Les participants soulignent d'autant plus l'importance d'établir un lien de confiance entre le patient et le thérapeute dans lequel chacun d'eux pourra s'ouvrir l'un à l'autre et notamment permettre, à travers l'interface des mains, l'échange des informations pertinentes au traitement dans la communication avec les tissus. Par sa présence et son écoute, le thérapeute se rend disponible et réceptif à l'autre pour qu'il puisse s'en remettre à lui (servir de fulcrum). Et en retour, par son attention et son savoir-faire, le thérapeute trace un chemin vers plus de santé en cherchant à établir un contact avec la capacité d'autorégulation dans la profondeur du corps du patient pour la rejoindre et

impliquer son intelligence. Dans ces conditions, ce contact particulier, global (proprioceptif) et volumétrique, une fois installé, permet une sorte de *mise en phase* entre deux entités complexes (E1) que sont le patient et le thérapeute. Elle crée l'opportunité d'une résonance d'être à être à travers laquelle pourra émerger, circuler et s'exprimer l'information thérapeutique par la voie du ressenti subjectif. La communication tissulaire devient un support dynamique pour se rapprocher *un peu plus d'un « mécanisme » par lequel la fusion du savoir, de la visualisation et de l'intention crée un outil de guérison essentiel et puissant* (Lever, 2013/2014, p. 197).

### **6.1.3. *La communication tissulaire comme moyen d'exploration de l'autre, entre intimité et distance juste***

Pour les participants, la rencontre patient-thérapeute, par l'intermédiaire des corps et de l'interface des mains du thérapeute, permet d'avoir accès à l'autre, le patient. *Le toucher est [...] une stratégie relationnelle servant de mode de contact avec le monde et avec les autres* (Andrieu, 2008, p. 54). Mais dans le cas de la communication tissulaire, le toucher permet d'aller rejoindre l'autre dans sa profondeur car il passe par un contact particulier, un contact proprioceptif global qui pénètre son intimité pour atteindre son essence, sa véritable nature, son « cœur » vivant. Ce contact particulier fait disparaître les frontières et peut donner l'impression d'une fusion de *corps à corps* dans le dialogue avec les tissus. L'idée de séparation s'estompe et disparaît. La conscience corporelle du thérapeute fusionne avec celle du patient (E5, I1) ouvrant la voie à un échange de *cœur à cœur*. Le corps physique devient le point d'ancrage à partir duquel la conscience peut se projeter temporairement dans l'autre ou fusionner avec et grâce auquel elle pourra revenir à elle, à son identité première. C'est pourquoi ce lien profond doit se faire dans l'empathie, connexion de ressenti à ressenti,

perception subjective s'il en est qui requiert du thérapeute une présence honnête, discrète et en quelque sorte transparente dans le respect d'une juste distance à l'autre, sans jugement. Le thérapeute n'est qu'un médiateur qui facilite l'expression de vie. À l'image des techniques qui doivent être pratiquées physiquement pour être progressivement intégrées, la pleine compréhension de telles notions évoquées théoriquement au début de l'apprentissage nécessite de les vivre intérieurement, de les « incarner », c'est-à-dire de les ressentir par le corps pour les assimiler sans quoi les écrits qui en traitent resteront hermétiques jusque là comme en a témoigné I2, en toute bonne foi, pour ceux de Becker.

#### ***6.1.4. La communication tissulaire comme espace de partage dans l'apprentissage***

Le meilleur chemin proposé pour l'apprentissage de cette communication avec les tissus est celui du compagnonnage. Il offre l'opportunité de partager une expérience vécue et la « main » avec de plus expérimentés que soi. Ainsi encadré, ce cheminement permet d'aborder une perception toujours plus consciente et incarnée du vivant au sein des tissus et de la valider, c'est-à-dire de découvrir et connaître le juste ressenti en « touchant » sa dimension invisible pour pouvoir par la suite le reconnaître seul. La présence de l'apprenti et celle de celui qui sait, déjà unies dans une même intention, participent de cet échange même, sans qu'on puisse en connaître toute la nature. Une véritable transmission de l'expérience vivante peut s'opérer alors directement et au-delà des mots. Par cette voie, l'apprenti peut se constituer un registre de ressentis qui lui serviront d'autant de guides intérieurs pour explorer le territoire du corps du patient avec une carte valide et un mode d'emploi. Cette transmission rend vivant les modèles et permet d'en dépasser les limites par une pratique personnelle au quotidien. *L'apprentissage de la sensibilité [...] place le corps dans l'éveil et le développement des sens* (Andrieu, 2008, p. 49). Chacun développe ses aptitudes en affinant ses qualités d'être, son

savoir-faire et en enrichissant ses perceptions. Le chemin de partage des ressentis physiques et/ou d'idées à leur sujet objective en quelque sorte cette information issue du tactile en la recoupant. Les invariants structurels (E5) peuvent émerger et donner du sens. Cet aspect pratique de la transmission d'un métier manuel qu'est l'ostéopathie n'est pas très souvent développé dans la littérature car certainement considéré comme implicite à la démarche, la théorie des livres étant à mettre en pratique au quotidien et au travers de stages qui sont offerts pour pratiquer et non être « racontés ». Le partage du vécu des participants le fait donc ressortir comme partie essentielle de la formation et du développement de la praxis. Il participe de la clarification des sensations car *faute d'un apprentissage tactile du tangible, la profusion sensorielle est incontrôlée, entretenant une confusion entre le corps et l'objet* (Andrieu, 2008, p. 53) et, plus spécifiquement dans le cadre de la communication tissulaire, entre le corps et le corps de l'Autre.

#### ***6.1.5. La communication tissulaire comme illustration privilégiée de la cognition incarnée et de la subjectivité afférente***

L'ostéopathie est une thérapie manuelle, une praxis qui demande le développement de l'ensemble des capacités du thérapeute tant sur le plan physique que mental. Qualités d'être, savoir-faire sont requis mais également vécu personnel et ouverture d'esprit pour s'intéresser au monde en général en voulant essayer de le comprendre. Cela nécessite donc une lente et pleine maturation de soi, dans son corps et son esprit dont témoignent les participants en expliquant leur cheminement. Ils prennent conscience de cette évolution en la ramenant à la sensibilité intelligente et croissante de leur « main » au fil des ans. Cette « main » se transforme avec l'expérience, ils se « font la main » avec le temps. Elle devient de plus en plus adaptée et efficace pour communiquer avec les tissus du patient. Il ne s'agit plus alors d'une

main physique comme extrémité appendiculaire du membre supérieur, mais d'une « main » qui s'élargit à la totalité du corps vivant dans une connaissance incarnée. Elle sait. Les mots de Sutherland, les « *doigts qui pensent, sentent, voient et savent* » (Brooks, 1997/2012, p. 69) acquièrent plus de sens. La connaissance est ressentie de l'intérieur, dans l'épaisseur d'un corps intelligent pour lequel la main ne représente plus qu'une interface avec l'autre. Cette longue transformation interne illustre la *théorie de l'embodiment* de Varela ou *cognition incarnée* dont les idées partagent avec l'ostéopathie d'une part des principes de base avec le concept d'*autopoïèse* qui caractérise le vivant par sa capacité de s'auto-produire dans son environnement et d'autre part l'intérêt pour l'aspect pratique, l'incontournable expérience propre immédiate, l'*énaction*, pour explorer le monde. Ce dernier ne peut être indépendant de celui qui le perçoit. Objectivité analytique et subjectivité synthétique sont inséparables pour aborder et donner du sens au monde. La voie de l'écoute est donc à privilégier, celle de la perception sans jugement qui laisse remonter l'information brute lors de l'*epoché* si proche du « *be still and know* » de Sutherland. Cette voie passe non pas par le cerveau et le mental mais par le corps conscient, intelligent, par l'*éprouvé corporel* (Bois, 2007). Still ou Sutherland considéraient qu'il fallait 15 ans de pratique pour revenir à l'essentiel d'après I2. Tandis qu'I1 évoque entre 15 et 20 ans de bonne pratique pour Duval ou 100 ans pour Wales. C'est un long chemin d'exploration qui peut être une quête sans fin.

#### **6.1.6. *La communication tissulaire comme source de ressentis définissant une réalité subtile du corps humain***

L'avantage indéniable de l'accès au vécu, à l'expérience dans le cadre d'une approche thérapeutique pratique manuelle est de pouvoir mettre l'accent sur la pluralité des mots employés pour exprimer les ressentis à la différence des présentations théoriques qui

synthétisent. Les participants ont donné un aperçu de cette variété en caractérisant l'absence de santé dans un corps par des restrictions de mobilité associées ou non à une notion de fermeture plus ou moins prononcée. Ils en ont fait de même en décrivant spontanément leurs ressentis, quand ils suivent les évolutions au sein des tissus, comme autant de caractéristiques volumétriques de champs électromagnétiques, certes invisibles mais palpables, avec lesquels travailler. Ce que confirment par exemple les visions de Fulford (Comeaux, 2002/2005), Handoll (2001), Lee (2005/2011), Lever (2013/2014) ou Varlet (2009). Au simple corps physique, matériel du patient se superpose, s'entremêle ainsi un corps énergétique que l'on peut percevoir et palper avec l'expérience. Il apparaît alors que plus la communication tissulaire est profonde, plus les perceptions sont délicates et le ressenti subtil. Cette subtilité implique d'autant plus les capacités du thérapeute à établir et maintenir les conditions de l'échange. Qualités d'être et savoir-faire sont sollicités de façon croissante pour assurer l'ancrage et la stabilité des conditions de dialogue avec les tissus. Le corps du thérapeute est globalement impliqué avec celui du patient dans la relation de soin et dans l'impression de fusion et d'unité qui peut en découler, le centrage du thérapeute lui permet de maintenir dans la profondeur le point d'appui, le fulcrum répondant à l'intention de séance et qui a été accepté par le corps du patient et sa capacité d'auto-régulation.

#### ***6.1.7. La communication tissulaire comme aiguillon à la recherche d'explications***

L'établissement, par l'interface des mains et la présence du thérapeute, d'un échange dans la profondeur des tissus du patient pour que s'opère un changement thérapeutique peut questionner l'ostéopathe curieux et éveiller son intérêt pour chercher à comprendre ce qui se passe lors du traitement ostéopathique. Pour travailler avec cette réalité, les modèles ostéopathiques offrent une manière de voir les choses ainsi qu'un mode d'emploi

correspondant. Le modèle structurel présente une vision mécanique du corps humain que l'on peut appeler classique et qui s'intègre facilement dans le monde matériel et visible du quotidien. Mais il n'en est pas de même avec les modèles crâniens ou biodynamiques qui abordent des dimensions invisibles mais palpables du réel. Les explications scientifiques à donner deviennent tout de suite moins claires car la recherche sur ces plans-là est toujours en développement. En ostéopathie, les tentatives recensées de Fulford, Handoll, Lee, Lever, Tricot ou Varlet tendent vers l'intégration de ces nouvelles découvertes et dénotent une réelle ouverture d'esprit. Mais la distance est encore longue et l'intérêt dans la pratique tout relatif pour certains puisque l'on sait déjà comment s'y prendre même sans avoir toutes les explications. Chacun y va donc de ses croyances et connaissances fondées sur les modèles utilisés et l'expérience accumulée pour avancer.

Pour les curieux, outre l'anatomie et les aspects physiologiques tels que les propriétés des fascias et des liquides, les pistes de réflexion récentes les plus communes s'orientent vers les sciences dites « dures » avec un intérêt particulier pour la physique quantique, le rôle de l'observateur et la notion de champ quantique donnant des explications possibles à l'importance de la présence du thérapeute et aux modes d'action à envisager. La vision objectivante et réductrice de cette approche laisse poindre l'émergence de l'intérêt pour les sciences dites « molles » qui permettent à l'opposé d'envisager la réalité de manière beaucoup plus globale et subjective à l'exemple de la phénoménologie qui étudie le rapport de l'homme au monde, à son environnement, à l'autre. Masiello (2000), ostéopathe, rappelle la pensée du phénoménologue Merleau-Ponty pour qui *conscience et matière sont indissociables*. Le corps physique au travers des cinq sens permet au moi d'expérimenter et d'interpréter le monde. La conscience et la matière constituent un *corps vécu* dont les contours sont flous et poreux au

monde dans lequel il est immergé et avec lequel il s'interpénètre. *La perception est toujours participative, c'est à-dire qu'il existe une interaction entre le corps qui perçoit et ce qu'il perçoit. L'interaction est possible parce qu'il existe une matrice ou une unité fondamentale au sein de laquelle moi et l'objet de ma perception participons* (Masiello, 2000, p. 29). Cette vision débouche sur la vision d'un corps sensible interagissant avec un monde pareillement sensible qui le baigne et dans lequel la conscience joue un rôle essentiel dans la perception des choses. L'homme, *conscience et matière*, fait partie du monde et participe à la production de sens :

A travers sa corporéité, l'homme fait du monde la mesure de son expérience. Il le transforme en un tissu familier et cohérent, disponible à son action et perméable à sa compréhension. Émetteur ou récepteur, le corps produit continuellement du sens, il insère ainsi l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné. (LeBreton, 2013, p. 18)

Tout devient émetteur de signes à observer, langage à déchiffrer, champ d'investigation de la biosémiotique (E5).

