



**Université Fernando Pessoa**

**Faculté de Sciences Humaines et Sociales**

**Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive**

**Le concept du point d'appui dans  
la Fasciathérapie méthode Danis Bois**

**Analyse bibliographique de l'émergence et du processus  
d'élaboration pratique, théorique et philosophique**

Marie-Christine Astruc Marty

Porto, 2012



**Université Fernando Pessoa**

**Faculté de Sciences Humaines et Sociales**

**Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive**

**Le concept du point d'appui dans  
la Fasciathérapie méthode Danis Bois**

**Analyse bibliographique de l'émergence et du processus  
d'élaboration pratique, théorique et philosophique**

Directeur: Prof. Dr. Danis Bois

Marie-Christine Astruc Marty

Porto, 2012

## **Abstract**

Cette recherche porte sur l'historicité du concept du point d'appui dans la Fasciathérapie, Méthode Danis Bois, en s'appuyant sur les écrits de son fondateur. Elle vise à mettre en évidence comment ce concept central a vu le jour, et évolué au fil des années. Ce processus de création, depuis ses racines ostéopathiques jusqu'au concept de point d'appui psychotonique d'aujourd'hui, est une œuvre en elle-même intimement liée à la trajectoire globale de recherche de l'auteur, un « oeuvrement » qu'il me paraissait pertinent de révéler. J'ai tout d'abord présenté le champ théorique de l'Ostéopathie et de la Fasciathérapie. Je me suis appuyé sur les ouvrages écrits par le Professeur D.Bois et choisi une méthodologie d'analyse d'inspiration phénoménologique en utilisant une approche catégorielle, comme point de départ d'une analyse phénoménologique livre par livre. Sur cette base de données, l'analyse interprétative m'a permis de mettre à jour le processus évolutif et les enjeux mis à l'oeuvre dans le point d'appui. Le résultat de cette recherche est l'émergence d'un nouveau modèle nommé "Diagramme de la réciprocité mise en jeu au point d'appui".

## **Resumo**

Esta pesquisa enfoca a historicidade do conceito de ponto de apoio em Fasciatherapy, Método Danis Bois, baseando-se nos escritos de seu fundador. Ela visa destacar como foi criado este conceito central, e como ele evoluiu ao longo dos anos. Este processo de criação, desde as suas raízes osteopática até ao conceito de ponto de apoio psicotónico de hoje, está estreitamente ligado à trajetória global de pesquisa do autor, e constitui em si um trabalho, uma obra que me pareceu pertinente revelar.

Apresentei pela primeira vez o campo teórico da Osteopatia e a Fasciatherapy. Eu confiei em obras escritas pelo professor. D. Bois e selecionado análise da metodologia de inspiração fenomenológica utilizando uma abordagem categórica, como uma partida de apontam para uma análise fenomenológica livro por livro. Nesta base de dados, eu fiz uma hermenêutica cruz que me permitiu atualizar o processo evolutivo e as questões colocadas para trabalhar no fulcro fulcro. O resultado dessa pesquisa tem que atualizar um novo modelo chamado "Diagrama de reciprocidade em jogo no ponto de apoio."

## Remerciements

---

Au Professeur Danis Bois, pour l'opportunité qu'il m'a offerte de découvrir et développer une humanité du Sensible, singulière et ouverte au monde tout au long de ces vingt-huit dernières années, alliée à un savoir-faire rigoureux au service de mes patients. Merci encore, pour son soutien silencieux, profond et constant à mon devenir de praticien-chercheur, pour ses conseils et ses réajustements salutaires.

A tous mes amis M.D.B avec qui je partage l'aventure de ce master, toutes celles qui l'ont précédé, et je le souhaite celles à venir.

Des remerciements particuliers à Mr Pierre Tricot qui m'a confié les manuscrits non encore édités de ses traductions en français des livres du Dr Becker, célèbre ostéopathe américain. Cette confiance m'honore.

A ma secrétaire, Catherine, pour sa disponibilité, son adaptabilité et son sens des responsabilités pendant ces quatre années de recherche.

A Claude, mon compagnon de route pour sa présence, son soutien, et sa patience...

*Je dédie ce mémoire à tous mes patients et élèves ...  
Ils ont été le terreau de mes apprentissages,  
leur confiance ne m'a jamais fait défaut,  
leur témoignage de soulagement,  
de bien-être,  
de joie de vivre retrouvée,  
leurs remerciements chaleureux à chaque pas vers leur autonomie  
ont été une source inépuisée de motivation à apprendre  
et les garants d'une relation thérapeutique heureusement partagée.*

# Sommaire

<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>Sommaire</b>	<b>5</b>
<b>Table des illustrations</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CHAMP THEORIQUE ET PRATIQUE</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE</b>	<b>16</b>
1.1. <i>Pertinence personnelle</i>	16
1.2. <i>Pertinence professionnelle</i>	22
1.3. <i>Pertinence sociale</i>	24
1.4. <i>Pertinence scientifique</i>	27
1.5. <i>Question de recherche</i>	29
1.6. <i>Objectifs de la recherche :</i>	30
<b>CHAPITRE 2 : CHAMP THEORIQUE</b>	<b>31</b>
2.1. <i>Le point d'appui en ostéopathie</i>	31
2.1.1. <i>Définition de l'ostéopathie aujourd'hui</i>	31
2.1.2. <i>Le courant ostéopathique des fondateurs</i>	34
2.1.3. <i>Le point d'appui en ostéopathie</i>	37
2.1.3.1. <i>Le fulcrum comme bras de levier au déploiement d'une force</i>	38
2.1.3.2. <i>Le fulcrum comme point d'équilibre naturel</i>	40
2.1.3.3. <i>Le fulcrum comme attitude</i>	41
2.2. <i>Le point d'appui manuel en Fasciathérapie Méthode Danis Bois</i>	42
2.2.1. <i>Une filiation ostéopathique</i>	42
2.2.2. <i>La fasciathérapie MDB et les institutions aujourd'hui</i>	43
2.2.2.1. <i>Fasciathérapie et kinésithérapie</i>	44

2.2.2.2.	Fasciathérapie et université-----	45
2.2.2.3.	Fasciathérapie et recherche internationale -----	45
2.2.3.	Le paradigme de la Fasciathérapie MDB aujourd’hui -----	46
2.2.3.1.	Les dimensions du soin en Fasciathérapie MDB-----	46
2.2.3.2.	Le fascia en fasciathérapie : définition et fonctions récentes du fascia-----	48
2.2.3.3.	La fasciathérapie MDB sous l’angle du « psychotonus » et ses instruments pratiques-----	51
<b>DEUXIEME PARTIE : POSTURE EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE -----</b>		<b>60</b>
<b>CHAPITRE 3 : POSTURE EPISTEMOLOGIQUE-----</b>		<b>61</b>
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE-----</b>		<b>63</b>
4.1.	<i>La démarche bibliographique : matériau de recherche-----</i>	<i>63</i>
4.2.	<i>La méthode d’analyse : grille classificatoire, analyse d’inspiration phénoménologique livre par livre, interprétation transversale des données -----</i>	<i>65</i>
4.2.1.	Elaboration de la grille classificatoire-----	65
4.2.2.	Analyse d’inspiration phénoménologique des contenus livre par livre -----	68
4.2.3.	Analyse et interprétation transversale des données-----	69
<b>TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES-----</b>		<b>70</b>
<b>Chapitre 5 : Analyse d’inspiration phénoménologique livre par livre -----</b>		<b>71</b>
5.1.	<i>Analyse d’inspiration phénoménologique du livre « Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde » D. Bois-----</i>	<i>71</i>
5.1.1.	Le geste technique mis à l’œuvre dans le point d'appui -----	71
5.1.2.	L’intention visée par le praticien -----	73
5.1.3.	Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui-----	74
5.1.4.	Le principe de force mis en jeu au point d'appui-----	75
5.1.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui -----	77
5.1.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui -----	79
5.2.	<i>Analyse d’inspiration phénoménologique du livre « Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles » -----</i>	<i>81</i>
5.2.1.	Le geste technique mis à l’œuvre dans le point d'appui -----	81
5.2.2.	L’intention visée par le praticien -----	83
5.2.3.	Les effets déclenchés par le point d'appui -----	84

5.2.4.	Le principe de force mis en jeu au point d'appui-----	84
5.2.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	85
5.2.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	87
5.3.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « La vie entre les mains »</i> -----	88
5.3.1.	Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui-----	88
5.3.2.	L'intention visée par le praticien-----	90
5.3.3.	Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui-----	90
5.3.4.	Le principe de force mis en jeu au point d'appui-----	92
5.3.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	93
5.3.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	94
5.4.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Une thérapie manuelle de la profondeur »</i> -----	97
5.4.1.	Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui-----	97
5.4.2.	L'intention visée par le praticien-----	99
5.4.3.	Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui-----	100
5.4.4.	Le principe de force-----	102
5.4.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	104
5.4.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	105
5.5.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Thérapie et mouvement »</i> -----	108
5.5.1.	Le principe de force mis en jeu au point d'appui-----	108
5.6.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Le sensible et le mouvement, essai philosophique</i> <i>110</i>	
5.6.1.	Le principe de force mis en jeu au point d'appui-----	110
5.6.2.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	112
5.6.3.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	112
5.7.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Un effort pour être heureux »</i> -----	113
5.7.1.	Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui-----	113
5.7.2.	Le Principe de force mis en jeu au point d'appui-----	113
5.7.3.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	115
5.8.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Le moi renouvelé-introduction à la somato- psychopédagogie »</i> -----	117
5.8.1.	Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui-----	117
5.8.2.	L'intention visée par le praticien-----	117
5.8.3.	Les effets déclenchés par le point d'appui-----	118

5.8.4.	Le Principe de force mis en jeu au point d'appui-----	120
5.8.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	121
5.8.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	123
5.9.	<i>Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie »-----</i>	126
5.9.1.	Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui-----	126
5.9.2.	L'intention visée par le praticien-----	127
5.9.3.	Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui-----	128
5.9.4.	Le Principe de force mis en jeu au point d'appui-----	130
5.9.5.	La posture adoptée dans la pratique du point d'appui-----	131
5.9.6.	Le type de relation instaurée dans le point d'appui-----	133
<b>Chapitre 6 : INTERPRETATION TRANSVERSALE DES DONNEES -----</b>		<b>137</b>
6.1.	<i>Analyse et interprétation de l'évolutivité du principe de force mis en jeu dans le point d'appui ----</i>	137
6.2.	<i>Analyse et interprétation de l'évolutivité du geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui- </i>	142
6.3.	<i>Analyse et interprétation de l'évolutivité de la posture adoptée dans la pratique du point d'appui</i>	148
6.4.	<i>Analyse et interprétation de l'évolutivité de la participation du patient dans le point d'appui-----</i>	152
6.5.	<i>Analyse et interprétation de l'évolutivité du type de relation instaurée dans le point d'appui -----</i>	153
<b>CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET PRODUCTION DE CONNAISSANCES -----</b>		<b>155</b>
7.1.	<i>En ce qui concerne les enjeux mis à l'œuvre dans le point d'appui-----</i>	155
7.1.1.	Principe de force-----	155
7.1.2.	Le geste du point d'appui-----	156
7.1.3.	La posture du praticien-----	156
7.1.4.	Participation du patient-----	157
7.1.5.	Principe de réciprocité-----	157
7.1.6.	Première conclusion-----	157
	-----	158
7.2.	<i>En ce qui concerne le processus évolutif du point d'appui-----</i>	159
7.3.	<i>Critiques-----</i>	161
7.4.	<i>Perspectives-----</i>	162