#### **6.1.8. *La communication tissulaire comme composante d'un langage d'exploration du monde, du corps sensible***

La communication tissulaire permet d'aller rejoindre au plus profond des tissus du patient le mécanisme auto-régulateur sous-jacent, à l'œuvre dans le corps. Elle établit ainsi un contact avec la capacité du corps à répondre sous-tendant l'existence d'une conscience corporelle intelligente et de manière plus universelle celle de la force de vie qui l'anime. Ce constat fondateur de la pratique ostéopathique transforme la perception d'un corps-objet en corps-sujet (Humpich, 2016) et conforte l'intérêt, avec l'expérience, de faire évoluer sa façon de travailler du *faire* vers l'*être*. Ceci ouvre la voie à une dimension de langage dans l'échange. Ce langage est certes pré-verbal et se traduit principalement par le mouvement

interne au sein des tissus mais aussi, chez le thérapeute, de manière visuelle ou par des sensations corporelles. Ce sont autant de réponses à la présence du thérapeute et à ses suggestions par son savoir-faire tactile (techniques, etc.) et langagier mental non-verbal (exemple des *questions de Sutherland*) ou imagier (proposition d'images au corps). D'une certaine façon, le thérapeute parle à un interlocuteur en cherchant à traduire ses perceptions en dimensions palpatoires (E1). Les approches peuvent variées mais elles doivent être considérées comme complémentaires les unes aux autres, comme autant de grammaires, de chemins, menant à une « seule » ostéopathie (E5, Lever, 2013/2014).

Dans un monde vivant où l'on peut concevoir conscience et matière comme indissociables, il faut dépasser l'idée d'un corps physique simplement matériel, le « *Körper* » en phénoménologie, pour s'orienter vers un corps sensible avec lequel on peut communiquer et dialoguer en conscience, celui du *corps vécu*, le *corps de chair*, le « *Leib* », dans lequel pulse la vie, *l'homme n'est pas un corps, il est de chair* (LeBreton, 2013, p. 274). Ce corps sensible s'adapte continuellement à son environnement changeant qu'il soit interne ou externe (Tricot, 2005a, I1, I4). *Le paradigme du Sensible* de Bois (2007) souligne cet aspect-là en tant que prolongement de l'approche phénoménologique, notamment celle de Merleau-Ponty qui avait pour projet une nouvelle philosophie, qui se devait d'explorer le lien charnel entre le corps et le monde (Bois & Austry, 2007, p. 15). Il permet d'envisager de nouvelles pistes de compréhension dans le cadre de la communication tissulaire car il permet d'aborder l'expérience de la profondeur du corps à travers un contact manuel rendant accessible des facettes de l'expérience inapprochables par le retour purement réflexif.

L'expérience du *corps vécu* apparaît comme primordiale dans l'exploration de la relation à l'autre notamment quand à l'unisson avec son corps, fusionnant en conscience, le

thérapeute résonne de tout son être, privilégiant le chemin du cœur pour aller à la rencontre de l'essence de l'autre et de l'essence du monde. Sa corporéité, conscience incorporée, résonne sur le même plan que celle de l'autre. Sur un plan physique, les uns y verront le contact privilégié avec le système nerveux autonome du patient impliqué dans le soin. Sur un plan mental et conscient, il s'agira d'échanger avec l'intelligence du corps de l'autre. Sur un plan plus spirituel, cela consistera à rejoindre l'expression de vie dont les participants évoquent la dimension numineuse, divine avec humilité et réserve.

Le corps se transforme en une harpe sensorielle vibrante, métaphore d'une trame fasciale tensègre, liquidienne, parcourue par les fluides, voire au-delà, qui résonne au chant du Monde. Chaque niveau est interrelié au sein de l'identité qui l'incorpore mais aussi avec celle de l'autre. Patient et thérapeute se rencontrent ainsi dans leur subjectivité, dans leur ressenti le plus profond. Le *Souffle de vie* les traverse au cœur d'eux-mêmes, devenus caisse de résonance amplifiant consciemment les signes les plus ténus de son expression. Dans la relation de soin, le thérapeute touchant est touché et le patient touché devient touchant (Humpich, 2016).

#### ***6.1.9. La communication tissulaire comme moyen de dépassement et d'expression artistique pour appréhender le mystère de la vie***

Toute maîtrise demande un apprentissage. À l'image de la musique pour laquelle, doué, on peut se former à l'écoute, Still a d'une certaine façon (re)découvert l'ostéopathie à travers son exploration directe et personnelle de la nature, sans mode d'emploi. Mais en général, l'apprenti passe par les gammes qui forment sa main et n'oublie pas l'étude du solfège qui lui donne un mode d'emploi pour lire la musique et développer son oreille intérieure. En ostéopathie, l'apprentissage de la communication tissulaire est de la même

veine. Elle conduit à se former une main sensible pour ressentir pleinement la sensation mais également un œil intérieur, l'*œil de l'esprit* (E3, I1, Masiello, 2000) qui rendra l'anatomie vivante au sein du patient en organisant l'espace (Ducoux, 2012) pour y voyager. Une fois les bases apprises et intégrées, il sera temps de les oublier et de se montrer créatif. Avec une main et un œil d'artiste, l'ostéopathe pourra transformer cet échange en expression vivante d'un art manuel en contact direct avec la vie foisonnante.

Du temps de Still, pas de techniques enseignées. Chaque étudiant établissait sa propre relation suivant son niveau de développement personnel et son évolution (Masiello, 2000) ce qui témoigne du chemin de vie que peut représenter l'ostéopathie et la communication avec les tissus, une *danse* avec la Vie (E1, E5, I1, I3, Lever, 2013/2014) et son mystère. Le Breton décrit bien les conditions de cette immersion dans le monde et du rapport unique de chacun avec lui :

Entre la chair de l'homme et la chair du monde s'étend une continuité sensorielle de chaque instant. L'individu ne prend conscience de soi qu'à travers le sentir, il éprouve son existence par les résonances sensorielles et perceptives qui ne cessent de le traverser. Il est inclus dans le mouvement des choses et se mêle à elles de tous ses sens. Pourtant, la perception n'est pas coïncidence avec les choses, mais interprétation. Tout homme chemine dans un univers sensoriel lié à ce que son histoire personnelle a fait de son éducation. (LeBreton, 2013, p. 158)

#### ***6.1.10. La communication tissulaire comme moyen d'accès et d'interprétation de l'insondable***

Suite aux lectures effectuées et au partage de l'expérience avec des ostéopathes chevronnés, il ressort donc que la communication avec les tissus permet, par un contact approprié, de rejoindre ce qui pourrait être appelée l'intimité de l'intimité de l'autre dans laquelle la vie s'exprime. Il s'agit d'une proximité plus grande encore que celle définie par Hall avec ses quatre (4) distances (intime, personnelle, sociale et publique) qui *constituent un*

*mécanisme de régulation de l'espace personnel et se rapprochent des mécanismes non verbaux du langage* (Andrieu, 2008, p. 34). Au lieu de rappeler l'idée que *la place du corps dans un environnement ne se limite pas à la surface de la peau* (Andrieu, 2008) et ainsi le projeter vers l'extérieur, il s'agit bien plutôt, dans ce cas, de définir un espace intérieur plus secret. Intimité de l'intimité donc car au cœur de l'individualité du patient et de la sienne, le thérapeute accède à une dimension universelle, celle du vivant qui l'anime, qui respire à travers lui, qui pulse dans un mouvement d'échange lent et régulier entre l'essence du patient et celle de l'environnement, entre l'identité individuelle et le monde universel.

Durant le traitement ostéopathique, et plus particulièrement lors d'un *Stillpoint* global, avec un grand « S » pour E3, offrant un « point d'immobilité » comme dirait Becker, espace et temps semblent disparaître (E2, E3) pour laisser apparaître dans un état de tranquillité dynamique un nouvel équilibre de santé. En concevant *l'homme comme une inscription d'énergie cristallisée dans l'espace et le temps* (E5) ou comme un *cristal liquide uniaxe* (Ho, 2013), il s'opère à cet instant des *transmutations d'énergie* (E5) modifiant le fonctionnement général du corps. Les propriétés, notamment bioélectriques, des fasciae et des liquides du corps humain participent d'un changement global et rapide, quasi instantané, du corps vivant par la restauration de ce que certains appellent une *cohérence quantique* (Ho, 2013), le retour à un équilibre dynamique thérapeutique. Cet instant est une fenêtre sur une autre dimension, une *5<sup>ème</sup> dimension* (E3). Espace et temps deviennent les axes horizontaux de cette ouverture d'où émerge une dimension verticale, différente et insondable, qui détient l'information conduisant à plus de santé. Suivant l'exemple d'un tourbillon dans l'eau calme d'un bain qui se vide, on peut imaginer un vortex d'énergie dont le cœur, *l'œil du cyclone*, tranquille mais

dynamique, « point d'immobilité » pour Becker, laisse passer l'information de santé et de vie, comme l'air à travers ce tourbillon d'eau, comme un fluide informé dans les liquides.

De la même façon que Swedenborg (Lee, 2005/2011), Still entrevoyait dans une vision vitaliste l'esprit investissant la matière réceptrice pour définir l'homme. Cette vision du vivant a orienté sa pratique par l'écoute du mouvement comme base de la communication tissulaire et sa philosophie symbolisée par son idée de Biogène.

La pensée que le mouvement est le seul et unique témoignage de la vie nous conduit à considérer la machinerie au sein de laquelle œuvre la vie pour accomplir les résultats qui en témoignent sous forme de « mouvement ». [...] L'harmonie ne s'installe que là où l'obstruction n'existe pas. [...] La vie terrestre possède mouvement et puissance; les corps célestes possèdent connaissance et sagesse. Le biogène correspond à ces deux vies unies dans l'action et confère à toutes choses mouvement et croissance. (Still, 2003, p. 259-261)

En résumé, la communication tissulaire participe donc à la découverte de la vie en établissant un pont avec son expression, le mouvement, pour la potentialiser car gage de santé. Elle met en lumière la dimension profonde du corps vécu et sensible comme voie d'apprentissage et de partage. La communication tissulaire constitue un chemin d'accès pour l'exploration du monde. Ce chemin se veut créatif et artistique. Il peut mener au cœur de soi et au cœur de l'autre pour dépasser les frontières individuelles et rejoindre la dimension universelle de la vie.

## **6.2. Forces, limites et faiblesses de la recherche**

### **6.2.1. Forces de la recherche**

#### *6.2.1.1. Un thème peu étudié*

Comme disait Sartre dans son livre *La responsabilité de l'écrivain* : « Nommer, c'est faire exister ». Dans le cadre de cette recherche, il s'agissait justement de mettre en mots la compréhension qu'ont les ostéopathes de ce concept de communication tissulaire afin d'en

révéler l'importance en ostéopathie et ainsi pouvoir l'aborder plus en profondeur pour en partager les différentes dimensions. Il est apparu très vite dans la préparation de cette recherche et lors de la recension des écrits que les sources traitant de la communication tissulaire étaient assez rares. Elles transparaissaient à travers des tentatives d'explications des fondements de l'ostéopathie et de ses modèles sans pour autant que le concept soit abordé frontalement. Ce qui renforçait l'intérêt de l'explorer.