<b>Bibliographie</b> -----	<b>163</b>
<b>Annexes</b> -----	<b>166</b>
<b>Annexe 1 : Analyse classificatoire livre par livre</b> -----	<b>166</b>
<b>Annexe 2 : Livre « Les concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde »</b> -----	<b>200</b>

## Table des illustrations

---

Figure 1: Le dialogue psychotonique manuel - Courbe d'évolution du point d'appui psychotonique selon le Pr Danis Bois .....	58
Figure 2 : Grille classificatoire des catégories ainsi que des indicateurs .....	67
Figure 3 : Diagramme créé par Marie-Christine Marty de la courbe de mise en tension maximale des mouvements osseux et de l'élasticité des fascias à partir des données du livre « Concepts fondamentaux de fasciathérapie, et de pulsologie profonde » (Bois, 1984) .....	144
Figure 4 : Schéma de la loi 1/3-2/3 extrait de « Fascias/sang/rythmes » (Bois, 1985) .....	145
Figure 5 : Echelle de réaction au point d'appui manuel, extrait de « la vie entre les mains, 1989, p.91 .....	146
Figure 6 : Les réactions au point d'appui extrait de « Une thérapie manuelle de la profondeur » 1990, p.111 .....	147
Figure 7 : « Le point d'appui psychotonique », p.207, extrait de « Le point d'appui à l'être » dans le livre « Vers l'accomplissement de l'être humain » (2009), identique à 2006 .....	148
Figure 8 : Diagramme de la réciprocité mise en jeu au point d'appui .....	158

## INTRODUCTION

---

La Fasciathérapie est une thérapie manuelle pratiquée par les kinésithérapeutes, mise au point dans les années quatre-vingt par Danis Bois. Cette pratique s'intéresse aux fascias en tant que tissus conjonctifs de soutien, d'enveloppe et de liaison. La communauté scientifique internationale s'accorde à lui trouver un intérêt particulier aujourd'hui, tant sur le plan anatomique, biomécanique que métabolique. N.Quéré, Fasciathérapeute et co-directrice de l'école de Fasciathérapie a, pour sa part, consacré sa recherche de Mestrado à tous ces points de vue novateurs sur le fascia en vue d'éclairer les impacts cellulaires et biologiques du geste thérapeutique en fasciathérapie<sup>1</sup>. La vocation de la fasciathérapie méthode Danis Bois est d'être une technique de thérapie manuelle qui privilégie l'équilibre de ces fascias et des tissus conjonctifs de soutien dans le but de restaurer les conditions d'une autorégulation naturelle du corps au travers de ce que D. Bois a nommé le psychotonus<sup>2</sup>. C'est l'enjeu du praticien en fasciathérapie que de maintenir, de restaurer ou d'améliorer l'équilibre de santé d'une personne au travers d'un geste technique d'une haute précision et d'une grande valeur relationnelle. Ce geste s'adresse à la dynamique interne du corps (le mouvement interne est considéré comme le support du processus de régulation) et comprend une phase dynamique (le suivi dynamique du mouvement interne tissulaire) et une phase statique (le point d'appui manuel défini comme un arrêt circonstancié du mouvement interne).

Dans cette recherche, je me propose de visiter la dynamique d'émergence du « point d'appui manuel » qui, au fil du temps, a fait l'objet d'une grande évolution. L'approche conceptuelle de ce travail m'engage dans des enjeux qui vont bien au-delà d'une simple recherche scientifique à propos d'une mise à jour d'un concept. En effet, j'ai eu la chance de

---

<sup>1</sup> Quéré, La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles : Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biologiques, 2010

<sup>2</sup> Le concept du psychotonus sera développé dans ce mémoire p.51

traverser toutes les étapes de l'évolution de la fasciathérapie. J'étais là, présente et il m'apparaît qu'arrive pour moi le temps de rendre compte et d'amener à d'avantage de visibilité un concept majeur dans la fasciathérapie : le point d'appui. Le déploiement théorique du point d'appui s'appuiera donc sur la littérature spécialisée écrite par Danis Bois. C'est à partir de l'ensemble des savoirs expérientiels construits tout au long de mon parcours que je visiterai les livres, les articles, les notes de cours, les vidéos qui sont en lien avec mon objet de recherche. Je me propose en effet, de visiter la littérature de façon ciblée sur le point d'appui manuel afin d'en dégager l'émergence pratique, théorique et philosophique. Cette dynamique de recherche donnera lieu à un ensemble d'interrogations telles que : « A quel moment est apparue l'émergence du point d'appui dans la littérature ? Quel est le processus de son évolutivité et quels en sont les enjeux ?

Cette série de questions justifie en partie, le choix de mon projet de recherche. Mais au-delà de cette dimension professionnelle, je sais, pour l'avoir vécu que le point d'appui n'a pas été seulement le déploiement d'une habilité technique, manuelle inscrite dans un mouvement de professionnalisation. En effet, au fur et à mesure que le point d'appui gagnait en précision, en profondeur et en globalité, pointait une dimension existentielle forte. Le point d'appui, simple contact manuel au début, s'est progressivement transformé comme lieu d'implication touchant à la fois les sphères physiques, psychiques, émotionnelles et spirituelles de la personne. Comment ces nouvelles dimensions sont-elles venues alimenter ce concept ? Quels sont les questionnements nouveaux qui ont participé de cette évolution ? De plus, il y a, dans le point d'appui, une dimension relationnelle évidente. En effet, n'y a-t-il pas plusieurs interlocuteurs dans la gestion du point d'appui ? Un thérapeute en tant que personne, un patient en tant que personne, le point d'appui en tant que geste, et un principe d'évolutivité au sein du corps sans lequel il n'y aurait aucun changement. Qu'en était-il au début des années quatre-vingt et comment cette dimension relationnelle s'est révélée ?

C'est depuis ma posture de fasciathérapeute et de praticien-chercheur que je tenterai de faire cette analyse ambitieuse. J'ai formulé ainsi ma question de recherche : **Quel est le processus évolutif du concept du « point d'appui » et ses différents enjeux mis à l'œuvre en fasciathérapie Méthode Danis Bois ?** Cette question ouverte m'a permis de prendre en considération des éléments d'arrière-scène qui n'aurait pas trouvé leur place dans une étude

plus serrée et sans ma posture heuristique. J'ai veillé toutefois à n'être pas trop exhaustive sur le sujet (au regard de la période examinée) et à pointer les éléments les plus majeurs et incontournables de cette évolution. En effet, une des spécificités des concepts de la Fasciathérapie, parce qu'ils s'adressent à l'humain, est que leurs items sont à la fois très distincts et intriqués par leur influence réciproque.

Pour répondre à toutes ces questions, j'ai été amené à approfondir ma culture du champ de l'ostéopathie, science dont est issue la fasciathérapie des années quatre-vingt, en visitant les livres des précurseurs de cette science centenaire (Becker, 1997 ; Becker, 2000 ; Still, 1998, 2003 ; Sutherland, 1944) mais aussi des ostéopathes contemporains (Tricot, 2002,2005, 2007 ; Duval 2004,2008 ; Larchevêque 2007 ; Blais et Lepage 2003 ; Jealous 2001 ; Ducoux 2009). Cette recherche m'a permis de mieux m'ancrer dans les fondements de la fasciathérapie en revisitant les influences dont elle était imprégnée dans mes premières années de formation et de mieux cerner aujourd'hui les contours spécifiques de ce que sont devenus ces deux disciplines et la nature de leurs liens.

Ma recherche, au regard de la posture choisie de praticien-chercheur impliqué au sein du paradigme du Sensible<sup>3</sup> (Bois, Austray, 2007 ; Berger, 2009) s'inscrit, dans l'axe B (Élaboration et conceptualisation du paradigme du Sensible. Innovation conceptuelle, épistémologique, méthodologique) des recherches du Cerap (Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive)<sup>4</sup> en tant que recherche conceptuelle, mais peut être considéré aussi comme répondant à l'axe D (Démarche de biographisation et analyse des pratiques singulières) en tant qu'elle cherche à faire émerger le processus de création de l'auteur, D. Bois.

Concernant la méthodologie, j'ai fait le choix de restreindre ma recherche aux seuls écrits de D. Bois en m'appuyant sur une grille classificatoire ciblée sur ma question de recherche. Sur la base de ce matériau de données, j'ai opté pour une analyse d'inspiration

---

<sup>3</sup> Le terme Sensible a été défini ainsi par D. Bois et A. Austray : « *La dimension du Sensible est née d'un contact direct avec le corps et c'est à partir de cette expérience que se construit progressivement, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance, un rapport que nous pouvons qualifier de créatif et qui place, (...) la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance* » (Bois & Austray, 2007, p. 6).

<sup>4</sup> Le Cerap comprend 4 axes de recherche

phénoménologique livre par livre et catégorie par catégorie suivie par une analyse herméneutique transversale par catégorie et une conceptualisation émergente du processus de création du point d'appui qui ont alimenté ma conclusion.

Afin de guider le lecteur dans ce mémoire, je propose un résumé des différents thèmes abordés. **Le lecteur trouvera en première partie la contextualisation de cette recherche et son champ théorique.** Après avoir présenté les pertinences de ma recherche, ma question de recherche et ses objectifs, j'ai développé les deux champs théoriques de ma recherche : le champ de l'ostéopathie en m'employant à brosser essentiellement le portrait et les idées de ses fondateurs, c'est à dire celles dont se réclame D. Bois à ses débuts ; Puis, le champ de la fasciathérapie telle qu'elle est conceptualisée aujourd'hui, puisque l'historicité est l'objet de ma recherche. Cette partie ne se réduira pas au concept du point d'appui psychotonique mais ouvrira aux dimensions du soin en fasciathérapie aujourd'hui et aux principes le plus liés au point d'appui.

**La seconde partie** est constituée du champ épistémologique et présente la méthodologie de recherche. J'y ai développé ma posture de praticien-chercheur ancrée dans une démarche heuristique et dans le paradigme du Sensible. La méthodologie de recherche décrit la démarche bibliographique, ainsi que la grille classificatoire et la méthodologie d'analyse phénoménologique employée.

**La troisième partie est consacrée à l'analyse des données.** Elle se présente sous la forme d'une analyse phénoménologique livre par livre, puis d'une analyse herméneutique transversale catégorie par catégorie. Et enfin, j'ai conclu ce mémoire en tentant de répondre à ma question de recherche et ses objectifs au sein d'une analyse conceptualisante du processus d'émergence du concept du point d'appui. Dans l'optique de fournir les supports utilisés pour cette recherche, le lecteur trouvera en annexe 1 l'analyse classificatoire p.166, en annexe 2 (page 211), avec l'autorisation de l'auteur, le premier livre écrit par D. Bois qui n'est plus édité à ce jour. Les autres livres sont encore disponibles en librairie à ce jour et ne peuvent donc paraître en annexe. Cependant, le lecteur pourra trouver dans l'analyse classificatoire toutes les références citées dans ce mémoire.

**PREMIERE PARTIE : CHAMP THEORIQUE ET  
PRATIQUE**

---

# CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

---

## 1.1. Pertinence personnelle

---

Lorsque je me mis en quête d'un sujet de recherche qui conviendrait à la praticienne et à la personne que je suis devenue, j'interrogeais spontanément mon parcours à la rencontre des temps forts, des tournants, des questionnements, des remises en question, des incompréhensions et des illuminations que je savais y avoir rencontré. Il y avait, sans aucun doute, pour moi, matière pour un sujet de recherche de Mestrado. J'avais là le premier axe de recherche de ma question : l'historicité. Je mesurais qu'il s'était écoulé près de vingt-huit ans de formation au contact de la Fasciathérapie et, que, dans le même temps, j'avais eu le privilège d'être le témoin de l'émergence de la « Méthode Danis Bois » et d'en avoir traversé toutes les étapes. Il était temps pour moi de rendre compte de toutes ces évolutions dont j'avais été le témoin, qu'il s'agisse de protocoles d'interventions pratiques, de modèles formalisés, des processus internes du corps ou encore des modèles théoriques qui sous-tendent la pratique. Je ressentais deux axes forts pour retracer ce parcours.

En prenant le parti pris d'aborder ma recherche depuis une posture de témoin et d'acteur en première personne, sous la forme d'un récit, je me savais aller vers davantage de lisibilité de mon expérience passée et de la connaissance qui s'est accumulée au cours de ces vingt-huit années de formation. Comment les choses se sont données ? Quelle est la trace processuelle de mes apprentissages ? Je pressentais alors, l'ampleur des transformations majeures qui s'étaient effectuées en moi, la valeur formative, expérientielle et existentielle de ce parcours. Il avait souvent été question de mes résistances à l'apprentissage lorsque je me trouvais confrontée à accueillir des informations nouvelles et le plus souvent inconcevables pour moi. Les moments de perte des repères, ébranlaient les piliers de ma pratique professionnelle mais aussi mon équilibre personnel. Les moments de doute et d'inconfort récompensés par des moments d'intense découverte transformaient ma vision de la santé et de la vie. J'ai aussi assisté à des moments collectifs difficiles mais qui se transformaient de façon récurrente en des élans grandioses qui éclairaient ma pratique mais aussi ma propre existence. Finalement,

comme le précisait Danis Bois, « *apprendre, c'est finalement retrouver une mobilité* » (Bois D. , 2002a, p. 25). A certains moments de ma formation, je me sentais frappée d'inertie, incapable de me mettre en mouvement pour changer mon regard et par conséquent pour renouveler la qualité de mon toucher manuel. En effet, je prenais conscience que la qualité de mon toucher dépendait de ma capacité à me renouveler dans mes représentations et dans mes habitudes. Or, travailler avec Danis Bois, c'est constamment être confronté à l'inédit, à la nouveauté et j'avais parfois le sentiment qu'au moment où je commençais à maîtriser un geste ou un modèle théorique, il me fallait l'abandonner pour plonger dans une phase de transition délicate à gérer pour moi, mais aussi pour la communauté des étudiants en fasciathérapie. En consultant la thèse de doctorat de Danis Bois, j'appris qu'il avait été lui-même confronté à cette même situation : « *la méthode ne cesse d'évoluer, et de nouvelles données se font jour au fil du temps...je me situe dans un cadre de référence en perpétuelle mutation* » (Bois D. , 2007, p. 35). Mais, il m'apparut aussi que sa thèse décrivait déjà, de manière très pointue, les processus que j'avais moi-même vécu. La forme du récit biographique m'apparue alors moins pertinente au regard des résultats de sa recherche de doctorat révélant ce qu'il a nommé 'La spirale processuelle du rapport au Sensible' (Bois D. , 2007). J'avais, par ailleurs, quelques réticences, à « revisiter » de front, certaines périodes délicates de mon parcours. Je laissais cette piste et choisit le parti-pris, en choisissant un concept de la méthode, d'en retracer l'historique.

En consultant les ouvrages spécialisés concernant la fasciathérapie, je pris la mesure de la densité des données, mais qui, en même temps, ne restituent pas à mon sens suffisamment la dynamique processuelle de l'évolution de la fasciathérapie. D'un autre côté, j'avais conscientisé au cours de cette première phase de travail, que les moments intenses et de rencontre avec le principe d'autorégulation du vivant sous la forme du mouvement interne avait, pour moi, une résonance particulière dans laquelle se dégageait un fort sentiment d'évidence et, dans le même temps celui de n'avoir pas suffisamment réfléchi à ce sujet-là. J'avais là mon deuxième axe de recherche : le point d'appui, en tant que condition de mise en jeu d'un processus d'autorégulation du corps et de la personne. Ce thème m'apparut majeur pour moi, parce qu'il appartenait autant à mon parcours de personne que de professionnelle.

En tant que personne, le point d'appui était le moment fort de mes rencontres. Dans ce parcours de formation, j'ai retrouvé la trace (Notes personnelles) de trois points d'appui de santé majeurs.

La première rencontre avec la méthode coïncida avec une chute de cheval dont je me remettais avec peine. Je venais de rencontrer D. Bois et décider de m'engager dans la formation de fasciathérapie (1984). Je ne récupérai pas la mobilité de mon bras et inquiète de mon avenir professionnel décidai de demander son aide. Ce traitement fut majeur pour moi, tant par ses effets thérapeutiques qui fondèrent ma conviction en une force de 'guérison' puissante et mobilisable, que par la nature du rapport thérapeutique installé par D.Bois, mêlant proximité et distance respectueuses, intense présence et accompagnement bienveillant, ainsi que par le vécu de la séance qui m'invitait, en réintégrant la mobilité et la chaleur de mon bras, à revivre ce qui l'en avait éloigné !.

Des années plus tard (1992), devant la perspective d'une opération, je fis appel à N.Quéré et rencontrais à nouveau les effets objectifs de ce traitement par l'impact immédiat sur mes paramètres biologiques et les effets subjectifs dans la confiance réaffirmée pour aborder cette opération et son devenir. C'est aussi à cette période, et j'en perçois aujourd'hui le lien avec ce traitement, que je décidai de quitter le cadre de ma pratique professionnelle très intensive pour me poser dans une pratique de la fasciathérapie plus conforme à ma vision de la santé.

Enfin, le dernier point d'appui, encore plus tard, questionna fortement le rapport à ma force de régulation : vers l'âge de cinquante ans, je connus des troubles d'équilibre, une incapacité à maintenir mon attention, une fatigue intense, que j'attribuais à la convergence de l'AVC de ma mère qui m'affectait profondément et de mon engagement dans un cursus universitaire qui sollicitait une ouverture psychique et cognitive totalement nouvelles. Je n'avais pas soupçonné que derrière ces symptômes, puisse exister, de fait, un processus de dérégulation physiologique qui prenait la forme d'une hypertension artérielle. Sans être très sévère, elle demandait toutefois d'être traitée médicalement. Malgré mes efforts pour agir dans le sens d'une régulation, je perçus, pour la première fois dans ce domaine, une limite qui prenait la forme d'une question qui peut paraître naïve : se peut-il que mon processus de régulation soit mis en défaut de manière durable ? Cette évidence remettait en jeu, en tant que

personne et en tant que professionnelle, plus que la ‘confiance totale’ que j’avais placé dans cette force de santé, mais mon éthique de la santé. Le débat était majeur, et mon point de vue peu nuancé sur ce sujet : je ne pouvais me résoudre à accepter de suppléer à cette force par des médicaments et vécu des moments fort délicats. Progressivement, devant la persistance d’un inconfort qui envahissait tous les secteurs de ma vie, s’infiltra en moi la nécessité d’une relation d’aide à l’égard de mon équilibre de santé sous la forme d’un traitement médical adapté, et d’un ‘prendre soin’ de moi en accueillant plus de nuances, plus de bienveillance à mon égard, plus de temps pour changer de rapport à ma vie. Je me sentais devoir réajuster le rapport à une dimension humaine de l’existence dans ses paramètres de subjectivité/objectivité, universalité/singularité, et en particulier accepter de m’engager pleinement à devenir ‘sujet’. Ce tournant qui me mettait en phase avec le ‘prendre soin’ et l’accompagner’ de la méthode, pris acte, dans le même temps dans ma vie professionnelle et personnelle sous la forme d’une lente mutation, d’un mouvement de repli afin de laisser se dévoiler un moi plus complet, plus accompli, et aussi plus visible (Bois, 2006).

En tant que professionnelle, mon parcours fut pour moi une source de découverte, de rencontre, de nombreux apprentissages. La compréhension dans cette méthode a été pour moi évolutive. Je peux dire, pour mon cas particulier, que j’ai avancé de compréhension en compréhension, et que celle-ci est toujours provisoire, en tout cas, jamais définitive, car, aujourd’hui, je découvre encore et toujours des figures du mouvement interne qui m’échappaient jusqu’alors. En réfléchissant à ma trajectoire, je prends conscience de ce qu’il y a de spécifique à avoir été formé à une discipline dont la créativité est sans cesse émergente et remise en question. Pourtant, j’ai le sentiment que ce qu’elle me faisait rencontrer en limites d’adaptabilité à la nouveauté constituait aussi le support de ma motivation à continuer. Vingt-huit années sont passées, et pourtant je n’ai jamais rencontré l’ennui, le désintérêt. A chaque fois, une nouveauté était à découvrir qui appelait une autre nouveauté que nous explorions juste le temps nécessaire pour acquérir la compétence de l’inclure dans notre geste thérapeutique.

Parmi les moments intenses de découverte, la rencontre avec le point d’appui fut pour moi le plus marquant, sans pour autant être le plus facile. Durant toute une première période, je me contentais, si j’ose dire, de suivre la dynamique interne du tissu dans toutes ses

composantes, et au niveau le plus profond qui soit. Avec le point d'appui, j'assistais à une mutation de mes habiletés perceptives. A l'époque, je n'avais pas pris conscience des enjeux contenus dans ce moment particulier où, comme le disait Danis Bois, « *la main décidait de s'immobiliser dans la profondeur du corps afin de réaliser « un arrêt circonstancié » qui, paradoxalement, mobilisait une force interne qui s'accumulait de manière exponentielle sous la main et donnait lieu à l'apparition d'une « tension régénératrice exponentielle » sorte de volcan en ébullition, vecteur d'une libération souterraine* » (Bois D. , Littérature grise, 2007). Là encore, de la même façon que pour la découverte du mouvement interne, la subtilité des réactions au point d'appui ne m'apparaissait pas aussi clairement que cette description métaphorique. J'ai le souvenir qu'au début, la mise en situation pratique pour m'ouvrir à la perception du point d'appui donnait lieu à une « soupe perceptive » générée par mon incapacité de « voir » et de « pénétrer » ce que je soupçonnais de l'intelligence à l'œuvre dans le tissu. Probablement que ma recherche me permettra de me réapproprier toutes les étapes qui ont traversées mon apprentissage du point d'appui et notamment du toucher psychotonique.