#### *6.2.1.2. Un lien direct avec l'expérience*

La maîtrise et l'organisation des sensations perçues au travers du contact manuel avec les tissus demandent un long apprentissage pratique pour être intégrées et donner corps à une véritable communication avec les tissus. De plus, mettre des mots sur des ressentis perçus, invisibles mais palpables, présente une réelle difficulté à surmonter mais elle demeure indispensable au partage du vécu et à l'échange des idées associées. Cette difficulté est renforcée dans la société occidentale par la structure d'esprit privilégiant le sens de la vision sur les autres, notamment celui du toucher incontournable dans la communication tissulaire. Et pourtant, Le Breton en rappelle l'importance :

Seul sens indispensable à la vie, le toucher est la souche fondatrice du rapport de l'homme au monde [...] Le contact avec l'objet est un rappel d'extériorité des choses et des autres, une frontière sans cesse déplacée qui procure au sujet le sentiment de son existence propre, d'une différence qui le met à la fois face au monde et immergé en lui. (Le Breton, 2013, p. 178)

Il paraissait donc intéressant de creuser en ce sens en allant interroger directement des ostéopathes expérimentés. Intéressés par le sujet et prêts à en parler, ils pourraient ainsi livrer leur version des faits en partageant leur expérience pratique et en expliquant leur propre cheminement entre perceptions, réflexions et interprétations possibles à donner. De la sorte, le

chercheur pouvait espérer au minimum enrichir le matériau de recherche sur le sujet et au mieux en dégager les grands axes.

#### 6.2.1.3. *L'apport de la phénoménologie*

S'intéresser au vécu des personnes pour définir des phénomènes tel ceux associés aux échanges avec les tissus du patient nécessitait de trouver l'approche adéquate pour le faire. La phénoménologie, avec sa façon de définir le rapport de l'homme à l'autre et au monde ainsi que son recours à la dimension subjective pour le faire, présente une voie de prédilection pour interpréter le récit des vécus collectés. Par sa proximité avec la philosophie de l'ostéopathie développée par son fondateur A. T. Still, elle rend possible l'exploration d'aspects invisibles de la rencontre patient – thérapeute dans sa vision du vivant où l'esprit se mêle à la matière et où l'on peut accéder à l'essence des choses par une attitude pré-réflexive. Elle permet le passage, si important pour la qualité de l'échange avec le patient et ses tissus, du corps-objet au corps-sujet. Le corps-sujet devient un corps sensible avec lequel on peut communiquer et dialoguer. En ce sens, la communication tissulaire devient un moyen de réhabiliter la corporéité de l'intelligence cognitive mises de l'avant par Varela dans sa théorie de la *cognition incarnée*. Elle rend en quelque sorte sa place au corps dans le monde et le moyen qu'il représente pour l'explorer dans toute sa profondeur.

#### 6.2.1.4. *Une voie et un outil privilégiés*

Sur ces bases, il devient possible d'aborder concrètement et scientifiquement le contact privilégié que la communication tissulaire peut établir avec le *Souffle de vie* qui anime les tissus dans leur profondeur et de décrire cette rencontre avec l'*Involontaire* de Becker. L'exemple de la *pédagogie perceptive* de Bois avec son idée du *Sensible* citée dans cette

optique et les travaux de recherche qui y sont associés sont une référence très intéressante pour développer un cadre de recherche scientifique éprouvé à cette manière de faire.

### **6.2.2. *Les limites de la recherche (devis, population, etc.)***

#### *6.2.2.1. Le devis*

L'étude du concept de la communication tissulaire s'est voulue essentiellement descriptive afin de rapporter les idées et le vécu des ostéopathes participants sur un thème peu abordé d'ordinaire dans son ensemble. La richesse des matériaux collectés a permis au chercheur de pousser loin son travail sur le sens à donner aux résultats. Dans ce processus itératif propre à la recherche qualitative, le chercheur a pu approfondir sa pensée sur le sujet et livrer une ultime réflexion qui entre, elle, dans le cadre de l'exercice herméneutique et se voulait exploratoire. A la limite de son devis, le chercheur a voulu ouvrir la porte à des pistes de recherches plus poussées dans ce sens.

Le sujet de la communication tissulaire, malgré son importance, a été considéré comme peu traité et le devis ne pouvait donc être trop précis. Sans véritable référence, une plus grande liberté était possible pour le chercheur afin de définir le cadre de sa recherche et choisir l'approche phénoménologique qu'il comptait utiliser pour aborder les participants sur leur propre expérience. Il a pu ainsi en montrer tout l'intérêt pour aborder un thème de recherche très riche et révéler son potentiel prometteur pour l'avenir. A contrario, cette grande latitude et les choix qu'elle a permis peuvent être considérés comme arbitraires ou injustifiés par certains. C'est tout l'intérêt de la recherche que d'offrir la possibilité d'ouvrir des voies à certains et que d'autres puissent les remettent en cause, les modifier ou les valider. Cette approche

phénoménologique du thème de recherche a été jugée pertinente pour son exploration mais ne peut être considérée comme exclusive.

#### 6.2.2.2. *Population étudiée*

Parmi les ostéopathes participants, les deux sexes sont représentés même si la parité n'a pu être respectée. Ceci s'explique pour deux raisons. Les ostéopathes expérimentées de sexe féminin avec plus de vingt-cinq (25) ans d'expérience et dont un des critères de sélection était la rédaction de livres ou articles sur le sujet sont très rares. Il est à noter qu'il a été plus facile d'en rencontrer pour le deuxième groupe, celui des intéressés, dans lequel elles sont mêmes majoritaires. Cela reflète bien l'évolution de la profession et de leur représentation en son sein ces dernières années. La population étudiée apparaît assez homogène dans sa manière de ressentir ou de voir les choses.

La représentativité de la profession au niveau international n'est pas optimale. En effet, les ostéopathes rencontrés sont, dans leur grande majorité, originaires du Québec au Canada ou de France, c'est-à-dire issus de la communauté francophone. Cette communauté n'est pas la plus importante au niveau mondial. Mais il faut toutefois faire remarquer que les modèles ostéopathiques évoqués sont les mêmes que ceux enseignés et suivis dans le reste du monde du fait de leur appartenance au tronc central défini dans la recherche et issu du fondateur de la discipline, l'américain A. T. Still. Il est à noter que l'ostéopathie aux États-Unis a depuis évolué progressivement mais fortement vers une médecine allopathique prescrivant des médicaments du fait de la formation à suivre. Ceux qui ont développé une approche du corps du patient par la communication tissulaire dans la tradition ne sont pas nombreux. Parmi ceux-ci, un seul a été rencontré. Il a démontré un intérêt marqué pour la communication tissulaire en général et la phénoménologie en particulier, ce qui en fait un cas à part. Le plus intéressant fut

que sa vision de la communication tissulaire en ostéopathie converge avec celles des autres ostéopathes rencontrés. D'autres recherches pourraient être menées en tenant compte d'un bassin de population élargi plus représentatif.

#### *6.2.2.3. Constitution du corpus*

La constitution du corpus s'est effectuée sur une période de deux (2) ans. La sélection des participants s'est effectuée sur la base des livres et articles recensés au fil de la recherche ainsi que sur l'accessibilité de professeurs du Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal connus pour leur intérêt sur le sujet. Il y a eu très peu de refus, plus commandés par des manques de disponibilités que par une réelle opposition à participer. Seul un participant, le premier, a préféré se retirer de l'étude avant l'approbation du verbatim de la rencontre par manque de temps pour le mettre à niveau. Tous les autres ont pris le temps de valider leurs dires et n'ont pas hésité à corriger et/ou compléter des passages.

### **6.2.3. Les faiblesses de la recherche (scientificité)**

#### *6.2.3.1. Biais du chercheur*

##### 6.2.3.1.1. Barrière de la langue et distance géographique

Le chercheur aurait souhaité pouvoir recueillir plus de témoignages d'ostéopathes anglophones mais ses limites dans la langue de Shakespeare ont limité ses ambitions. En effet, le niveau de langue et les subtilités qu'implique la mise en mots de ressentis personnels requièrent de la part du chercheur une connaissance plus que satisfaisante pour éviter les contre-sens ou incompréhensions qui auraient pu être préjudiciables à la recherche. La distance géographique s'est greffée sur cette contrainte bien que le chercheur ait effectué tout

de même une tentative réussie mais exigeante avec le seul participant anglophone de la cohorte.

#### 6.2.3.1.2. Biais en lien avec la formation du chercheur

Le chercheur est issu du Collège d'Études Ostéopathiques (C.E.O.) de Montréal, Qc, Canada qui s'inscrit dans la tradition ostéopathique traditionnelle par la filiation d'Andrew T. Still, William G. Sutherland, Viola Frymann et Philippe Druelle, fondateur du collège. Ce dernier définit une vision globale du patient à aborder selon trois (3) protocoles : structurel (I), liquidien (II) et énergétique (III), et supportée par une méthodologie clinique propre reposant sur différents mécanismes du corps humain (annexe J) à évaluer pour définir les priorités de traitement.

Dans cet enseignement, les qualités d'être sont soulignées, en sus du savoir-faire à développer, afin de contacter la *véritable nature* du patient lors du traitement. Cette approche holistique de l'être humain vu comme un tout complexe se rapproche beaucoup de celle définie dans le cadre de cette recherche sur la communication tissulaire. Cependant le chercheur en a tenu compte pour observer un certain recul et maintenir une distance objective par souci d'honnêteté. Il a pu constater que les propos recueillis auprès des participants recourent ceux de l'enseignement reçu.

#### 6.2.3.1.3. Biais en lien avec l'influence inconsciente avérée ou non du chercheur

La volonté première et anticipée du chercheur qui envisageait au départ des explications théoriques scientifiques « toutes prêtes » sur les explications à la communication tissulaire s'est révélée erronée dès le début des rencontres. Très vite, en effet, les participants ont souligné au chercheur la primauté de l'expérimentation sur la théorie et ont privilégié sa

mise en avant. Le chercheur s'est donc vu confronté très rapidement à un choix à faire : modifier le canevas de l'entretien ou laisser venir ce que les participants avaient à dire sur le sujet et qui prenait une forme homogène au fil des rencontres. Le chercheur a préféré laisser venir le matériau tout en sachant qu'il s'engageait dans une direction non prévue, le propre peut-être d'une recherche qualitative. Il a choisi d'orienter sa démarche en conséquence en allant puiser à d'autres sources, l'approche de Varela en phénoménologie ou la *pédagogie perceptive* de Bois, pour mener à bien sa recherche. Le chercheur se pose encore la question de savoir jusqu'à quel point les participants en insistant sur l'expérimentation ont voulu souligner son importance et/ou « ouvrir » les yeux du chercheur toujours apprenti dans sa pratique. C'est une prise de conscience qui s'est faite au fil des entrevues, sans réponse définitive, et pour laquelle le chercheur a essayé de prendre une distance objective le plus tôt possible. Dans tous les cas, le chercheur n'a pas remarqué de changements particuliers dans les réponses des participants par la suite.

#### 6.2.3.1.4. Durée de la recherche

Pour des raisons personnelles, le chercheur a vu sa période de recherche étirée dans le temps. Ce qui a première vue pourrait être jugé négatif pour l'homogénéité du recueil des données. Mais là aussi, le chercheur n'a pas noté de variations pertinentes dans les réponses récoltées sur l'ensemble de la période. Cet aspect pourrait même être considéré comme bénéfique dans le cadre d'une recherche qualitative itérative car elle a laissé au chercheur la possibilité de mûrir ses réflexions sur le sujet. Ceci s'inscrit bien également dans le cheminement même de l'apprentissage de la communication tissulaire et de ses exigences. Il n'en demeure pas moins que le point de vue à adopter sur ce thème de recherche ne peut être définitif couplé qu'il est avec le développement constant comme fruit de l'expérience.

### 6.2.3.2. *Biais dans les données recueillies*

L'étude du concept de communication tissulaire a conduit les participants à devoir verbaliser leurs ressentis perçus et à les structurer. Ce n'est pas une tâche que tous avaient l'habitude de faire. Ils ont donc du fournir un effort pour mettre en forme leurs idées sur le sujet et mettre en mots leurs ressentis tactiles. Là, résidait un des grands intérêts de la recherche. Cependant, la variété des écoles dont sont issus les participants et de leur cursus personnel ont influencée leurs propos quant à la terminologie employée. Le chercheur, alors qu'il ne possède pas autant d'années d'expérience que ces interlocuteurs, a du en quelque sorte « traduire » des mots ou expression, qu'il ne dominait pas toujours, en faisant des parallèles et des choix. Quelques exemples simples peuvent être donnés : détorsion de fascia au Québec ou déroulement de fascia en France; impact de force pour certains au Québec ou « *énergie de la chute* » pour II en France; un point d'appui thérapeutique qui peut être le *Fulcrum*, un *fulcrum vibratoire* ou encore un *fulcrum sain*; etc. L'interprétation du chercheur se surajoute à celles liées au choix des modèles utilisés, à leur présentation dans les écoles et au langage qu'elles emploient. Une fois encore, c'est tout l'intérêt de la recherche. Un tableau récapitulatif a été dressé à cet effet en annexe qui compare les modèles et leurs caractéristiques (annexe K).