Je distingue cependant, plusieurs périodes dans cet apprentissage. Je situe une première période de formation pendant laquelle j'oscillais entre deux formes d'action thérapeutique : l'une pendant laquelle j'étais très active à extraire l'élasticité tissulaire (butée, traction, orientations). Ma vigilance veillait à suivre en conscience le tissu dans tous ses paramètres : « *la sensation d'élasticité est extraite lorsque la pensée profonde du thérapeute est synchronisée avec le geste qui suit scrupuleusement le mouvement intime du tissu* » (Bois D. , 1985c, p. 33) et j'accompagnais souvent les segments corporels dans une grande amplitude autant pour mobiliser le corps, que pour ne pas trop surprendre mes patients peu habitués à ces conditions de pratique. A d'autres moments, je percevais que la qualité de ma présence, celle d'une pression-contact, déclenchaient immédiatement un point d'appui avec une forme de suspension du temps, un silence particulièrement plein, un contact avec un volume vivant de la personne , la présence d'une force active dans le corps à relancer la vitalité et la globalité et ma vigilance en était éveillée. Ma posture se faisait neutre afin de laisser toute la place à la physiologie interne du patient respectant ces conditions : « *ainsi est réalisé un geste extrêmement respectueux : la communion de conscience à conscience éveille le potentiel*

*d'auto-guérison du patient, et la normalisation se fait "de l'intérieur" » (Bois D. , 1990, p. 91) . Il me semble que cette manière de vivre le point d'appui n'est pas sans rapport, tout d'abord, avec la vision à deux dimensions de la santé dans la fasciathérapie, à cette époque : « Le patient est sur la voie de la guérison certes, lorsqu'il y a soulagement ou disparition des symptômes, mais surtout lorsqu'il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur » (Bois D. , 1984b, pp. 189-190) et ensuite, avec la recherche des paramètres universaux de la dimension humaine en nous et dans nos patients : « Derrière une thérapie, il y a un thérapeute ; derrière un thérapeute, il y a un homme ; et l'homme peut faire ce qu'aucune thérapie ne saurait faire » (Bois D. , 1990, p. 154). Cependant, alors que dans cette neutralité, je me sentais totalement impliquée, j'avais le sentiment que dans la relation thérapeutique, s'instaurait un espace de communication dans lequel je dialoguais avec une partie de mes patients à laquelle ils n'avaient pas toujours accès en conscience et, de ce fait, leurs transformations internes pourtant évidentes et notables pour moi, leur paraissaient inaccessibles dans le moment, et leur devenir incertain.*

Une autre étape importante pour moi, liée à l'apparition du mouvement substantiel et du point d'appui séquentiel, point d'appui qui relance l'organisation interne du corps en mouvements de base, changea mon rapport au corps dans une dimension plus incarnée. L'accès à une modélisation en biomécanique sensorielle et biorythmie sensorielle mis de l'ordre dans mon toucher comme dans mon corps. Je devins plus rigoureuse et plus vigilance à suivre les orientations qui amenaient au point d'appui ou qui en émergeaient. Mon toucher plus séquencé devint aussi plus varié, plus en lien avec un corps incarné ; mes points d'appui trouvaient dans l'association d'une perception plus aiguisée et une connaissance théorique une cohérence les rendant plus respectueux, plus mobiles, plus progressifs.

L'arrivée du toucher psychotonique fut une évolution du point d'appui qui changea ma manière d'accompagner mes patients. Avec le toucher psychotonique j'installais une véritable « distance de proximité » avec mes patients dans laquelle mon implication s'appliquait à respecter un devenir qui leur appartenait en propre. Le psychotonus m'apparut non seulement comme une réactivité interne de la personne, mais comme une incarnation de sa volonté propre, une force de résilience irréductible de l'être de mon patient. Forte de cette nouvelle attitude, je pris aussi conscience que je concernais mes patients au niveau de leur

activité perceptive et cognitive. En effet, la réaction tonique qui apparaissait sous la main était l'expression de la phase de négociation interne que la personne vivait quand la nouveauté perceptive déclenchée par mon geste thérapeutique rencontrait la structure d'accueil préétablie. J'apprenais dans le quotidien de ma pratique à composer avec cette phase délicate de négociation qui marque les prémices d'un changement de représentations de la personne. A travers la réaction psychotonique du point d'appui j'étais en mesure d'évaluer le degré de participation de la personne à la proposition manuelle. En effet, une fois que la personne entre en rapport avec la force de renouvellement générée par le point d'appui, elle prend acte simultanément que s'active en elle une résistance à quitter un état pour épouser un autre état. Or, le plus souvent, la personne n'a pas été formée à percevoir les phases de négociation cognitive et perceptive qui pourtant sont activées nécessairement dans toutes situations d'apprentissage. Vient alors la dimension du « point d'appui éducatif » qui nécessite de la part du praticien de former la personne à saisir l'apparition de la tension régénératrice qui résulte de la rencontre entre les forces de renouvellement de la personne et les forces de rétention générées par la structure d'accueil préétablie. Certaines fois, si je me rapporte à mon vécu du point d'appui en tant que « patiente » l'expérience était porteuse d'informations percutantes créant un véritable choc. La confrontation avec la nouveauté perceptive créait une résistance, mais en même temps elle ouvrait à des choix presque fondateurs qui m'impliquaient dans toutes les sphères de mon humanité. Le toucher psychotonique constitue, à mon sens, une modalité éducative performante. C'est un lieu pour apprendre, en tant que praticien, à accompagner les négociations silencieuses entre force de renouvellement et force de préservation. Mais, c'est également un lieu où la personne qui vit l'expérience psychotonique est appelée à saisir le processus qui tend à aller vers la mise en action d'une décision sur la base d'un vécu corporel tonique et psychique. Aujourd'hui, cette dimension éducative est une figure familière dans ma pratique.

## **1.2. Pertinence professionnelle**

---

Lorsque j'étais débutante dans cette formation, l'apprentissage était d'abord et avant tout enraciné non seulement dans la pratique, mais dans l'analyse de l'expérience qui se donnait dans la pratique. Finalement, Danis Bois nous enseignait un mode opérationnel qui reprenait la dynamique processuelle de ses propres découvertes. Nous avions le sentiment

d'emprunter le chemin qui l'avait conduit à élaborer, pas à pas, chaque modèle pratique et théorique. Le cours théorique était toujours précédé d'une expérience pratique.

Dans le contexte de la fasciathérapie, la formation expérientielle prend tout son sens, dans la mesure où la pratique prend le statut d'expérience quand celle-ci fait l'objet d'une réflexivité en temps réel de l'action et en différé. En effet, maintes fois, j'ai entendu que « faire une pratique n'est pas nécessairement la connaître ». J'étais mise en situation de décrire chacun de mes gestes et d'apprendre d'eux à travers une médiation menée avec le formateur. Je prolongeais ainsi mon apprentissage dans ma pratique quotidienne de kinésithérapeute m'offrant une consolidation des compétences spécifiques qui me permettaient d'exercer efficacement le toucher de la fasciathérapie.

Au début, pas à pas, ma main explorait la dynamique interne du tissu et toute mon attention était tournée vers une intériorité mouvante. J'apprenais à développer une « conscience manuelle » qui me permettait de m'engager dans « un processus de réciprocité » entre moi et le patient. J'assistais à un voyage tissulaire interne d'une extrême lenteur qui me donnait le temps de discerner chacun des détails du mouvement interne qui se donnait sous la main. Je découvrais chaque composante du mouvement, d'abord, la lenteur commune à tous les corps, puis les orientations qui prenaient des directions imprévisibles et que je pouvais néanmoins saisir et accompagner grâce à l'atmosphère de lenteur. A l'époque, je prenais conscience que la lenteur n'était pas seulement une vitesse, mais qu'elle portait en elle une qualité de perception qui me poussait à apercevoir les orientations spontanées, ainsi que l'amplitude de chaque mouvement invisible à l'œil nu et que la main pouvait pourtant « voir » par le toucher. Aujourd'hui, je prends conscience d'une certaine facilité à décrire cette fantastique expérience du mouvement interne. Mais, par contraste, cela me renvoie à tous mes tâtonnements gestuels et réflexifs. A l'époque, au tout début, la perception était grossière ne me donnant accès qu'au détail le plus grossier, cachant toutes les autres subtilités trop fines pour être perçues. Mais, il m'a fallu plusieurs années de pratique intensive dans mon cabinet pour que se livre de façon claire et distincte les lois internes du mouvement. Au moment où l'expérience se rapprochait de la réalité du mouvement interne, je constatais une réelle efficacité auprès de ma clientèle.

La fasciathérapie, grâce au point d'appui est devenue au fil du temps une méthode à part entière et c'est à partir de lui qu'elle a trouvé son identité et son émancipation de l'ostéopathie. Je peux dire que le point d'appui a traversé tout mon itinéraire professionnel et de vie. Avec lui, j'ai exploré mon statut de praticienne où le point d'appui me sollicitait dans un savoir-faire manuel essentiellement orienté vers une démarche symptomatique et curative. Le point d'appui était un outil qui permettait de se substituer à la manipulation ostéopathique. Le toucher de globalité qu'emportait le point d'appui (puisque'il concernait toutes les parties anatomiques dans un seul geste) mobilisait une concentration de forces qui avaient souvent raison du blocage physique.

Puis, comme nous le verrons, au fil de l'analyse de la littérature, au point d'appui a été associé une réaction d'implication et de concernation de la personne transformant du même coup mon approche du soin. A la place d'appliquer un soin à travers la médiation du point d'appui j'ai commencé à prendre soin de la personne. Cette posture fut nouvelle pour moi et pour la grande majorité des étudiants en formation car, en tant que kinésithérapeute, notre vision du soin était très orientée vers le soulagement des symptômes ; et la fasciathérapie était un plus dans l'efficacité du soin. Avec la mutation du point d'appui impliqué et impliquant j'ai réalisé une véritable conversion de mon identité professionnelle. Je devais finalement considérer la personne et la mettre au cœur de mon soin. A cette époque, le point d'appui était assimilé à un toucher de relation et s'est transformé progressivement en un toucher de relation d'aide manuelle pour marquer de façon définitive l'inscription de notre approche dans le paradigme relationnel du soin.

### **1.3. Pertinence sociale**

---

La fasciathérapie est entrée dans sa 32<sup>ème</sup> année d'existence. Elle est, malgré le nombre d'années d'existence une discipline émergente. D'un point de vue socioprofessionnel, la fasciathérapie est pratiquée par un très grand nombre de kinésithérapeutes et est devenue une approche très aidante pour la prise en charge des patients. Ainsi, dans une étude récente (Trudelle, 2007) il est rapporté que 34% des kinésithérapeutes utilisent la fasciathérapie dans les problèmes vertébraux, juste en dessous de l'ostéopathie. Le terme fasciathérapie se retrouve aujourd'hui dans de nombreux courants ostéopathiques dans lesquels il désigne la

prise en charge spécifique des tissus dits « mous » (viscères etc...). La fasciathérapie dont nous parlerons est celle qui est née dans les années 1980, sous l'impulsion de son fondateur D. Bois. En revisitant ses écrits, je souhaite redécouvrir le fil conducteur qui l'a orienté vers l'élaboration d'une approche humaine du soin « *la pratique de la kinésithérapie ne répondait plus à ma quête de profondeur, c'est pourquoi j'entrepris, dans les années 1975, des études d'ostéopathie, discipline qui me paraissait plus en adéquation avec ma quête existentielle* » (Bois D. , 2009, p. 52). L'ensemble des savoirs produits dans ce parcours apparaît réellement dense bouleversant au passage les mentalités en place dans le monde de la kinésithérapie et de l'ostéopathie. L'apparition du volet relationnel et éducatif de la fasciathérapie mettant en avant la dimension du vivant marqua la spécificité de la fasciathérapie Méthode Danis Bois par rapport à l'ostéopathie et aux thérapies manuelles des fascias déjà en place. Danis Bois livre sa réflexion concernant son itinéraire : « *dans mon processus de découverte, j'ai été amené à questionner le vivant en m'appuyant sur une praxie phénoménologique [...] c'est en prenant en compte la valeur formatrice de la présence à l'expérience vécue du corps, qu'il m'a été donné d'ouvrir le débat autour de la question : est-il possible d'accompagner une personne à instaurer une plus grande proximité avec elle-même ?* » (Bois D. , 2009, p. 50). Avant ce changement d'orientation ciblée sur la relation humaine, la fasciathérapie était bien installée dans les institutions de la kinésithérapie car elle se réduisait à la dimension mécanique du corps et du mouvement. Le geste était avant tout technique avec une visée curative des symptômes physiques. Ce changement d'orientation n'a pas été suivi par les instances de la kinésithérapie et créa des résistances très fortes.

Malgré cette mutation paradigmatique (du paradigme biomédical au paradigme de l'accompagnement), la fasciathérapie, pourtant discipline encore jeune, trouva rapidement une grande obédience auprès du grand public et s'ancra dans le paysage des pratiques du kinésithérapeute. Aujourd'hui, la fasciathérapie s'inscrit dans les pratiques de santé en tant qu'elle est reconnue comme technique complémentaire de la kinésithérapie, et enseignée actuellement dans le cadre de la formation continue du kinésithérapeute.

Au niveau des institutions universitaires, la construction de la « fasciathérapie éducative » ne s'est pas faite sans confrontation avec certaines postures scientifiques. La « rupture épistémologique » avec la vision biomédicale de la kinésithérapie amena D. Bois à

opérer une conversion épistémologique radicale : « *au début de mon itinéraire de praticien dans le domaine de la santé, il y a trente ans, j'étais influencé par l'esprit rationnel qui domine le monde de la recherche médicale [...] mais progressivement, j'ai renouvelé mes points de vue au contact de l'expérience, au contact du vécu associé à ma pratique. En travaillant chaque jour en relation avec la fibre humaine du corps humain, j'ai rencontré toute une vie subjective riche, foisonnante, qui apprend nécessairement à celui qui l'a vit et qui l'explore* » (Bois D. , 2007, p. 30). Cette vision sensible du corps humain amena à l'élaboration d'un nouveau champ théorique et pratique qui fut accueillie favorablement dans les institutions universitaires et notamment dans le courant des sciences sociales et humaines. Aujourd'hui, la fasciathérapie fait l'objet d'un diplôme universitaire dans l'université Fernando Pessoa et est inscrite dans le programme de Master en kinésithérapie sportive. Cette dynamique de reconnaissance universitaire a ouvert la porte à des travaux de recherche académique (Bertrand, 2010) (Bothuynne, 2010) (Bourhis, 2007) (Courraud C. , 2007) (Duval T. , 2010) , (Quéré, 2010), (Angibaud, 2011), (Sercu, 2011) qui permettent de mieux comprendre le mode opérationnel de la pédagogie de la fasciathérapie et les impacts physiques, psychiques, comportementaux de cette méthode. Certains travaux concernant la fasciathérapie font l'objet de recherches dans le cadre du master en psychopédagogie perceptive et du doctorat en sciences sociales de l'université Fernando Pessoa.

Par ailleurs, la fasciathérapie est évaluée dans le cadre du Centre d'Etudes et de Recherche où un département lui est entièrement consacré. Cette politique engagée va dans le sens d'une reconnaissance universitaire et académique concernant la formulation de la fasciathérapie en tant qu'approche psycho-éducative. Avec cette approche se profile une méthode qui rend compte de toutes les dimensions de la personne humaine. Nous verrons, par la suite, que l'évolution éducative de la méthode s'est construite sur la base de l'évolution du point d'appui en toucher psychotonique « *je compris assez vite que non seulement cette modulation tonique était le lieu d'unification du psychisme et du corps, mais qu'elle sollicitait chez la personne des ressources attentionnelles d'un autre ordre* » (Bois D. , 2009, p. 60).

Cette approche novatrice a donné lieu à une modélisation du psychotonus et de ses impacts sur l'unité corps/esprit et au développement du paradigme du Sensible qui cherche à déterminer les potentialités perceptives de la nature humaine. Dans cette perspective, la

fasciathérapie s'inscrit dans le courant phénoménologique du toucher, et plus précisément un toucher du sujet aboutissant à une réflexion sur les différents statuts du corps : « *mon corps propre est le seul corps par lequel je perçois, de manière absolument immédiate, l'incarnation d'une vie psychique, d'une vie qui est ma propre vie* » (Husserl, 1982, cité par (Austry, 2009, p. 149)

Depuis maintenant trois décennies s'est ainsi progressivement construit un vaste champ de pratiques qui trouvent écho dans les institutions de formation continue en kinésithérapie et dans les institutions universitaires. Dans cette direction l'inscription de la fasciathérapie dans le contexte universitaire à travers la construction de cursus de deuxième et troisième cycle fait de la fasciathérapie une discipline d'avenir. Je souhaite que ma recherche qui vise à mettre en évidence la dimension physique, psychique et humaine du point d'appui contribue à mieux socialiser la fasciathérapie au sein des institutions éducatives et formatives.

#### **1.4. Pertinence scientifique**

---

A partir d'une première lecture des ouvrages de D.Bois, je constate que le champ théorique est indissociable du champ pratique. En effet, la fasciathérapie est née de la pratique réflexive à partir de laquelle se sont construits les modèles théoriques. Une dynamique d'élaboration de modèles théorico-pratiques fort bien illustrée par le propos du fondateur de la méthode : « *Chaque instant de ma pratique est ainsi source d'informations nouvelles qui, sans cesse, éclairent certains mystères et alimentent l'évolution de la théorie. De cette façon, des événements d'abord ressentis deviennent des outils thérapeutiques solides. Une fois leur efficacité éprouvée, leur mode d'action est théorisé de manière à pouvoir les enseigner.* » (Bois D. , 1990, p. 21). C'est donc à partir des traces écrites de l'expérience réflexive que je désire pénétrer la dynamique qui a sous-tendue l'émergence de la fasciathérapie. On note dès 1989, dans son second livre, « *La vie entre les mains* », que les notions d'expérience et d'observation faisaient appel à une écoute de qualité qui interrogeait la profondeur du corps, offrant déjà l'esquisse de la thérapie globale qu'allait devenir cette méthode : « *dès lors, ma pratique devint mon champ d'expérience et d'observation. Chaque jour, j'observais et j'interrogeais la profondeur du corps. Progressivement m'apparaissait un*

*être complet* » (Bois D. , 1989c, p. 15). Ma recherche, je l'espère, grâce à un nouveau regard sur la genèse du point d'appui permettra de mieux comprendre la place de l'expérience dans l'apprentissage de cette méthode.

Actuellement de nombreuses recherches rendent compte, dans le cadre du CERAP de la dimension relationnelle du point d'appui et de ses différents impacts. Comme je l'ai précisé précédemment le point d'appui est probablement l'instrument pratique qui a fait l'objet de la plus grande évolutivité et continue encore à livrer les mystères qu'il renferme. Bien que mon étude porte essentiellement sur les écrits de D. Bois, je consulterais aussi la littérature scientifique constituée par certains travaux de master qui ont abordés les différentes dimensions convoquées par le point d'appui, afin de m'aider à dégager l'évolution temporelle du point d'appui et de ses enjeux. En effet, les derniers travaux font mention du point d'appui comme révélateur d'une force de résilience qui se donne sous la forme d'une réaction psychotonique. Je souhaite, à travers ma recherche, préciser à quel moment est apparue la dimension psychotonique du point d'appui. Quelles ont été les réflexions qui ont présidées à son émergence et quels sont les enjeux portés par le toucher psychotonique ? Je m'appuierai aussi, en arrière fond, sur mon propre parcours de découverte et de réactions « comment me suis-je inscrit dans cette évolutivité ? » est sans doute la question qui résonnera, sous l'éclairage de cette démarche bibliographique pour alimenter ma posture de chercheur impliqué.

Une des facettes qui a été peu étudiée jusqu'alors est celle du « point d'appui-éducatif ». En effet, dans le cadre de l'expérience du point d'appui et du toucher psychotonique la personne est invitée à se prononcer sur la valeur éducative qu'elle donne à l'expérience qu'elle fait. A travers l'étude et l'analyse de la réaction psychotonique au point d'appui, cette recherche permettra de mieux comprendre la négociation interne qui se met à l'œuvre quand la personne est amenée à apprendre de ses ressentis et de la nouveauté perceptive. Les études qui ont été réalisées dans le cadre du Cerap ont permis de mieux cerner les enjeux internes qui apparaissent dans la réaction psychotonique. Mais ici il s'agit de saisir l'élaboration de cette donnée perceptivo-cognitive dans son processus à partir de la consultation de la littérature. Sur le plan concret de la méthodologie de recherche, je mènerai une analyse bibliographique au plus proche du témoignage écrit ou oral du fondateur. Je

m'appuierai sur neuf livres écrits par le fondateur qui ont respectivement été édités de 1984 à 2006 (Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde, 1984b), (Bois D. , Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles, 1985c), (Bois D. , La vie entre les mains, 1989c), (Une thérapie manuelle de la profondeur, 1990), (Un effort pour être heureux, 2002a), (Le sensible et le mouvement, essai philosophique, 2001), (Le moi renouvelé-Introduction à la somato-psychopédagogie, 2006) ainsi que ses contributions dans deux ouvrages collectifs, (Bois D. , Thérapie et mouvement, 1er congrès international Méthode Danis Bois, 2001a), et (Bois & Austry, Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie, 2009b). La mise à jour des négociations entre forces de renouvellement et forces de préservation sur le mode tonico-psychique débouche sur une meilleure compréhension de l'impact du toucher psychotonique sur le renouvellement de la personne. Il m'apparaît important de consulter les travaux qui abordent cette question précise à travers le prisme de l'analyse de l'évolutivité du point d'appui.

### **1.5. Question de recherche**

---

Ma recherche se fera autour de trois axes :

Le premier axe sera davantage orienté vers la reconstruction historique de la méthode à travers l'énonciation de faits objectifs (temporalité et spatialité) et de faits subjectifs qui relatent les carrefours tangibles marqués par des transformations pratiques et qui explicitent l'arrière scène qui a accompagné cette transformation. Cet axe se donne comme ambition de mettre en relief le processus de création réflexif de D. Bois.

Le deuxième axe pointera l'évolution philosophique de la méthode qui est apparue au fil de la transformation des pratiques. En effet, La fasciathérapie s'est enrichi de questions sur le sens de la vie et de l'humain, « la valeur formative de la présence à l'expérience vécue du corps » pour s'inscrire aujourd'hui dans une dimension humaniste du corps et de la personne.

Cette recherche me paraît pertinente dans la mesure où je me propose de relever tous les faits marquants de l'évolution de la fasciathérapie et, en particulier du point d'appui, sur la base de ces deux axes de recherche qui constitueront deux mouvements qui se croiseront et se nourriront de façon permanente.

Pour toutes ces raisons ma question de recherche se décline de la façon suivante : **Quel est le processus évolutif du concept « point d'appui » et ses différents enjeux mis à l'œuvre en fasciathérapie méthode Danis Bois ?**

### **1.6. Objectifs de la recherche :**

---

La question du point d'appui et de son évolution vers le toucher psychotonique a fait l'objet d'un certain nombre de recherches. Le point d'appui et le psychotonus sont devenus des modèles bien établis. Cependant, le plus souvent, les praticiens qui utilisent ces deux modèles dans leur pratique ne savent pas l'arrière scène qui a présidé à leur émergence et à leur élaboration théorique, pratique et philosophique. C'est pourquoi, je n'appuierai pas ma recherche sur la formalisation du point d'appui mais sur son processus de découverte.

L'évolution du point d'appui manuel et du toucher psychotonique ont été accompagnés par une réflexion philosophique intense qui ont donné lieu à une nouvelle praxie phénoménologique et au paradigme du sensible. Il me semble que, là encore, chaque étudiant se transforme au contact du point d'appui. Il change en quelque sorte de philosophie de vie. Ce constat pour autant ne livre pas le processus de transfert entre un simple geste technique vers une réflexion philosophique qui concerne le sens de l'existence.

Enfin le point d'appui est probablement le toucher qui a fait l'objet de la plus grande évolutivité. Le point d'appui d'hier n'est plus le point d'appui d'aujourd'hui. Cette recherche me permettra, en final, de brosser l'état des lieux actuels du point d'appui et du psychotonus.

Pour toutes ces raisons les objectifs de ma recherche visent à :

- ✓ Identifier l'arrière scène de l'émergence et de l'élaboration du point d'appui à partir d'une consultation de la littérature qui me permettra de repérer les étapes de l'évolution du point d'appui vers le psychotonus
- ✓ Identifier les enjeux mis à l'œuvre dans le point d'appui
- ✓ Mieux comprendre les caractéristiques du point d'appui en fasciathérapie par rapport à l'ostéopathie

Comment le point d'appui s'est-il enrichi de toutes ces évolutions ? Quelle est la place du point d'appui au sein de tous ces enjeux ?