### 6.2.3.3. *Saturation des données*

Les données recueillies convergent dans la même direction pour définir le concept de communication tissulaire. Comme il a été signalé dans les biais du chercheur, les propos recueillis en fonction des quatre (4) axes de recherche définis (représentation, expérimentation, apprentissage et cadre théorique) ont vu les témoignages se conforter les uns les autres au niveau du fond. Les différences sont apparues dans la manière de l'exprimer et en fonction du modèle ostéopathique référent utilisé. La saturation des données peut être

considérée comme ayant été atteinte avec les dix (10) participants étudiés. Mais elle reste relative à la population étudiée : majoritairement francophone; suivant les principes de l'approche traditionnelle définie; pratiquant en fonction d'un modèle favorisant la communication tissulaire (modèles crânien, biodynamique et approche tissulaire). Des ostéopathes opposés à ce concept n'ont pas été rencontrés, ni des ostéopathes spécialisés dans le modèle structurel « mécanique » exclusivement. Ils ne rentraient pas dans les critères d'admissibilité de la population étudiée.

#### **6.2.4. Autocritique du travail et de la démarche**

##### *6.2.4.1. Qualitatif versus quantitatif*

Le travail effectué a permis d'explorer le concept de communication tissulaire selon une approche encore peu utilisée dans la recherche en ostéopathie, du moins au Collège d'Études Ostéopathiques. Cette approche s'est voulue novatrice pour présenter une alternative à la recherche quantitative très répandue qui semble offrir la meilleure caution scientifique pour l'étude rigoureuse et objective de l'ostéopathie. En s'orientant vers une recherche qualitative et en faisant appel à la phénoménologie, le chercheur a voulu emprunter une voie moins réductrice et plus englobante afin d'avoir accès à un tout autre pan de la rencontre patient – thérapeute en ostéopathie, celui de la dimension vivante du corps dans son échange avec l'autre et le monde en général. Ce faisant, il a introduit une représentation du corps sensible qui correspond mieux à la réalité dans la pratique. En s'appuyant sur des repères tels que les travaux de Varela sur la *cognition incarnée*, la présentation de l'*explicitation* de Vermersch et l'avancée des recherches en *pédagogie perceptive* de Bois, il a cherché à montrer qu'il existait une voie tout aussi intéressante et encore trop peu empruntée pour

explorer un concept tel que celui de la communication tissulaire, fondement de l'ostéopathie. Cette voie peut être considérée comme tout aussi scientifique. Elle requiert cependant encore des efforts et demande d'en maîtriser les outils. La technique de l'*entretien d'explicitation* de Vermersch nécessite un apprentissage que n'a pu faire le chercheur. Elle incite le participant à retrouver le chemin de la connaissance déjà intégrée par des prises de conscience successives qui lui permettront de la verbaliser. Le cadre méthodologique de la *pédagogie perceptive* apparaît également comme très adapté et prometteur pour des recherches ultérieures en ostéopathie. Il permet d'intégrer pleinement la dimension subjective du vécu des participants dans le cadre de travaux sur le corps et l'apprentissage notamment pour l'analyser dans un cadre phénoménologique.

#### 6.2.4.2. *Validation interne*

Au niveau de la démarche proprement dite, le chercheur a envisagé à plusieurs reprises d'ajouter une étape de validation supplémentaire à celle de l'approbation des verbatims. Elle aurait consisté à faire approuver les résumés des participants pour plus de rigueur. Au final, ce travail n'a pas été fait systématiquement. Mais dans un souci de respect des idées partagées, le chercheur a tenu à faire approuver la première étape des résumés individuels des verbatim pour les participants utilisant une approche exclusivement biodynamique, approche que le chercheur ne maîtrise pas. Aucune modification majeure n'a été demandée lors de cette seconde étape, partielle, d'approbation. Dans le même ordre d'idée, la présentation de l'approche tissulaire a été validée par son concepteur P. Tricot. Dans un travail ultérieur, cette validation supplémentaire aurait intérêt à être systématisée pour plus de scientificité.

#### *6.2.4.3. Posture adoptée*

De manière générale, le chercheur a tenté d'établir tout au long de sa recherche une posture impliquée tout en gardant une distance salubre vis-à-vis des idées des participants en recueillant leur propos sans jugement dans l'esprit de l'approche phénoménologique. En ce sens, il a essayé de maintenir une présence juste, comparable à celle définie dans cette recherche pour la communication avec les tissus, nécessaire mais discrète, transparente.

### **6.3. Transférabilité, retombées potentielles et valeur clinique/pratique des résultats**

#### *6.3.1. Transférabilité et retombées*

En scindant le concept de communication tissulaire, le chercheur a voulu mettre en lumière ses différentes composantes et faire ressortir son importance au sein de la pratique ostéopathique. En allant puiser jusqu'aux débuts de l'ostéopathie, le chercheur a voulu rappeler son contexte d'apparition et comment s'était opérée l'évolution de cette médecine avec sa vision propre de l'homme et sa manière de procéder. Les points clés ont été évoqués, détaillés et un sens leur a été donné. Donner du sens demande d'interpréter et interpréter peut rimer avec subjectivité dans ce cas puisqu'il s'agissait de recueillir le fruit d'une expérience vécue par les participants désireux de la partager. Mais chaque cas représente une facette d'une même réalité et autant de témoignages pertinents d'un cheminement personnel à faire soi-même à l'exemple des écrits de Cassourra (2010) ou de Becker (Brooks, 1997/2012). Les points clés retenus constituent autant de voies d'accès au concept de communication tissulaire et de questionnement lors de son apprentissage. L'ostéopathe intéressé pourra donc s'y référer dans sa démarche personnelle et les développer à sa façon.

### **6.3.2. Valeur clinique/pratique des résultats**

Partager des idées et des témoignages pratiques avec les autres peut aider des élèves sur leur cheminement à tâtons de l'apprentissage de la communication tissulaire en ostéopathie. Les évolutions personnelles des uns, au travers de leurs hésitations, viendront conforter les autres sur la voie de l'apprentissage. Ils pourront ainsi se bâtir une confiance propice à leur rencontre avec le patient dans leur pratique. En donnant une vue globale de la communication tissulaire et de son importance à la fois dans l'exercice pratique de l'ostéopathie et dans ce qu'elle permet de rejoindre, la vie en mouvement, le chercheur a voulu offrir aux apprentis ostéopathes l'opportunité : de la considérer avec intérêt; de lui donner une place de choix dans leur pratique plus rapidement; de trouver des pistes possibles de compréhension et de réponse à leurs questions; d'acquérir une motivation supplémentaire pour traverser les étapes de leur cheminement personnel. Car c'est un long chemin de maturation et de travail sur soi que peut impliquer cette voie en demandant de « *lâcher ses casseroles* »

(I1) :

Mais c'est à la portée de tout le monde. Ce n'est pas un don. La seule chose, il y a un mode d'emploi. Il faut faire, faire et après cela vient tout seul. Il faut surtout savoir lâcher. Voilà, c'est le grand truc, le grand mot à la mode. Mais c'est vrai en plus. [...] Savoir lâcher. Et si on lâche prise, c'est là qu'on a ces moments justement de connexion avec la marée [...] Et bien pour retrouver ce moment, il faut s'intégrer à soi de plus en plus, de plus en plus profond. Et à ce moment-là, notre substance fondamentale elle-même se dissout et elle devient, elle vient à se connecter à la totalité de tout ce qui nous entoure. (I1)

## **6.4. Recommandations et suggestions pour de futures recherches**

### **6.4.1. Utiliser l'approche phénoménologique**

Les développements de cette recherche ont permis de mettre en valeur le rôle clé de la communication avec les tissus en ostéopathie. En optant pour une approche

phénoménologique, le chercheur conforte une voie d'approche féconde trop rarement utilisée en ostéopathie alors qu'elle s'y prête très bien. Il recommande donc de continuer à explorer les fondements de sa pratique en reprenant les références citées. L'ostéopathie, avec la communication tissulaire, est une praxis, un métier manuel qui demande des qualités d'être importantes de la part du thérapeute qui sont difficilement abordables en quantitatif. L'approche qualitative et notamment phénoménologique ouvre l'accès à l'étude de cet aspect incontournable de la relation thérapeutique en se penchant sur la richesse du vécu pour le faire.

#### **6.4.2. *Se pencher sur les travaux en pédagogie perceptive***

Les recherches en *pédagogie perceptive*, déjà citées plusieurs fois pour l'intérêt qu'elles peuvent susciter dans l'orientation de recherches futures en ostéopathie ainsi que dans leur façon de faire peuvent servir de références. La proximité de leur champ d'étude avec celui de l'ostéopathie est évidente. Des travaux de comparaison pourraient justement être faits. Le travail sur le *point d'appui* réalisé par E. Berger et P. Vermersch (2006) serait un très bon exemple pour comparer la mise en place d'un fulcrum en ostéopathie. D'autre part, il existe un département de Psychosociologie à l'Université du Québec à Rimouski (UQÀR) qui développe des recherches liées à la *pédagogie perceptive*.

#### **6.4.3. *D'autres approches à considérer à l'exemple du focusing***

D'autre part, des approches en psychologie mettant de l'avant l'importance de l'expérimentation et du ressenti corporel peuvent être de bonnes pistes de recherche. Le *focusing* (Bourhis, p. 95) est un bon exemple. Mais le chercheur a fait le choix de ne pas aller dans cette direction dans le cadre de sa recherche ayant opté pour la présentation de la

pédagogie perceptive issue de la *fasciathérapie* (Bois, 2007), plus proche de la pratique de l'ostéopathie par son aspect manuel.

#### **6.4.4. L'énaction de Varela, outil quantitatif et qualitatif?**

La recherche sur ce concept de la communication tissulaire a révélé au chercheur une manière de procéder intéressante pour les domaines d'étude liés à l'être humain et à son vécu corporel notamment. C'est celle développée dans le cadre de la théorie de la cognition incarnée avec le principe d'énaction et mise au point par Varela. Le travail en *1<sup>ère</sup> personne*. Dans un cadre quantitatif, elle est plus lourde à mettre en place nécessitant différents intermédiaires (1<sup>ère</sup>, 2<sup>nde</sup> et 3<sup>ème</sup> personne). Mais sans doute la première tentative dans le champ de l'ostéopathie est en cours en France à l'heure actuelle. En revanche dans le cadre qualitatif, elle offre de nouvelles possibilités :

L'énaction n'est pas seulement une position épistémologique. Comme Francisco Varela l'a souligné à maintes reprises, l'étude de nos processus cognitifs, émotionnels, intersubjectifs... dans cette perspective génétique pourrait, en les éclairant d'une lumière nouvelle, avoir des incidences importantes sur les plans éthique, pédagogique, et existentiel. Les tâches les plus urgentes consistent à lever, au niveau académique comme au niveau individuel, l'interdit qui empêchait jusqu'à présent le chercheur de faire référence à l'expérience vécue, et à former une nouvelle génération de chercheurs experts dans les techniques d'investigation en première personne de la conscience. (Petitmengin, 2006, p. 91)

#### **6.4.5. Intérêt des groupes de discussion**

Sur le plan de la démarche adoptée et l'outil choisi pour récolter les données, l'entretien semi-dirigé représente une piste privilégiée mais il pourrait être envisagé à l'avenir la tenue de groupes de discussion entre participants. En effet, cette façon de faire aurait un double intérêt : conduire les participants à discuter leur manière de procéder mais aussi à justifier et faire des choix sur le vocabulaire employé. Ceci pourrait avoir pour effets de

clarifier certains aspects, de les enrichir en révélant de nouvelles facettes, de renforcer les bases d'un langage commun propice à l'échange et à l'apprentissage.

#### **6.4.6. *Cadre et pistes de recherche à envisager***

De manière générale, cette recherche s'est voulue globale sur le concept de la communication tissulaire pour en dégager les principales composantes, ce qui n'avait pas réellement été fait auparavant. Il serait intéressant de continuer à en creuser les différents aspects. Plusieurs pistes sont envisageables : Recentrer l'étude de la communication tissulaire sur un seul modèle; approfondir les différences entre modèles; creuser certains aspects des ressentis exprimés sur le thème de la lésion par exemple ou des sensations volumétriques ressenties; et pourquoi pas inverser le point de vue des perceptions dans la communication tissulaire en demandant aux ostéopathes ou directement aux patients de partager leur expérience vécue de la communication tissulaire quand ils se font traiter. Le champ d'investigation est encore large. L'intérêt de la présente recherche est d'avoir dressé un tableau global de la situation dans laquelle pourront venir s'inscrire une multitude de sujets plus spécifiques tout en permettant de les situer les uns par rapport aux autres afin d'en conserver une vue d'ensemble cohérente.