## CHAPITRE 2 : CHAMP THEORIQUE

---

Je construirai le champ théorique de ma recherche sur deux pôles centrés sur le point d'appui. L'objectif de cette recherche est d'ouvrir le champ de connaissances du point d'appui à l'évolutivité et l'historicité de ce concept. Je développerai, en premier lieu, le champ de l'ostéopathie, puisque c'est en tant qu'ostéopathe que Danis Bois a commencé ses recherches avant de s'en éloigner pour fonder la Fasciathérapie. Ainsi, même si le terme de point d'appui n'apparaît qu'en 1985, dans l'ouvrage « Fascias, sang, rythmes », on constate que ce terme a une antériorité dans la théorie ostéopathique, ce qui justifie ce double champ théorique. Je resituerai donc, dans un premier temps les principes fondateurs de l'ostéopathie et, en particulier, la notion de point d'appui tel que l'ont esquissé ou décrits le Dr.W.G.Sutherland et le Dr. Rollin Becker. Puis, les liens entre ostéopathie et fasciathérapie à ses débuts. Enfin je situerais la Fasciathérapie dans son contexte aujourd'hui ainsi que les concepts actualisés et décrirais la notion de « point d'appui psychotonique » au sein du modèle psychotonique.

### **2.1. Le point d'appui en ostéopathie**

---

#### **2.1.1. Définition de l'ostéopathie aujourd'hui**

Introduite en France dans les années cinquante, elle a connu un processus de reconnaissance long et difficile, en particulier à partir des années 1980 jusqu'en 1999. Pratiquée au départ surtout par les kinésithérapeutes, elle est aujourd'hui ouverte à tous, reconnue en France (2002) comme une véritable formation et enseignée en tant que telle dans des écoles agréées par le ministère de la santé. Les différentes définitions de l'ostéopathie rejoignent celle donnée par le Registre des ostéopathes de France (ROF). Elles s'accordent pour envisager l'ostéopathie dans une compréhension globale du patient, et parlent d'un système de soins, d'une méthode ou d'un ensemble de techniques et pratiques manuelles visant à diagnostiquer, traiter, voire prévenir les dysfonctions somatiques et perturbations fonctionnelles d'un individu en agissant sur les tissus ligamentaires, musculaires, osseux et viscéraux. Certaines parlent aussi de susciter l'équilibre ou de faciliter une réaction naturelle

du corps afin de faire cesser les dysfonctionnements (osteonet, 2003). Pratiquement toutes font référence aux « concepteurs » de l'ostéopathie, avec cependant une « traduction des termes qu'ils employaient dans un vocabulaire actuel, plus en rapport avec les données acquises des sciences biologique et humaine » (www.osteopathie.org).

Les ostéopathes s'accordent aussi à distinguer l'ostéopathie structurelle manipulative qui s'applique au champ des articulations du corps en particulier de la colonne vertébrale, et l'ostéopathie crânienne ou fonctionnelle étendue à l'ensemble du corps, qui s'appuie sur le *Mécanisme Respiratoire Primaire* ou MRP mis en évidence par Sutherland. La notion de mécanisme indique qu'un certain nombre de pièces osseuses, muscles, fascias produisent un mouvement déterminé (Boutin, 2006). Ce mécanisme est dit respiratoire dans le sens où il est composé, par analogie avec la respiration cellulaire, de deux phases, l'une de contraction appelée 'flexion-rotation externe' et l'autre de relâchement appelée 'extension-rotation interne'. Le terme de primaire doit être entendu dans le sens étymologique de 'premier', hiérarchiquement en tant que ce mécanisme crânien dirige l'ensemble du corps, et chronologiquement car « existe avant la naissance » (Boutin, 2006).

La théorie du MRP décrit un mécanisme qui se compose de cinq éléments : une triade motrice et deux conséquences. La triade motrice fait reposer l'origine de la motilité perçue du MRP sur la motilité inhérente du cerveau et de la moelle épinière (supposée d'origine embryologique), la fluctuation du liquide céphalo-rachidien<sup>5</sup> ou LCR dans la boîte crânienne et l'existence d'un point d'appui mobile commun aux membranes crâniennes et rachidiennes

---

<sup>5</sup> Le liquide céphalo-rachidien (LCR) est un liquide biologique transparent dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière. Il est contenu dans les méninges, plus précisément entre la pie-mère (qui recouvre le système nerveux central) et l'arachnoïde (qui tapisse le versant interne de la dure-mère). C'est également le liquide qui circule dans les quatre ventricules cérébraux, à l'intérieur du cerveau, et dans le canal central de la moelle épinière.

Le LCS est synthétisé au niveau des plexus choroïdes, structures très vascularisées qui pendent du toit des ventricules cérébraux et résorbé par le système veineux cérébral Son volume chez l'humain adulte est d'environ 150 ml. La production du LCR est de l'ordre de 500-1200 ml/jour. Chaque jour, le LCS est renouvelé entre 3 et 4 fois en moyenne, ou toutes les 6 à 8 heures. La pression normale du LCS (sujet en décubitus dorsal, c'est-à-dire allongé sur le dos) est de 5 à 10 mm Hg

Les rôles principaux du LCS sont :

- la protection mécanique du système nerveux central contre les chocs par amortissement des mouvements et allègement de 97% de son poids
- la protection contre les infections, car il contient les médiateurs de l'immunité humorale et cellulaire
- le transport des hormones et nutriments. Cependant, le LCR contient peu de protéines, sucres et sels minéraux.

L'IRM du cerveau montre une pulsation rythmique du LCR (source Wikipédia)

appelées membranes de tension réciproques. De ce mécanisme découlent deux conséquences : le mouvement perçu des os du crâne, et le mouvement du sacrum entre les deux os iliaques. Ces mouvements sont dits involontaires car impulsés par une force non contrôlée par le système nerveux central ou SNC et ne peuvent être perçus que par une main entraînée.

Le site du Registre des ostéopathes de France ([www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org)) nous offre les principes clés du concept ostéopathique. Ils font référence en premier lieu à une notion ‘‘ d’unité du corps ‘’, le corps constituant une unité fonctionnelle indissociable mais respectant les identités propres à chaque partie du corps. Un deuxième principe s’appuie sur Still pour énoncer que les structures du corps et les fonctions qu’elles doivent remplir sont interdépendantes. Ainsi, « dès qu’une structure qui compose le corps humain commence à perdre de la mobilité, la fonction qu’elle est sensée remplir pleinement est perturbée, diminuée, entraînant un trouble fonctionnel<sup>6</sup> » ([www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org)) lorsque la dysfonction qui, dans un premier temps peut être réversible, se fait dans un corps qui n’a pas la faculté de la réguler. C’est là qu’intervient le troisième principe clé : le corps possède ses propres mécanismes de régulation. La libre circulation des liquides du corps pour que les cellules se régénèrent et se débarrassent de leurs déchets, le mouvement pour faciliter l’acheminement des liquides dans les tissus, le système nerveux en étroite relation avec la colonne vertébrale pour transmettre les informations et les centraliser, sont les trois principes dont la résultante « permet de favoriser l’équilibre du milieu intérieur ou homéostasie, ce qu’Andrew Still dénommait dans un langage du XIXème siècle : l’autoguérison du corps » ([www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org)).

Le traitement ostéopathique nommé ajustement<sup>7</sup> ostéopathique est de trois ordres : structurel, nutritif et environnemental. Je décrirai simplement l’ajustement structurel qui consiste en manipulations ou en mobilisations manuelles. Elles se différencient par leur vitesse d’exécution et par leur amplitude (rapide et de très petite amplitude pour les manipulations et faible vitesse avec amplitude de mouvement pour les mobilisations). On note que les deux techniques peuvent se faire soit dans le sens de la plus grande mobilité du tissu (technique indirecte) ou en s’opposant au sens de restriction de la mobilité (technique directe).

---

<sup>6</sup> Un trouble fonctionnel est défini comme un dysfonctionnement dans l’organisme ....c’est un état intermédiaire entre la parfaite santé et le début de la maladie.

<sup>7</sup> Le mot « ajustement » fut lancé par Sr J. Litteljohn, à l’origine de l’école anglaise d’ostéopathie

Dans le courant ostéopathique d'aujourd'hui, il est courant de distinguer l'ostéopathie structurale plutôt manipulative (trust) et l'ostéopathie fonctionnelle. Parmi les techniques de cette dernière, certaines s'adressent aux fascias (tissus mous : viscères en particulier ou muscles) et sont dénommées techniques de « fasciathérapie ». Il apparaît donc déjà, que le terme « fasciathérapie » n'est pas un terme qui est spécifique à la méthode Danis Bois. Ainsi, cette recherche centrée sur le point d'appui permettra de mieux cerner les deux approches que je veux distinguer (ostéopathie fonctionnelle d'un côté et Fasciathérapie méthode Danis Bois d'un autre côté) en mettant en lumière ce qui les rapproche et ce qui les différencie.

### 2.1.2. Le courant ostéopathique des fondateurs

- **Le Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917) :** Fermier, ingénieur, mécanicien et médecin (USA)

Il est considéré comme le père de l'ostéopathie. Il situe au 22 juin 1874 cette intuition d'où naquit l'ostéopathie : « Comme l'éclat d'un soleil, une vérité frappa mon esprit : par l'étude, la recherche et l'observation, j'approchai graduellement une science qui serait un grand bienfait pour le monde » (Still, 1998, p. 73). La guerre de sécession, l'apprentissage de la médecine et de la chirurgie, la rencontre douloureuse avec la maladie et les épidémies<sup>8</sup> qui sévissaient à l'époque ainsi que l'influence des thèses évolutionnistes de Spencer<sup>9</sup> furent les pôles qui influencèrent sa vision. En particulier, il adhérait aux idées du « perfectionnisme » : « soit Dieu est Dieu, soit il n'est pas. L'ostéopathie est la loi de Dieu, et quiconque pouvant améliorer la loi de Dieu serait supérieur à Dieu lui-même. L'ostéopathie vous ouvre les yeux pour voir, et voir clairement ; sa pratique recouvre tous les aspects de la maladie et c'est la loi qui maintient la vie en mouvement » (Still, 1998, p.203). Il rajouta à sa pratique ses connaissances d'ingénieur sur la mécanique pour chercher à comprendre les liens des segments du corps entre eux et les liens entre « cause » et « effets » appliqués à la maladie : c'est le deuxième fondement de la pensée de Still. « Les maladies n'existent pas en tant que telles mais combinées ou séparées, elles ne sont que des effets . La cause peut en être trouvée

---

<sup>8</sup> Diphtérie, fièvre, dysenterie, typhus, typhoïde, pneumonie. Une méningite cérébrospinale emporta trois de ses enfants

<sup>9</sup> Herbert Spencer : philosophe et sociologue (1820-1903), auteur d'une théorie culturelle de l'évolution qui a marqué son temps.

et existe réellement dans l'action d'excitation limitée des nerfs qui contrôlent les fluides d'une partie ou de tout le corps ». (Still, 1998, p. 82). On lui doit aussi les idées de l'unité de l'organisme, la relation mutuelle entre structure et fonction, l'importance de l'apport sanguin et de la libre circulation des fluides et enfin, bien avant que le concept d'homéostasie soit forgé par Cannon<sup>10</sup> et C. Bernard, la notion d'un corps autorégulé : « je crois qu'avant de parvenir à leur zénith - après quoi l'aggravation est au-delà des possibilités vitales - toutes les maladies sont guérissables par le génie des remèdes propres à la nature, et je crois que la véracité de cette conclusion a été abondamment prouvée par des démonstrations quotidiennes » (Still, 1999, p.118).

Il posa ainsi les bases d'une philosophie de la santé et lança « au vent la bannière de l'ostéopathie!"<sup>11</sup>. Pourtant il disait lui-même : « Je ne prétends pas être l'auteur de cette science qu'est l'ostéopathie. Ses lois n'ont pas été formulées par une main humaine. Je ne réclame pas d'autre honneur que celui de l'avoir découverte» (Still, 1998). C'est pourtant avec les mains que Still propose de relancer ce potentiel d'autoguérison en agissant sur les blocages tissulaires sans laisser beaucoup de traces écrites sur les manœuvres employées. En 1892, Still reçoit l'autorisation de fonder *the American School of Osteopathy* à Kirksville, Missouri, qui sera à la fois un centre de soin et d'enseignement de l'ostéopathie, le premier du genre. Il publiera quatre livres cherchant surtout à transmettre sa philosophie et ses observations des maladies et se retirera ensuite de l'enseignement. Le 12 décembre 1917 le « Bon Docteur » meurt à l'âge de 89 ans. C'est à cette époque qu'un de ses élèves J. M. Littlejohn, originaire de Grande-Bretagne, pour qui le mélange science et religion n'est plus de mise, retourne à Londres fonder la *British School of Osteopathy* sur les bases de la physiologie scientifique. Elle sera à l'origine de la naissance du mouvement ostéopathique en Europe.

- **Dr William Garner Sutherland, (1873-1954)**, journaliste, devient élève du Dr Still vers 1897. On lui doit la description et l'enseignement du modèle du Mécanisme Respiratoire Primaire ou MRP ainsi que de l'ostéopathie crânienne dans la première moitié des années 1900. Sa découverte fut celle de l'existence des surfaces articulaires du crâne taillées en

---

<sup>10</sup> Walter Bradford Cannon (1871-1945) : neuro-physiologiste américain

<sup>11</sup> De ostéon = os et pathie = maladie

biseau « comme les ouïes d'un poisson » indiquant une mobilité articulaire pour un mécanisme respiratoire. Il le nommera le Mécanisme respiratoire primaire, privilégiant le rôle du liquide céphalo-rachidien (LCR) et des membranes crâniennes dans la transmission de la motilité inhérente au cerveau. Plus tard, sa pensée évoluera pour considérer que cette mobilité est impulsée dans tous les tissus et tous les organes en leur imposant une poussée rythmique transmise par l'axe cranio-sacré. Ce mécanisme peut être considéré comme une puissance physiologique au service du corps et de la santé. Still et Sutherland privilégiait tous les deux *la force interne du corps comme principe d'autorégulation*. Pour Still, c'était une 'pharmacie' que ses 'manipulations', en libérant les obstacles, devaient relancer. Sutherland prolonge cette idée. Ses expériences sur le crâne lui font appréhender directement par le toucher la force qui régit la physiologie au travail dans le corps : « *J'ai acquis la connaissance non seulement de la mobilité articulaire du crâne, mais aussi de la marée et de quelque chose dedans que j'appelle le «souffle de vie»* (Duval J. A., 2008). Il s'agit donc d'aider le corps à « *réaliser cet équilibre dont les lois n'ont pas été écrites par la main humaine* » (Duval J. A., 2008).

- **Dr Rollin Becker (1910-1996)**, ostéopathe américain, doyen de deux collèges ostéopathiques. On lui doit, dans les années qui suivirent la mort du Dr Sutherland, la conservation et la poursuite de son travail. Sa contribution est « d'avoir étendu à la totalité du corps humain le MRP, et de l'avoir fait rentrer en action dans les traitements » (Duval J. A., 2004,2008). Contrairement à Sutherland, Becker a laissé beaucoup de traces (conférences, cours, lettres) et transmis directement à certains européens (Duval, Tricot, Jealous...) le sens et le goût d'une recherche ancrée dans la plus grande dimension du corps humain. Il s'inscrit totalement dans la vision de Sutherland en ce qui concerne le rôle du LCR et celle de Still concernant l'existence en l'homme d'une physiologie, un 'mécanisme' conçu par le 'Grand Architecte'. Dans ce contexte, la santé est assimilée au fonctionnement physiologique corporel incluant toutes les mobilités du corps et comme étant la manifestation d'une Immobilité (ou Potentiel inhérent) de la vie avec laquelle se fait un « échange rythmique équilibré » dans une totale liberté. Les schémas de santé (MRP, systèmes musculo-squelettiques, etc...) sont des effets dominants en fonctionnement tous « intégrés, inter-reliés pour la santé, avec la capacité de changer de fonctionnement pour satisfaire chaque besoin,

d'échanger entre eux au sein et en dehors de l'environnement et de l'univers au sein duquel ils existent » (Becker R. E., 1997, p. 228). La maladie, à l'inverse est la conséquence d'un échange rompu avec la source de vitalité. Il ne s'agit donc pas de s'intéresser à la maladie, ni à ses symptômes mais à la cause au sein du schéma de santé : « *nous diagnostiquons le problème comme un problème de santé interrompu [...] Appropriiez-vous le schéma de santé présent chez cet individu et permettez lui de se mettre à l'ouvrage [...] c'est un schéma dominant* » (Becker R. E., 1997, pp. 228-229). Sur cette base il parlera de point d'appui.

Une autre idée, dans le prolongement de Still est que la vie est mouvement ou plutôt que le mouvement est un « attribut de la vie » : « *Temps, espace et mouvement sont la manifestation de la vie depuis ses expressions les plus hautement spirituelles jusqu'aux phénomènes physiques les plus simples* ». (Becker R. E., 2000). On lui doit aussi des descriptions précises de la relation thérapeutique mettant en jeu un principe de force ou « Potency » et la notion de point d'appui.

### **2.1.3. Le point d'appui en ostéopathie**

Dans l'ensemble de la littérature ostéopathique dite fonctionnelle on retrouve un principe de travail qui vise par le toucher à exercer un bras de levier externe influençant l'équilibre de l'organisation interne du corps par le biais du mécanisme crano-sacré ou MRP, qui représente la force de vie physiologique et autorégulatrice. Le praticien doit éveiller une qualité de présence et une habileté perceptive lui permettant de se mettre en relation avec les mécanismes du patient et le patient lui-même.

La littérature ostéopathique est abondamment alimentée de termes anglophones difficilement traduisibles directement en français tels que fulcrum, Master fulcrum, fulcrum point pour désigner le lieu où s'exerce la force , still point, stillness pour désigner l'état d'équilibre d'un système, Potency, Intelligence, Knowing, Cause, Master mechanism, Boss pour parler de la puissance agissante dans le corps. A la lecture des livres du Dr Becker, il m'a semblé percevoir dans l'utilisation de termes différents la dynamique d'un praticien-chercheur confronté à des niveaux de subtilités et de connaissance de plus en plus poussés qu'il cherchait à formuler au plus près de ses sensations, puis à affiner dans un dialogue constant avec le Dr Sutherland. Il s'avère aussi que la langue anglaise favorise l'expression de ces nuances au travers d'une richesse linguistique (ex : know, *knowing*). Je discerne dans

cette terminologie le souci de désigner par des termes distincts un même principe soit en lien avec une physiologie corporelle soit avec une physiologie du plus grand. Mon propos n'étant pas de décrire l'étendue des concepts ostéopathiques, j'ai choisi de privilégier les termes originaux avec leur traduction courante en français.

### ***2.1.3.1. Le fulcrum comme bras de levier au déploiement d'une force***

Cette notion de "fulcrum" ou de point d'appui fait partie du langage et de la pratique de l'ostéopathie et semble recouvrir plusieurs réalités. Tout d'abord, le mot fulcrum est utilisé dans la langue anglaise et aussi française, mais il vient du latin "fulcrum" signifiant "point d'appui". A l'origine ce terme est utilisé en mécanique et en physique et désigne un point ou un axe, sur ou autour duquel un levier s'appuie ou fait une rotation quand une force y est appliqué (Brittanica). Suivant le lieu où se situe le point d'appui entre le lieu d'application de la force et le lieu où la charge doit s'appliquer, on définit différentes natures de levier comme une pince, un casse-noix ou un pied de biche ou encore une "poutre de pesée". C'est un fulcrum objectif, mécanique.

#### **▪ Fulcrum thérapeutique**

Appliqué au traitement ostéopathique, le fulcrum comme bras de levier au déploiement d'une force devient subjectif et s'applique à un système vivant au sein duquel tout peut potentiellement bouger. Pour expliquer le fulcrum ostéopathique B. Ducoux donne l'exemple de la roue, dans lequel le centre de la roue est l'axe et le fulcrum le support et le lieu de la force ou de la puissance potentielle (Ducoux, 2009).

#### **▪ The fulcrum point technique ou le point d'appui contact de Becker**

On retrouve chez Becker la notion de fulcrum point. Dans cette technique, il s'agit d'établir un contact manuel sur une région de contrainte en créant un bras de levier qui favorise le contact. La pression est ici importante et Becker préconise pour développer une habileté palpatoire et favoriser un contact proprioceptif et fluctuant de poser les coudes sur la table et de mettre en jeu un relâchement des bras : « À ce moment-là, vous n'êtes pas coincé sur la table, et vous n'êtes pas non plus en suspens – vous avez établi un contact fluctuant » (Becker R. , 1997, p. 145). Il précise que ce contact des mains ne doit pas être fixe mais s'adapter à la fluctuation des mouvements d'équilibre et d'échanges rythmiques déclenchés :

« Au cours du processus, le contact levier de la main contrôle, régule et suit les directions des mouvements » (Becker R. E., 2000, p. 118). En effet, dit-il, ce point d'appui contact, comme tous les points d'appui rencontrés par la nature ou par la main de l'homme est le lieu du potency ou potentiel inhérent. Ainsi, le contact a comme vocation de mettre le praticien en relation avec la physiologie du patient et de déclencher un changement : « Le point d'appui du praticien a initié le mécanisme vers l'action » (Becker R. E., 2000). L'opérateur n'est pas neutre et fait partie de la situation qu'il peut suivre, partager, expérimenter consciemment « avec ce contact fluctuant, tout ce qui survient au sein du patient se manifestera, et vous le ressentirez, car vos propriocepteurs sont en harmonie avec la partie du mécanisme du patient avec lequel vous avez établi un contact » (Becker R. , 1997, p. 145) ; Il nomme technique d'échanges rythmiques équilibrés<sup>12</sup> le processus qui est déclenché par ce point d'appui-contact. Cet échange perçu comme une activité au sein du corps du patient se poursuit jusqu'à un état d'équilibre « juste pour cette situation anatomique, physiologique, pathologique. Le mécanisme arrive à un point de tranquillité, établit un changement, et commence à se relâcher. Cela paraît simple » (Becker R. E., 2000, p. 117). La région est alors décrite comme « stabilisée d'immobilité et de puissance » (Duval J. A., 2004,2008, p. 67) et le praticien reconnaît cet état d'équilibre à deux critères : tout d'abord quand du fait de son point d'appui et à l'action de son propre potentiel inhérent, il a déclenché une action chez son patient, puis, quand le potentiel inhérent au point d'appui de la main du praticien est similaire au potentiel inhérent du lieu d'équilibre chez le patient. Becker donne des précisions sur ce qu'il appelle le potentiel inhérent en reprenant l'image de l'œil d'un cyclone ; le potency est semblable à cet œil, une puissance immobile en son centre. Au point d'équilibre, les mains du praticien soutiennent les tissus jusqu'à ce « qu'une modification de la puissance s'est produite et jusqu'à ce que l'activité rythmique et équilibrée des tissus impliqués lui ait indiqué que les éléments du point-clé se sont détendus et fonctionnent d'une façon plus saine au cœur de la physiologie du patient » (Duval J. A., 2008, p. 68). Le traitement consiste à bénéficier de cette modification pour aller chercher d'autres régions en établissant d'autres points d'appui contact afin de solliciter la physiologie du corps du patient. On note que chez Becker, le but d'un traitement est aussi d'aider le patient à évaluer ses propres schémas de santé et à utiliser les

---

<sup>12</sup> Rhythmic Balanced Interchange Technique

ressources de ses propres mécanismes internes pour traiter ses conditions traumatiques ou pathologiques.