#### **6.5. Conclusion – « message à retenir »**

Cette recherche s'est intéressée au concept de communication tissulaire tel qu'envisagé et compris par les ostéopathes dans le cadre d'une approche phénoménologique de leur expérience. Il s'agit d'une étude qualitative descriptive menée sous forme d'entrevues semi-dirigées auprès de dix (10) ostéopathes des deux sexes intéressés par le concept de la communication tissulaire. Quatre (4) axes avaient été retenus : la représentation de la

communication tissulaire, son expérimentation, son apprentissage et le cadre théorique sous-jacent. L'analyse des données recueillies a permis de dégager les différents thèmes transversaux de la communication tissulaire dans la tradition ostéopathe :

- Elle permet d'accéder à l'essence de l'autre dans un partenariat de soin en engageant un contact sensible avec ses tissus pour établir une communication. Celle-ci permet de dialoguer avec la capacité d'autorégulation de ce corps et rejoindre ainsi la vie qui l'anime dans sa profondeur.
- Son expérimentation requiert des qualités d'être et un savoir-faire à développer pour travailler avec la variété des ressentis possibles perceptibles durant le traitement. La qualité de mouvement va de pair avec la vitalité et l'expression de santé. Il s'agit d'offrir un point d'appui à cette capacité d'autorégulation pour qu'elle puisse procéder à la mise en place d'un nouvel équilibre même si certains freins existent.
- Son apprentissage passe par un enseignement théorique de base qui nécessitera une ouverture pour en dépasser les limites. Le compagnonnage constitue le chemin privilégié de la transmission de cette connaissance. Au-delà des outils pour le faire, l'exploration personnelle est indispensable pour progresser. La relecture des « anciens » participe de ce cheminement.
- Le cadre théorique est secondaire à l'expérimentation. Il est constitué de différents modèles traditionnels dont l'évolution tient compte des dimensions subtile et sensible du corps vivant. Il participe au développement d'une conscience de perception de plus en plus globale.

La communication tissulaire se révèle ainsi comme la base du principe de traitement en ostéopathie. C'est un vecteur d'échange dans la relation thérapeutique, un moyen de contacter l'intelligence du corps. Elle permet d'explorer le cœur de l'intimité de l'autre tout en adoptant une distance juste. Son apprentissage crée un espace de partage bénéfique et passe par l'incarnation de la connaissance, c'est-à-dire l'intégration par le corps. Les ressentis éprouvés définissent une réalité subtile du corps vivant et sont autant d'aiguillon à la recherche d'explications. Composante d'une sorte de langage d'exploration du monde et du corps sensible, la communication tissulaire offre le moyen de dépasser les frontières individuelles pour retrouver la dimension universelle de la vie au sein des tissus dans une approche qui se doit d'être créatrice et artistique à chaque fois. Elle donnera ainsi un accès à l'insondable et à son interprétation.

L'ostéopathie, et la communication tissulaire en particulier, présentent l'intérêt de renverser la perspective médicale classique qui consiste à chercher la solution en dehors du corps du patient par la prescription de médicaments essentiellement. Cette manière de penser évolue dans le domaine de la médecine allopathique mais l'ostéopathie a l'avantage d'avoir considéré cette capacité d'autorégulation du corps humain possédant toutes les ressources nécessaires à sa bonne marche grâce au « laboratoire chimique le plus puissant que l'esprit puisse concevoir » dont parle Still (Still, 2003, p. 221) dès le départ. Sa vision en est donc plus riche et plus proche de la réalité. L'ostéopathie dispose ainsi d'un double avantage. Sa philosophie lui confère un point de vue holistique du corps vivant et une manière englobante d'aborder le patient et sa demande. Dans cet état d'esprit, le développement de sa pratique a conduit à tracer un chemin pour rejoindre cette capacité d'autorégulation et travailler avec elle, celui de la communication avec les tissus. À l'heure où la médecine allopathique a fragmenté

le corps humain, « appareillé » la rencontre patient-thérapeute (Bancon, 2008) (Humpich, 2016) et pour laquelle *le corps est la dernière frontière à conquérir* (Le Breton, 2013, p. 327), la communication tissulaire en ostéopathie re-humanise cette relation de soin. Les patients ne s’y trompent pas. Cela participe peut-être au succès actuel que rencontre l’ostéopathie.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative* (p. 245-290). Colombelles, France: EMS.
- Andrieu, B. (2008). *Toucher –Se soigner par le corps*. Paris, France : Les Belles Lettres.
- Arni, C. (2009). *Corps et formation en fasciathérapie – Une nouvelle pratique du toucher à l'épreuve de la phénoménologie*. Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- Bancon, S. (2008). *L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale* (thèse de médecine). Université Claude Bernard Lyon 1, France.
- Bel, F. (2000, mars). William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell? *Apostill – journal de l'Académie d'Ostéopathie*, n°6. Récupéré du site de l'auteur : [www.osteopathie-bio-tissulaire.com/p06-en-vrac.htm#russell](http://www.osteopathie-bio-tissulaire.com/p06-en-vrac.htm#russell)
- Berger, E., Vermersch, P. (2006). Réduction phénoménologique et epoché corporelle : Psycho-phénoménologie de la pratique du « point d'appui ». *Expliciter*, n° 67, nov. 2006, pp. 51-64.
- Blanchet, J-M. (2009). *Bergson et Merleau-Ponty. La perception et le corps percevant. Etude pour une philosophie du corps* (thèse en philosophie). Université Paris IV Sorbonne, France.
- Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris, France : Nathan.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte* (thèse de doctorat). Université de Séville, Espagne.
- Bois, D., Austray, D. (2007). Introduction au paradigme du Sensible. *Réciprocités*, n° 1, nov. 2007, pp. 1-17.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du sensible et Intelligence sensorielle* (thèse de doctorat). Université Paris 8, France.
- Brooks, R. (2000). *The Stillness of life: The osteopathic philosophy of Rollin E. Becker D.O.* Portland, OR: Stillness Press.
- Brooks, R. (2012). *La vie en mouvement : La vision ostéopathique de Rollin E. Beck* (P. Tricot, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 1997 sous le titre *Life in Motion: The osteopathic philosophy of Rollin E. Becker D.O.* Portland, OR: Stillness Press).

- Cassourra, A. (2011). Le Toucher Ostéopathique. *Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie* n° 35 - Juillet 201, p. 41-44
- Cassourra, A. (2010). *L'énergie, l'émotion, la pensée, au bout des doigts*. Paris, France : Odile Jacob.
- Chetanananda, S. (2014). *Immobilité Dynamique – Partie 1 Pratique du Trika Yoga* (P. Tricot, trad.). France, édité par le traducteur. (Ouvrage original publié en 1990 sous le titre *Dynamic Stillness*. Portland, OR : Rudra Press).
- Codandamourty, M., (2014). Évolutions des fondements de l'ostéopathie : comparaison des modèles et principes édités par A. T. Still (XIXe siècle) et l'OMS (2010) (mémoire de maîtrise). Université Joseph Fourier, Grenoble, France.
- Comeaux, Z. (2005). *Ostéopathie et médecine du future – La vie et l'œuvre de Robert Fulford* (P. Tricot et G. Sinamal, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 2002 sous le titre *Robert Fulford, D.O. and the Philosopher Physician*. Seattle, WA: Eastland Press).
- Comeaux, Z. (2011). *Ostéopathie harmonique: Traitement oscillatoire & techniques rythmiques myofasciales* (J.-H. Francès, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 2008 sous le titre *Harmonic Healing : A Guide to Facilitated Oscillatory Release and Other Rhythmic Myofascial Techniques*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Coste, F. (2003). Incarnation, cognition et représentation : comment les sciences cognitives pensent-elles le corps? *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n°2, 2003, Le corps.
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide*. (Mémoire de Maîtrise en Psychopédagogie perceptive). Université de Lisbonne, Lisbonne, Portugal.
- Couture, M. (2012, mise à jour 28 février 2013). *Normes bibliographiques - Adaptation française des normes de l'APA*. Récupéré du site de Télé-université de l'UQAM: <http://benhur.teluq.uqam.ca/spersonnel/mcouture/apa/>
- Demers, C. (2003). L'entretien. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative* (p. 174-210). Colombelles, France: EMS.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative - Guide pratique*. Montréal, France: Chenelière/Mc Graw-Hill.
- Donnelly, D. (2009). Feel, think, treat – A review of the German Osteopathic Congress Berlin Nov 20-23 2008. *International Journal of Osteopathic Medicine* 12, p. 140-148.
- Ducoux, B., Liem, T. (2002, printemps). L'ostéopathie, une expérience sensorielle, entretien avec James Jealous. *Apostill – journal de l'Académie d'Ostéopathie*, n°10, p. 41.
- Ducoux, B. (2012). *Le chemin de l'ostéopathie. Transformation au contact des dauphins*. (Texte de stage, Açores, juillet 2012)

- Duval, J. A. (2008). *Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques*. (2e éd.). Vannes, France: Sully.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Gaillard, J. (2007). Présence attentive et éprouvé sensoriel lors d'une activité corporelle. L'intérêt de l'approche psycho-phénoménologique. *Expliciter*, n° 68, janvier 2007, pp. 30-34.
- Gaillard, J-P. (2007, novembre). *Théories et Pratiques de l'apprentissage: sur l'enaction*. Récupéré le 21/12/2015 du site Espace d'échanges du site IDRES sur la systémique. [www.systemique.be/spip/IMG/article\\_PDF/article\\_a307.pdf](http://www.systemique.be/spip/IMG/article_PDF/article_a307.pdf)
- Handoll, N. (2001). *Anatomy of Potency* (2e éd.). Hereford, England: Osteopathic Supplied Ltd.
- Humpich, J. (2016). *Corps touché-corps touchant : itinéraire singulier-pluriel du rapport à une affectivité charnelle dans l'accompagnement*. Dans F. Vinit et J. Quintin (dir.), *La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement* (vol. 1, p. 41-67). Université du Québec à Montréal, Canada.
- Khoury, J. (2010). *La qualité de présence des osteopathes : son influence sur la relation thérapeutique* (Mémoire). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.
- Ho, M.-W. (2013). *La vie est basée sur l'eau et l'électricité* (trad. J. Hallard). Conférence du Institut of Science In Society du 14 janvier 2013. Récupéré le 28 mars 2013 du site du traducteur: <http://isias.transition89.lautre.net/spip.php?article284>.
- Le Breton, D. (2013). *Anthropologie du corps et modernité* (7<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Presse Universitaire de France.
- Lee, P. R. (2011). *Interface – Mécanismes de l'esprit en Ostéopathie* (P. Tricot, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 2005 sous le titre *Interface, Mechanisms of Spirit in Osteopathy*. Portland, OR: Stillness Press).
- Lever, R. (2014). *Au point-repos d'un monde tournant – L'art et la philosophie de l'ostéopathie* (P. Tricot, trad.) Vannes, France : Sully. (Ouvrage original publié en 2013 sous le titre *At the Still Point of the Turning World – The Art and Philosophy of Osteopathy*. UK: Handspring Publishing)
- Lipton, B. (2006). *La biologie des croyances*. Outremont, QC: Ariane. (Ouvrage original publié en 2005 sous le titre *The Biology of Belief*. Santa Rosa, CA: Elite Books).
- Magoun, H. I. (1994). *L'ostéopathie dans la sphère crânienne* (J. Saint-Pierre, P. Druelle, trad.). Montréal, Canada : Spirales. (Ouvrage original publié en 1976 3<sup>ème</sup> édition, sous le titre *Osteopathy in the Cranial Field*, Sutherland Cranial Teaching Foundations).
- Masiello, D. (2000, mars). William Garner Sutherland a-t-il été influencé par Walter Russell? *Apostill – journal de l'Académie d'Ostéopathie*, n°6, p. 23-35.

- McPartland, J., Skinner, E. (2005). *The Biodynamic Model of Osteopathy in the Cranial Field*. Explore, January 2005, Volume 1, No 1
- Merleau-Ponty, M. (2010). *Phénoménologie de la perception* (1945). Paris : Gallimard.
- Messier-Painter, V.-J. (2014). *Étude qualitative sur l'effet d'une prise de conscience générée par le traitement ostéopathique sur le patient* (Mémoire). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.
- Meyor, C., Lamarre, A.-M., Thiboutot C. (2005). *L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales – Questions d'amplitude* dans Recherches Qualitatives, Vol 25(1), pp. 1-8. Récupéré du site de la revue: [www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html)
- Milne, H. (2010). *Au Coeur de l'écoute : Une approche visionnaire de la thérapie crânio-sacrée – Livre 1* (G. Brard et P. Tricot, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 1995 sous le titre *The Heart of Listening – I, A Visionary Approach to Craniosacral Work*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- O.M.S. (2010). *Benchmarks for training in Osteopathy*. Genève, Suisse. Récupéré du site de l'O.M.S. : [www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf)
- Oschman, J. (2000). *Energy Medecine. The Scientific Basis*. Oxford, England: Churchill Livingstone - Elsevier.
- Osty, M.-L. (2012). *Étude qualitative sur l'apport du savoir-être dans la pratique de l'ostéopathie* (mémoire). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.
- Paillé, P. (2009a). Pertinence de la recherche qualitative. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 181-182). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P. (2009b). Qualitative (analyse). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 202-212). Paris, France: Armand Colin
- Paillé, P. (1991, mai). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'ACFAS. Montréal, Canada.
- Paulus, S. (2009). *Osteopathy Individed – Accepting Diversity within the Osteopathic Profession*. Consulté le 13 décembre 2014 sur le site de l'auteur: <http://osteopathichistory.com/>
- Petitmengin, C. (2006). L'énaction comme expérience vécue. *Intellectica*, n° 67, jan. 2006, pp. 85-92.
- Potvin, C. (2008). *Étude qualitative sur la mémoire corporelle* (Mémoire). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.

- Poupart, J. et al. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Canada. : Gaétan Morin éditeur.
- Prévost, J. (2014). *L'intéroception : État des connaissances scientifiques et implications possibles* (revue de littérature). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.
- Psutka, P. (2006). *A Qualitative Study to define Osteopathic Palpation Perception and a proposal for a new Perceptual Pathway* (Thèse de maîtrise). Canadian College of Osteopathy, Toronto, Canada.
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques* (Mémoire de Maîtrise en Psychopédagogie perceptive). Université Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rainville, M. (2010). *L'influence de l'évolutionnisme philosophique dans l'élaboration des principes ostéopathiques par Still* (Mémoire de maîtrise). Collège d'Études Ostéopathiques, Montréal, Canada.
- Ridley, C. (2013). *Stillness : Pratique crânienne biodynamique et évolution de la conscience* (O. Fourteau, trad.). Vannes, France : Sully. (Ouvrage original publié en 2006 sous le titre *Stillness : Biodynamic Cranial Practice and the Evolution of Consciousness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Roche, E. (2014). *Introduction à une phénoménologie de la perception*. Site internet : Ostéopathie-france.net : <http://www.osteopathie-france.net/accueil-pro/memoires-theses/2344-introduction-a-une-phenomenologie-de-la-perception#présentation>
- Roche, E., Gens, J.-C. (2014). *The Emergence of Feeling in Osteopathic Manual Listening*. Présentation faite le 5 septembre 2014 au Sidney Sussex College de Cambridge lors de la conférence annuelle de la Consciousness and Experiential Psychology Section de la British Psychological Society (transmis par l'un des auteurs)
- Savoie-Zajc, L. (2009a). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 337-360). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009b). Éthique en recherche qualitative. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd., p. 77-78). Paris: Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009c). Journal de bord. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd., p. 130). Paris: Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009d). Saturation. Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd., p. 226-227). Paris: Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009e). Triangulation (technique de validation par). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd., p. 285-286). Paris: Armand Colin.

- Savoie-Zajc, L. (2009f). Validation des méthodes qualitatives (critères de). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e éd., p. 289-290). Paris: Armand Colin.
- Schleip, R. (2003). Plasticité fasciale – une nouvelle explication neurobiologique: 1<sup>ère</sup> partie. *Journal of Bodywork and Movements Therapies*, 7(1), pp. 11-19.
- Stark, J. (2003). *Stills's Fascia – A Qualitative Investigation to Enrich the Meaning behind Andrew Taylor Still's Concepts of Fascia* (Thèse de maîtrise). Canadian College of Osteopathy, Toronto, Canada.
- Sueur, G. (1992). *L'Ostéopathie - La santé au bout des mains..* Paris : Jacques Grancher.
- Still, A. T. (2001). *La philosophie et les principes mécaniques de l'ostéopathie* (M. Corriat-Gobert et P. Corriat, trad.). Paris : Frison-Roche. (Ouvrage original publié en 1892. Kirksville, MO : A.T. Still).
- Still, A. T. (2003). *Philosophie de l'ostéopathie* (P. Tricot, trad.) Vannes, France : Sully.
- Trowbridge, C. (2010). *Naissance de l'ostéopathie – Vie et œuvre de Andrew T. Still* (P. Tricot, trad.). Vannes, France : Sully. (Ouvrage original publié en 1991 sous le titre *Andrew Taylor Still, 1828,1917*. Kirksville, MO: Thomas Jefferson University Press, Northeast Missouri State University).
- Tricot, P. (2005a). *Approche tissulaire de l'ostéopathie – livre 1 - Un modèle du corps conscient* (2e éd.). Vannes, France: Sully.
- Tricot, P. (2005b). *Approche tissulaire de l'ostéopathie – livre 2 - Praticien de la conscience*. Vannes, France: Sully.
- Tricot, P. (2008). *La palpation tissulaire profonde*. Récupéré le 6 juillet 2011 sur le site de l'auteur: <http://www.approche-tissulaire.fr/sur-approche-tissulaire/70-la-palpation-profonde>
- Tricot, P. (n.d.). *Chronologie de la vie de Sutherland, évolution du concept crânien*. Récupéré le 28 mars 2013 sur le site de l'auteur : <http://www.approche-tissulaire.fr/les-pionniers/48-source-ats>
- Upledger, J. (2002a). Cranio Sacral Therapy vs Cranial Osteopathy: Difference Divide. *Massage Today*, Octobre 2002, Volume 02, Issue 10. Récupéré du site de la revue: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10571>
- Upledger, J. (2002b). *Somato Emotional Release, Deciphering the Language of Life*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Varlet, P. (2009). *Ostéopathie somato-émotionnelle*. Bases scientifiques et applications thérapeutiques. Vannes, France: Sully.
- Vermersch, P. (2014). *L'entretien d'explicitation*. Paris, France : ESF.
- Viard, P. (2014). *Le soin-communicant – Un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante* (Thèse). Université de Bourgogne, Dijon, France.

## **ANNEXE A. Chapitre de méthodologie du protocole**

### **3. MÉTHODE**

#### **3.1 Type de recherche**

Nous avons opté pour une recherche qualitative phénoménologique (Paillé, 2009a, 2009b) de type descriptive dans la tradition husserlienne qui met l'accent « sur la description d'un phénomène tel qu'il est rapporté et vécu par les participants » (Fortin, 2010, p. 275). A cet effet, nous irons à la rencontre des ostéopathes sélectionnés pour récolter par des entrevues semi-directives leur expérience du phénomène de communication tissulaire.

#### **3.2 Identification du phénomène et des concepts observés ou étudiés**

Le phénomène étudié sera celui de la communication tissulaire que l'ostéopathe établit avec le patient, par son toucher pendant le traitement, rendant possible l'échange d'informations et le soin thérapeutique. La recherche consistera donc à définir théoriquement la communication tissulaire et ses constituants, langage et structures; décrire comment cela se traduit dans la pratique ostéopathique, senti et ressenti; présenter les croyances, le cadre théorique sous-jacent explicatif et leurs caractéristiques; l'influence d'une bonne compréhension sur la pratique et, au final, ce que représente pour les ostéopathes ce type de communication.

#### **3.3 Stratégies d'échantillonnage**

##### ***3.3.1 Revue de littérature***

Comme point de départ global et pour limiter ses a priori, le chercheur a recensé principalement des livres dans la tradition crânienne abordant et développant le thème de la communication tissulaire en ostéopathie sans chercher d'articles trop spécifiques. A partir de ces données, le chercheur a fouillé les références données pour trouver des pistes d'explications sur le sujet notamment en physique et biophysique. Ceci a été fait dans le but d'articuler sa pensée, de bâtir les outils de collecte de données, de dresser un début de liste de répondants potentiels pouvant répondre aux critères de sélection de l'échantillon. Au fil des contacts et des nouvelles références données ou trouvées, le chercheur étoffera et précisera sa recension.

##### ***3.3.2 La population***

En réponse à notre question de recherche, nous optons pour deux populations d'ostéopathes, les « ostéopathes expérimentés » et les « ostéopathes intéressés » comme sources de données premières.

### Les « ostéopathes expérimentés » :

Ce groupe sera constitué d'ostéopathes, hommes ou femmes, choisis par choix raisonné (Fortin, 2010) sur la base du développement et de l'expression d'une réflexion sur la communication tissulaire sous la forme de livres, d'articles, de conférences et/ou d'un enseignement sur ce thème. Ils devront être diplômés en ostéopathie depuis plus de 10 ans et pourront avoir suivi toutes formations complémentaires qu'ils auront jugées utiles.

### Les « ostéopathes intéressés » :

Le deuxième groupe sera constitué d'ostéopathes, hommes ou femmes, ayant au moins cinq ans de pratique pour avoir eu le temps d'intégrer les connaissances inculquées durant leurs études d'ostéopathie et avoir pu amorcer leur propre démarche sur le sujet.

Ils seront sélectionnés par réseaux ou par boule de neige (Fortin, 2010) en fonction de leur intérêt connu pour le sujet et des recommandations ou conseils reçus durant la recherche. Ils seront membres d'une organisation de la communauté ostéopathique.

#### ***3.3.3 Recherche de l'adversité***

Au fil de la recherche, des données collectées et des ostéopathes rencontrés, nous nous réservons le droit de contacter des ostéopathes rejetant le concept de communication tissulaire, c'est à dire « non intéressés » ou « opposés », s'il s'avère nécessaire de pondérer l'importance de ce concept dans la communauté ostéopathique ou parce que cela peut contribuer à mettre en lumière d'autres aspects pertinents.

#### ***3.3.4 Pertinence de la stratégie***

Le choix de ces deux populations est pertinent pour la question de recherche car il permettra à la fois de préciser la vision du cadre conceptuel de la communication tissulaire en ostéopathie, d'avoir une idée de son imprégnation (profondeur, importance et répartition) dans la population des ostéopathes et de savoir si un tel cadre conceptuel est utile pour la pratique.

### **3.4 Description des outils de collecte de données**

#### ***3.4.1 Questionnaire***

Un questionnaire à finaliser sera envoyé aux répondants potentiels pour connaître leur parcours, sonder leur connaissance du sujet et leur intérêt à participer à cette recherche sur le thème de la communication tissulaire (voir annexe A). En cas d'acceptation, une entrevue sera organisée afin de collecter leur point de vue.

### **3.4.2. Entrevue semi-directive**

Les entretiens seront menés selon un squelette (Paillé, 1991, Demers, 2003, Savoie-Zajc, 2009a) qui sera revu, élaboré et peaufiné pendant la réalisation du mémoire. Ils se passeront en tête à tête pour une durée approximative d'une heure dans un lieu choisi avec le répondant.

Pour tenir compte de la dynamique itérative et rétroactive de la recherche, au moins une entrevue complémentaire pourra être demandée à des répondants afin de clarifier certains aspects développés antérieurement. Les mêmes conditions s'appliqueront alors.

### **3.4.3. Enregistrement audio**

Pour assurer l'enregistrement audio des données orales collectées et la sécurité de leur stockage, différents appareils seront utilisés :

- Un Google® Nexus© de Samsung® avec application Smart VoiceRecord©
- Un Ipod© d'Apple® avec application dictaphone
- Un ordinateur HP® portable pour les conversations via Skype© si besoin

## **3.5. Validité interne**

Afin de maximiser la validité interne de cette recherche, l'outil principal de cueillette de données, le squelette d'entrevue, sera pré-testé lors d'une simulation d'entrevue auprès d'un ostéopathe non répondant dans un souci de cohérence, de fluidité et de fiabilité, avec la présence d'une spécialiste en recherche habituée des entretiens. Par la suite, il sera ajusté si nécessaire.

Chaque entrevue sera retranscrite sous forme d'un verbatim qui sera envoyé au répondant correspondant par courriel ou courrier pour approbation. Un délai d'un mois sera donné à défaut de quoi le verbatim sera accepté automatiquement. Chaque participant pourra ajouter, retirer ou modifier des commentaires. Une deuxième entrevue complémentaire, voire plus, pour éclaircissement pourra être envisagée le cas échéant. Les entretiens seront menés jusqu'à saturation des données.

L'analyse des données sera vérifiée par une tierce personne, ostéopathe non participant, sur la base de une ou deux entretiens pour validation du choix des unités de sens significatives et des thèmes retenus dès les premières données collectées afin de confirmer que la subjectivité du chercheur n'entre que minimalement en ligne de compte.

Dans un souci d'objectivation renforcée des données et des interprétations, le chercheur veillera à la triangulation des données ainsi qu'à la tenue d'un journal de bord.

## **3.6. Biais et « gestion » de la subjectivité**

Même si le chercheur n'a pas une opinion tranchée et généralisable à toute la communauté ostéopathique, il a tendance à croire cependant que l'élaboration d'un cadre théorique clair et précis des constituants de la communication tissulaire peut avoir un effet bénéfique sur le

développement des aptitudes thérapeutiques de tout ostéopathe. Ce biais est pleinement assumé et pour le minimiser, le chercheur tiendra un journal de bord abordant différents aspects regroupant quatre catégories (Savoie-Zajc, 2009c) : contexte de collecte des données, notes personnelles, notes méthodologiques et notes théoriques. Cette démarche réflexive donnera les moyens au chercheur de se recentrer sur son thème de recherche si besoin est.

D'autres biais émergeront en fonction du contexte et du dispositif de la recherche. Le chercheur s'adaptera donc. À titre d'exemple, retenons déjà les difficultés possibles à constituer un échantillonnage représentatif des 2 groupes de répondants; la maîtrise imparfaite de la langue anglaise par le chercheur nécessitant le recours à un traducteur, le cas échéant; la difficulté à retranscrire tout le sens des propos oraux sous forme écrite, notamment les silences, réticences ou encore hésitations.

### **3.7. Triangulation**

L'outil de collecte de données dans le cadre d'une recherche phénoménologique se limite à l'entrevue en profondeur non-dirigée ou semi-dirigée pour une population de 5 à 20 répondants (Fortin, 2010). Par souci d'objectivation, de structuration et de corroboration des données (Savoie-Zajc, 2009c), le chercheur se réserve ainsi la possibilité d'effectuer plus d'une entrevue avec chaque participant afin de clarifier ou d'approfondir les points clés. Outre cette forme de triangulation, le chercheur s'adressera à des collègues-chercheurs ostéopathes non impliqués dans cette recherche, qui l'aideront à valider le squelette d'entrevue ainsi que les premiers résultats d'extraction des données récoltées.

Le chercheur proposera également aux participants de valider le verbatim de leur entrevue et d'y apporter commentaires et corrections.

### **3.8. Saturations des données**

Le niveau de saturation sera défini ultérieurement en fonction de l'ampleur et de la diversité des données ainsi que de leur catégorisation quand le tout laissera apparaître une redondance des informations collectées. Le concept de « saturation théorique » de Glasor et Strauss cité par Savoie-Zajc (2009d) sera retenu avec en tête la proposition de Fortin (2010) précédemment citée de 5 à 20 répondants possibles.

### **3.9. Considérations éthiques**

Le code éthique du chercheur (Fortin, 2010; Savoie-Zajc, 2009b) sera respecté. Le chercheur veillera à présenter le but et les objectifs de sa recherche ainsi que les moyens employés pour obtenir le consentement des répondants à leur participation à la recherche (annexes C et F). En tout temps, ils seront libres de se retirer sans préjudice. Le chercheur demandera également une autorisation pour enregistrer les entrevues (annexe D) et il veillera à protéger l'anonymat des répondants si demandé (annex E) par l'attribution d'un code, ainsi que des données récoltées par leur cryptage et leur stockage sur un CD gravé et déposé en lieu sûr pour une durée de cinq ans.

**ANNEXE B. Brève comparaison des modèles biomécanique et biodynamique en ostéopathie dans le champ crânien – Brief Comparison of Biomechanical and Biodynamic Models in OCF (source : McPartland & Skinner, 2005)**

<b>Biomechanical</b>	<b>Biodynamic</b>
Techniques led by practitioner's forces, directly or indirectly	Techniques follow movement within the system. Transmutative ability of the Tide is acknowledged. Tidal forces directly interface with pattern of disease. Practitioner follows closely
Axial motion in bones	Motion is translational, transmutational, metabolic.
"Mechanism" used as a non distinct collective term	"Mechanism" defined through specific elements (ie, Breath of Life, Fluid Drive, Tidal Forces, different rates, and others). Words have sensory foundations that are clearly stated.
CRI is a primary expression of the BoL	CRI is not an expression of the BoL nor is it a therapeutic force.
CRI 8-14 cycles per minute. Slower rates not identified.	Basic rate is 2-3 cycles per minute; slower rates are specifically identified as primary to the system.
Perception is automatic. Skills not delineated	Perception is a conscious, skillful act, requiring training and moment-to-moment adjustment, not automatic.
Lesions are somatic and articular in nature	Lesions may occur at any level in the system. A lesion is seen as a unit of dysfunction in the Whole person.
SBS is a primary site of orientation for lesion activity. Lesions are diagnosed and reduced by conceptual sequences beginning at SBS	Primary site is variable. Lesions are not automatically corrected; sequences are not conceptual. Priorities are established by the Tide.

OCF: Osteopathy in the Cranial Field

CRI: Cranial rhythmic Impulse

SBS: Sphenobasilar Symphysis

BoL: Breath of Life



## **ANNEXE C. Lettre de publicité et recrutement des ostéopathes**

Montréal, le jj mm 20xx

Chères et chers collègues,

Je me nomme Frédéric Louis et suis nouvellement gradué du Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal. Dans le cadre de l'obtention du Diplôme en Ostéopathie, je débute une recherche pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

Le thème de recherche retenu porte sur la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes.

Je cherche à savoir comment les ostéopathes définissent cette communication tissulaire, leur cadre théorique sous-jacent et si ce dernier a une influence sur leur pratique. A cette fin, je sollicite votre collaboration pour pourvoir partager votre expérience. Vous trouverez à cet effet, mes coordonnées à la fin du document.

Pour participer à cette recherche, vous devez être diplômé en ostéopathie, soit depuis au moins 10 ans et avoir déjà présenté votre approche (écrits, enseignement, etc.), soit depuis 5 ans, être membre d'une association ou école d'ostéopathie au Québec (O.E., A.O.M., A.S.O.Q., E.P.O.Q., C.O.M. ou S.O.C.A.T.O.) et avoir un intérêt pour le sujet.

Aucun jugement ne saura porté sur les idées et l'expérience partagées. L'identité des répondants et les données resteront strictement confidentielles.

Espérant le tout intéressant pour vous inviter à participer à cette recherche et demeurant à votre disposition pour toute information complémentaire, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes plus sincères salutations ostéopathiques.

Frédéric Louis, B.Sc. Ostéopathie  
970, Avenue Mc Eachran #205  
Outremont, Qc, Canada, H2V 3E3  
Tél : (514)-272-6475  
Courriel : [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com)



## ANNEXE D. Questionnaire de sélection

1. Quel est votre **parcours professionnel** ?
  - école de formation en ostéopathie :
  - année d'obtention du Diplôme d'Ostéopathie (D.O.) :
  
2. Avez-vous des **formations ostéopathiques complémentaires** ;
  - .
  - .
  - .
  
3. **autres formations** jugées pertinentes :
  - .
  - .
  - .
  
4. Dispensez-vous un **enseignement** ostéopathique? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_
  - Types de cours :
  - Atelier/Conférences :
  - Autres :
  
5. Avez-vous **écrit** sur l'ostéopathie ? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_
  - livres :
  - Articles :
  - Autres :
  
6. Avez-vous un **site internet** sur l'ostéopathie (adresse) ?

7. **Considérant que la communication tissulaire soit l'échange d'informations guidant le traitement ostéopathique quand le thérapeute est en contact par le toucher avec le patient**, avez-vous développé un intérêt pour la compréhension de ce phénomène de communication tissulaire?

Oui : \_\_\_\_\_

Non : \_\_\_\_\_

Si oui :

○ Depuis quand ?

○ Suite à quoi ?

8. Combien évalueriez-vous votre compréhension de la communication tissulaire?

\_\_\_\_ Excellente

\_\_\_\_ Bonne

\_\_\_\_ Moyenne

\_\_\_\_ Faible

\_\_\_\_ Ne sait pas

9. Qu'est-ce que la communication tissulaire évoque pour vous?

10. Êtes-vous disponible pour une entrevue sur ce thème ?

Oui : \_\_\_\_\_

Non : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail pour vous contacter : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone pour vous joindre : \_\_\_\_\_

Période optimale pour vous écrire ou vous téléphoner : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Note : pour des raisons de commodité, prière de renvoyer dans un délai d'un mois le questionnaire en format **.doc** (et non **.docx**) par internet à l'adresse courriel suivante : [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com)

## **ANNEXE E. Formulaire de consentement à la recherche**

Titre de la recherche :

Etude qualitative sur la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes

Chercheur :

Frédéric Louis

Étudiant FRT

Collège d'Études Ostéopathiques (C.E.O.) - Montréal

Cadre et objectif de la recherche :

Dans le cadre du mémoire de fin d'étude au Collège d'Études Ostéopathiques (C.E.O.) de Montréal, nous nous permettons de vous solliciter afin de recueillir de l'information sur le thème de la communication tissulaire en ostéopathie dans la tradition crânienne. Plus spécifiquement, notre objectif de recherche est de mettre en lumière la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes, leurs croyances et cadres conceptuels théoriques sous-jacents en lien avec ce phénomène, voir en quoi et comment cela peut influencer la pratique ostéopathique et au final ce que représente pour eux ce type de communication.

Dans ce but, et en fonction des disponibilités des participant(e)s, nous réaliserons une recherche de type qualitative sous forme d'une entrevue, d'environ 1 heure, sur ce sujet.

Un verbatim de l'entrevue sera envoyé par courriel pour approbation, à moins d'un avis contraire. Une deuxième entrevue, voire plus, pourra être demandée si des zones d'ombre persistent. Elle fera également l'objet d'un verbatim requérant votre approbation.

A tout moment, vous serez libres de vous retirer de l'étude. Les données recueillies resteront confidentielles. Les entrevues et questionnaires seront identifiés par un code visant à préserver l'anonymat des participant(e)s. Pour tout questionnement au sujet de l'étude et de ses modalités, vous pouvez nous contacter directement aux coordonnées ci-dessous ou joindre notre superviseur, Mme Aude de Blois, à l'adresse courriel suivante : [les6as@outlook.fr](mailto:les6as@outlook.fr)

Nous vous remercions par avance de votre précieuse collaboration. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos plus sincères et respectueuses salutations.

Frédéric Louis

Etudiant FRT au CEO

970, Avenue Mc Eachran, # 205

Montréal, Qc, Canada, H2V 3E3

Tél : (1) 514-272-6475

Courriel : [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com)

Note : Dans un souci de mener à bien cette recherche dans les délais impartis, nous vous prions de bien vouloir nous retourner par courriel à l'adresse suivante [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com) l'approbation du verbatim dans un délai d'un mois après réception.

**Déclaration du ou de la participant(e) :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Étude qualitative sur la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but et la nature du projet de recherche. Je suis satisfait des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur

Nom : \_\_\_\_\_ LOUIS \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Frédéric \_\_\_\_\_



**ANNEXE F. Formulaires d'autorisation d'enregistrement audio pour l'entrevue**

Objet : Autorisation du participant ou de la participante à être enregistré(e) lors de l'entrevue

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre recherche sur « la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes » et nous vous prions de bien vouloir nous autoriser à vous enregistrer lors de notre entrevue.

Vous remerciant pour votre intérêt, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos plus sincères salutations.

Frédéric Louis

Etudiant FRT au CEO

970, Avenue Mc Eachran, # 205

Montréal, Qc, Canada, H2V 3E3

Tél : (1) 514-272-6475

Courriel : [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com)

Autorisation :

Par la présente et dans le cadre de son projet de recherche portant sur « la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes », j'autorise le chercheur, Frédéric Louis, étudiant FRT au C.E.O. à enregistrer mes propos lors de l'entrevue :

Oui : \_\_\_\_\_

Non : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

## **ANNEXE G. Formulaire d'autorisation de citation et de nomination du participant**

Objet : Autorisation du participant ou de la participante à être cité(e) et nommé(e)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre recherche sur « la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes » et nous vous prions de bien vouloir nous autoriser d'une part à vous citer, d'autre part à vous nommer dans notre étude.

Vous remerciant pour votre intérêt, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos plus sincères salutations.

Frédéric Louis

Etudiant FRT au CEO

970, Avenue Mc Eachran, # 205

Montréal, Qc, Canada, H2V 3E3

Tél : (1) 514-272-6475

Courriel : [fred\\_lb@hotmail.com](mailto:fred_lb@hotmail.com)

Autorisation :

Par la présente et dans le cadre de son projet de recherche portant sur « la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes », j'autorise le chercheur, Frédéric Louis, étudiant FRT au C.E.O. :

- à citer mes propos recueillis :

Oui : \_\_\_\_\_

Non : \_\_\_\_\_

- à me nommer :

Oui : \_\_\_\_\_

Non : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## ANNEXE H. Squelette de l'entrevue semi-dirigée

1. **Comment le répondant définit-il la communication tissulaire et ses constituants dans la lignée de l'ostéopathie crânienne?** (structure et langage, etc.)
  - En ostéopathie, on entend parler d'écoute, de dialogue ou encore de communication tissulaires. Qu'est-ce que cela évoque pour vous? Qu'en pensez-vous?
  - Qu'est-ce qui a été marquant dans votre cheminement à cet égard?
  
2. **Comment le répondant expérimente-t-il la communication tissulaire dans sa pratique?** (senti et ressenti palpatoire ou non, structure du traitement, contact avec le patient, etc.)
  - Existe-il une structure, un langage dans cette communication tissulaire (Point de balance, point neutre, stillpoint, stillness, fulcrum, etc. ) ? Pour vous, comment cela se manifeste-t-il et s'organise-t-il ?
  - Comment le ressentez-vous en traitement ? Pensez-vous que le patient ressent quelque chose également ?
  - Pouvez-vous donner un cas de traitement avec un patient où tout s'est passé de manière idéale pour illustrer vos propos ? (Pourquoi ? Grâce à quoi d'après vous?)
  - Avez-vous en tête un cas où rien n'a marché comme vous le vouliez ? Où vous n'avez pas réussi à établir la communication (dépassé, perplexe, etc.) (Pourquoi ? A cause de quoi d'après vous ?)
  
3. **Comment le répondant explique-t-il la communication tissulaire ? A-t-il un cadre théorique établi en lien avec la communication tissulaire ?** (description, liens, sources, aspect scientifique, aspect philosophique)
  - Dans ces cas précédents, comment expliqueriez-vous ce qui se passe ? Qu'y a-t-il derrière ce phénomène ?
  - Existe-t-il différents types d'écoute – dialogue – communication tissulaire (mouvements physiques, questions mentales, réponses dans les mains, etc.) ?
  - Avez-vous un cadre théorique en arrière de votre pratique ? En avez-vous besoin ?
  - Quelles sont vos croyances sur ce sujet ? Que vous vient-il en tête quand vous y pensez ?
  - Ce cadre, ces croyances, où les puisez-vous ? Comment les avez-vous élaboré ? Quels liens faites-vous, recommandez-vous ? Pourquoi et comment ?

4. **Pour le répondant, quel type d'influence une bonne compréhension de la communication tissulaire peut avoir sur la pratique ostéopathique?** (développement, repères, partage)

- Pouvez-vous développer l'influence de vos croyances, de vos connaissances sur votre pratique ?
- Comment l'enseignez-vous ? Comment le feriez-vous ? A quoi pensez-vous ?

5. **Que représente la communication tissulaire pour l'ostéopathie** (une caractéristique de sa spécificité, la palpation; un pilier de la pratique ; l'essence des écrits de Still) ? **Pour l'ostéopathe** (la vie en mouvement, Dieu, l'intelligence, etc.) ? Quelle place donnez-vous dans votre pratique, dans votre compréhension de ce que vous faites à cet écoute – dialogue - communication tissulaire ?

6. **Dans la lignée traditionnelle de Still et Sutherland, Becker disait :**

- i. « Mes doigts qui pensent, sentent, voient et savent sont guidés intelligemment par le Grand Architecte qui a conçu ce mécanisme. L'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le Fil. » (Brooks, 1997/2012, p. 69).
- ii. ... Par conséquent, la palpation devient un échange vivant entre deux corps vivants. Le praticien fait beaucoup plus qu'observer. Pendant que ses mains, ses fibres proprioceptives, et les zones sensorimotrices de son système nerveux central enregistrent les mouvements, la mobilité et la motilité du corps et des tissus vivants du patient, il est participant. Il place ses mains de telle sorte qu'elles sont prêtes à recevoir. Sa propre conscience de la vie qui l'habite, désirant comprendre la fonction vivante au sein du patient, est un stimulus suffisant pour invoquer le mécanisme respiratoire primaire et la physiologie corporelle du patient afin qu'ils manifestent leurs mécanismes et la réponse des tissus au toucher participatif du médecin. (p. 192) ... Je m'asseyais pendant quelques minutes et j'essayais tranquillement d'écouter ce que ces tissus tentaient de me dire. (p. 196) ... Mon travail consistait à placer doucement les mains et à écouter à travers elles, à lire à travers elles, à sentir à travers elles, doucement, ce que le patient essayait de me dire. Ce n'était pas l'ego ou l'intelligence du patient, mais la tranquillité de ses tissus en fonctionnement communiquant avec moi, qui a effectué les modifications nécessaires et permis au patient de réaliser les changements physiologiques vers le rétablissement de la santé. (p. 198)

Brooks, R. (2012). *La vie en mouvement : La vision ostéopathique de Rollin E. Beck* (P. Tricot, trad.). Vannes, France: Sully. (Ouvrage original publié en 1997 sous le titre *Life in Motion: The osteopathic philosophy of Rollin E. Becker D.O.* Portland, OR: Stillness Press).

**Dans la lignée traditionnelle de Still, Sutherland et Becker, J.A. Duval disait :**

- iii. Ce que nous « suivons », ce sont les microdéplacements et fluctuations des mouvements involontaires dont nous avons parlé beaucoup plus haut. Donc, si l'on veut, les mains du praticien « bougent » en ce sens – et en ce sens seulement – qu'elles participent physiquement aux mouvements involontaires du mécanisme, à la fluctuation et à la respiration des organes et des tissus : elles effectuent alors elles aussi – ou plutôt ce mécanisme, ces organes et ces tissus leur font effectuer – des micromouvements. (« Mes mains ne bougent pas : elles sont bougées » disait Anne Wales - l'une des premières élèves de Sutherland et l'une de ses continuatrices les plus fidèles.) (p. 94)
- iv. Vous réveillez les tissus par votre contact et votre compréhension, me précisait encore Rollin Becker. Ils commencent à bouger dans la direction qu'ils choisissent, quelle qu'elle soit ; ils reviennent à leur point de départ ; ils repartent, en avant, en arrière, en profondeur ; jusqu'à ce qu'ils trouvent, à travers votre palpation vacillante, oscillante et mouvante le vrai « point d'immobilité » pour leur résolution; jusqu'à ce que tout se dissolve dans l'environnement du patient, et au-delà ... (p. 97)

Duval, J. A. (2008). *Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques*. (2e éd.). Vannes, France: Sully.

- Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Est-ce en accord avec ce que vous pensez ?

**7. Quel sens donner à tout cela ?**

- Qu'est-ce que tout cela évoque pour vous ? Avez-vous des images qui illustrent cet écoute – dialogue – communication ; une métaphore, une allégorie ou encore une histoire à raconter ? Si vous voulez vous pouvez faire un schéma ou dessiner sur une feuille ce que cela évoque pour vous.
- Au final, qu'est-ce que l'ostéopathie pour vous ?

**8. Le répondant a-t-il quelque chose à ajouter sur le sujet ?** (mise en lumière, points spécifiques, références bibliographiques, personnes à contacter)



## ANNEXE I. Journal de bord

Mémoire sur la compréhension de la communication tissulaire par les ostéopathes

Date	Contexte collecte données	Notes personnelles	Notes méthodologie et théorie
jj/mm/année			
jj/mm/année	+		+
jj/mm/année		+	
jj/mm/année	+	+	
jj/mm/année			



**ANNEXE J. Les 7 mécanismes du corps humain tels que proposés par M. Philippe Druelle D.O. (source: Geneviève Forget D.O.)**

- **Système musculo-squelettique et balance posturale** : système squelettique, appareil myofascial et intégration du système nerveux central (SNC) et ses récepteurs
- **Corps fascial** : trame fasciale répondant au principe de tenségrité
- **Unité fonctionnelle des liquides** : liquide céphalo-rachidien (LCR), liquides lymphatiques, interstitiel, artériel, veineux et mécanisme neuro-vaso-hormonal régulateur
- **Système des pressions** : distribution des cavités et modulation des diaphragmes et membranes dont les méninges et les membranes interosseuses
- **Mécanisme respiratoire primaire (MRP) et unité fonctionnelle crânio-sacrée** : expression de la force vitale et sa propagation dans la continuité centrale du core-link vers la périphérie à travers la continuité des fasciae, liquidienne et vibratoire
- **Chaîne centrale** : potentiel organisateur central du corps représentant une référence énergéico-anatomique du vertex à l'anneau fibreux du périnée, selon un concept développé par Philippe Druelle
- **Corps vibratoire** : champs électromagnétiques, champs morphiques et Life Field



## ANNEXE K. Synthèse des modèles et de leurs caractéristiques en lien avec le concept de communication tissulaire

Les différents modèles ostéopathiques					
Caractéristiques	Structural	Vitaliste	Biodynamique	Approche tissulaire	
paramètres subjectifs	<b>Présence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ciblée à caractère interventionniste (habileté)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mixte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>état de présence comme finalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>équilibre entre enracinement et lâcher-prise</li> <li>état de présence comme finalité</li> <li>expression de la qualité d'être du thérapeute et son orientation vers le patient</li> </ul>
	<b>Attention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>focalisée, réductrice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>imaginale, focalisée</li> <li>visualisation</li> <li>d'abord présence au partenaire silencieux personnel puis à celui du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ouverture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>attention ouverte, focalisée, projetée</li> <li>projection de l'être dans l'espace</li> </ul>
	<b>Intention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>induction correctrice</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>émergence de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>modulation de l'attention</li> </ul>
<b>Contact/toucher</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toucher effecteur (PP)</li> <li>physique</li> <li>puissant</li> <li>dense, osseux, membraneux</li> <li>actif, mobilisation des structures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toucher percevant (PP)</li> <li>évolution de dense, osseux, membranaire à fluide rythmique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toucher sensible (PP)</li> <li>liquide, fluide</li> <li>pression légère</li> <li>affleurement, virtuel, énergétique, lumineux (Varlet dans Cassourra)</li> <li>passif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toucher percevant (PP?)</li> <li>infiltration</li> </ul>	
<b>Synchronisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>recherche du passage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>non invasif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>non inductif, non invasif,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>synthronisation et synchronisation (paramètres subjectifs : densité, tension, vitesse)</li> </ul>	
<b>Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluation-corrrection par application d'une techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>suivre le médecin intérieur</li> <li>recherche d'un équilibre des tensions pour résolution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>laisser le <i>Breath of Life</i> à l'œuvre et observer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>suivi, adaptation, cycles avec stillpoint-résolution, relâchement</li> </ul>	

Les différents modèles ostéopathiques				
Caractéristiques	Structurel	Vitaliste	Biodynamique	Approche tissulaire
<b>Forces impliquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• extérieures par thérapeute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intérieures avec le médecin intérieur et la marée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• extérieures par le Breath of Life</li> <li>• puissance de la marée</li> </ul>	
<b>Types d'échanges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• limité car pas d'écoute véritable ou profonde (?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Point d'appui, fulcrum</li> <li>• Questions (ex. Sutherland)</li> <li>• Contact dynamique avec micro-mouvements et sensation résultantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Point d'appui, fulcrum</li> <li>• simple témoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi des mouvements</li> <li>• questions « mentales » aux consciences cellulaires et tissulaires, etc.</li> <li>• (non verbale)</li> </ul>
<b>Espace thérapeutique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espace de travail = Zone de contact (?) entre patient et thérapeute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corps du thérapeute, corps du patient et leur espace commun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones A, B, C et D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espace conscient</li> </ul>
<b>Types de corps</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corps physique, « Körper »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les deux corps suivant le travail effectué (« Körper », « Leib »)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corps sensible, corps propre, « Leib », corps de chair</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corps conscient</li> </ul>
<b>Frein à la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysfonction somatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blocage, tension, restriction, « manque de jus » pour auto-correction système</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Œil du cyclone » de Becker à partir de la « lésion totale » de Fryette (dans Lever)</li> <li>• Altération entre corps et « blueprint » (?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densité, tension, inertie, rétention</li> </ul>

PP : Pédagogie Perceptive

(Sources : Bourhis, 2012; Cassourra, 2011; Khoury, 2010; Roche, 2014; Tricot, 2005a, 2005b, 2008; Varlet, 2009