### ***2.1.3.2. Le fulcrum comme point d'équilibre naturel***

Un fulcrum peut être considéré comme physiologique c'est à dire intégré dans l'organisation d'un système qui fonctionne avec lui. La littérature ostéopathique fait mention de la notion de point d'appui physiologique. D'une manière générale, cette notion suggère que toute structure ou fonction est un système vivant équilibré, animé en ostéopathie d'une succession de deux cycles au rythme de quatorze fois par minutes nommé MRP. Pour Schooley et Magoun toute matière est en mouvement fluctuant au sein de ce cycle. Ils définissent ainsi qu'au sein de cette fluctuation cyclique existe, entre les deux phases de la fluctuation, « un point central » immobile, à partir duquel cette fluctuation s'alimente en énergie et qui peut être appelé un fulcrum. Ainsi, pour ces auteurs « il doit y avoir un fulcrum pour chaque atome, chaque molécule, chaque masse de matière » (Schooley & Magoun, 2007, p. 10).

D'après Sutherland, la physiologie normale du corps au sein de toutes les structures « semble opérer à partir de point d'appui en suspension capables de déplacements automatiques » (Becker R. , 1997, pp. 27-28). Les fulcrum ou points d'appui physiologiques semblent être, au sein d'une fonction du corps, des points ou lieux d'équilibre naturels. Sutherland considérait de manière particulière la faux du cerveau et la tente du cervelet et les nommait « membranes de tension réciproque ». Ces membranes intracrâniennes s'insèrent à l'intérieur du pourtour du crâne et sont en continuité avec les membranes qui entourent la moelle épinière jusqu' au sacrum (deuxième vertèbre sacrée). Sur le plan anatomique ces membranes protègent le cerveau en le maintenant en suspension dans un environnement liquidien et participent à sa nutrition. Au niveau de la base du crâne, la faux du cerveau, dédoublement sagittal rencontre un dédoublement semi-horizontale de la même dure-mère, la tente du cervelet pour constituer le sinus droit. C'est cet endroit que Sutherland appelait le « petit fulcrum » ou fulcrum anatomique. (Sutherland, 1944). Mais pour lui, ce point de rencontre fonctionnait comme un point d'appui suspendu comparable à celui des anciennes balances et le fulcrum en est le point immobile. On considère ce point central, comme un point d'équilibre mobile et adaptable, un « fulcrum dans la fluctuation du liquide céphalo-

rachidien, son « still point » (point de repos), immatériel où les forces dynamiques s'équilibrent pour l'équilibre du crâne mais aussi pour tous les tissus fascia-aponévrotiques du corps : c'est le « *fulcrum de Sutherland* ». Ce fulcrum, lieu d'équilibre du crâne animé en permanence de la dynamique rythmique du MRP, joue un rôle de transmission de forces en impulsant un mouvement involontaire primaire d'abord au mécanisme crânio-sacré lui-même, puis, par l'intermédiaire du système tubulaire fascia-aponévrotique, à la totalité du corps. Il en existe d'autres au sein du corps et chaque système en équilibre est un fulcrum physiologique. Ces fulcrum physiologiques sont donc des zones « capables [...] de « still-points » (temps de repos) ou de « balance » (d'équilibre) importants » I (Becker R. , 1997, p. 29).

Ce sont ces fulcrum physiologiques en suspension que le praticien doit rechercher au niveau des tissus et de leurs fluides pour les amener à un point d'équilibre. Pour le Dr Sutherland la force motrice du bras de levier est d'autant plus efficace qu'elle s'exerce « près ou dans le point d'appui » (Ibid., p.28) et non aux extrémités du levier. C'est ce point d'appui dans les mécanismes du corps que le praticien doit « lire » pour apprendre et sentir son fonctionnement, obtenir la qualité de tonalité au point d'appui, noter le rythme dans les périodes de repos. C'est au point d'équilibre ou point de repos, que le potency (potentiel inhérent) peut créer un processus de changement de nature ou de condition dit « de transmutation » (Sutherland G. , 1998, p. 291), ou de réduction lésionnelle qui modifie l'équilibre de la région ou du corps d'un état de pathologie (fulcrum aphysiologique ou de compensation) vers un schéma de santé (fulcrum physiologique). Notons enfin la différence que fait Tricot entre un fulcrum et un still-point. Au moment de la résolution, nous dit-il, « l'information (énergie) retenue dans la rétention se libère [...]. Cela se marque par un retour au neutre (toute l'énergie bloquée s'est libérée), un temps d'arrêt (still-point de résolution) et une dissolution du fulcrum *aphysiologique* qui disparaît » (Tricot, 2007).

C'est sans doute ce principe que Becker nomme « le principe de guérison du « Master Mechanic » à l'œuvre chez nos patients » (Becker R. , 1997, p. 29).

### **2.1.3.3. Le fulcrum comme attitude**

Dans l'approche de l'ostéopathie du Dr Becker et du Dr Sutherland, on retrouve la notion du fulcrum spirituel. Dans la continuité de Still, tous deux considéraient que la physiologie à

l'œuvre dans le corps était faite de la main du Créateur. Becker envisageait l'ostéopathie dans cette dimension de manière active et concrète : « le Créateur du corps humain et de ses mécanismes est plus qu'une terminologie passive que nous évoquons pour la forme mais que nous n'utilisons pas. Dans son service quotidien, la science de l'ostéopathie inclut l'utilisation active du Créateur» (Becker R. , 1997, p. 44) et Sutherland parlant à ses élèves du praticien préconisait de développer un « knowing touch » (un toucher connaissant) « tout en collaborant avec le Maître Architecte à la reconstruction ou à la recomposition de leurs schémas de santé » (Becker R. , 1997, p. 45). Il préconisait d'abord de trouver un fulcrum spirituel, c'est à dire une attitude et une immobilité intérieure du praticien à lui-même, un « be still and know », un moment de silence et d'immobilité. Dans cette attitude il développa un rapport à ce qu'il appelle « the silent partner » (le partenaire silencieux) qu'il décrit comme une expérience consciente, un état que l'on peut appeler ou contacter en tête à tête, une communication instantanée, active qui lui permet d'être conscient de ce qui est activé dans l'autre et qui est la « cause » : « Je contacte la Cause en premier. Pourquoi je fais cela ? Parce que moi aussi, je suis Cause. Si vous devenez un de mes patients, et que je désire travailler avec vous de la manière la plus efficace, alors pourquoi ne pas contacter le Boss, plutôt que le secrétaire ? » (Becker R. E., 2000, p. 29).

## **2.2. Le point d'appui manuel en Fasciathérapie Méthode Danis Bois**

---

### **2.2.1. Une filiation ostéopathique**

Le récit biographique de D. Bois (Bois D. , 2008a) situe bien les liens entre le kinésithérapeute-ostéopathe qu'il était dans les années 1975-1980 et l'ostéopathie : une toile de fond lui permettant de dérouler dans sa pratique une relation thérapeutique plus subjective ancrée sur l'accompagnement d'un mouvement interne, décrit par les ostéopathes fondateurs Still et Sutherland comme le support de la force d'autorégulation de l'organisme. Cependant, dès 1980, D. Bois récusait deux théories qu'il percevait contraire à son analyse de praticien réflexif : la primauté qui est donnée en ostéopathie au LCR au détriment du sang et la théorie

du MRP qui attribue à la névroglie le moteur de l'activité rythmique inhérente du corps relayée par le LCR. Son expérience lui fit privilégier la théorie du MOC issue de l'activité rythmique de la motilité oscillatoire cellulaire propre au cœur à celle du MRP issue de l'activité rythmique propre au cerveau (Bois D. , 1984b, p. 79).

Toutefois D. Bois resta proche de certains principes philosophiques et physiologiques du Dr Still, fondateur de l'ostéopathie. Trois éléments retinrent son attention. Tout d'abord ses intuitions sur le fascia comme « matrice de la vie et de la mort ». Appliqué à la santé, D. Bois s'approprie l'intuition de Still sur le fascia comme étant l'endroit où il faut chercher la cause de la maladie et fonde son approche de la fasciathérapie sur des écoutes tissulaires qui sont basées sur la mise en tension de la propriété élastique du fascia et sur son omniprésence dans le corps en étendue et en profondeur (1984b) (1985c).

Le deuxième élément est la prédominance donnée au sang plutôt qu'au LCR dans le rapport à la santé et à la maladie « dites-moi où le flux sanguin est ralenti, et je vous dirai où commence la maladie » (KA, 1984). Sur la base que la règle de l'artère est absolue (Still, 1998, p. 165) D. Bois va développer des écoutes et des protocoles très précis qu'il va nommer « pulsologie profonde » (Bois D. , 1984b), (Quéré, 2004).

En troisième lieu, l'idée de Still que le corps de l'homme contient tout en lui pour s'autoréguler et se propulser vers la santé devient « l'homme possède en lui ce qu'aucune pharmacie, ce qu'aucune science ne peut remplacer » (1985c, p.23) et un principe de travail « il faut stimuler les défenses naturelles et inhérentes de l'organisme » (1984b, p. 14). D. Bois sollicite le fascia et l'artère et le geste thérapeutique a comme vocation d'être le « catalyseur de la force interne » (1985c, p.25). Ce principe sera renforcé par l'énoncé de WG. Sutherland qui préconise de laisser la fonction physiologique intérieure manifester la puissance infaillible, plutôt que d'utiliser une force aveugle venue de l'extérieur » (KA, 1985a), (Bois D. , 1985c, p. 25). C'est de ce principe que naîtra le point d'appui.

### **2.2.2. La fasciathérapie MDB et les institutions aujourd'hui**

La fasciathérapie est une discipline qui a déroulé depuis 1980 de nombreux concepts novateurs issus des travaux du Pr D. Bois. Aujourd'hui Docteur en sciences de l'éducation, directeur du CERAP, il est aussi le coordinateur du département de Psychopédagogie

Perceptive à l'université Fernando Pessoa qui promulgue, entre autre, la recherche et l'enseignement en fasciathérapie.

### **2.2.2.1. Fasciathérapie et kinésithérapie**

#### **▪ Place de la fasciathérapie dans la kinésithérapie**

La fasciathérapie est une discipline qui fait partie du paysage de la formation continue des kinésithérapeutes en France. Elle reconnue aujourd'hui par les organismes officiels de la kinésithérapie en particulier par l'adhésion de sa structure de formation (Point d'appui : école supérieure de fasciathérapie) à la Charte de Qualité des Organismes de Formation Continue en Kinésithérapie (SOFAC)<sup>13</sup>. Elle est classée dans la catégorie des « thérapies manuelles et techniques ostéopathiques » et dans celle des « techniques de rééducation posturale et globale ». D'un autre côté, la fasciathérapie est répertoriée comme une technique de kinésithérapie et fait l'objet de nombreuses publications dans la presse professionnelle.

Un nombre croissant de praticiens inclut la pratique régulière voire exclusive de la fasciathérapie dans leurs traitements. Ainsi dans l'étude de Trudelle déjà citée il situe à 34% le nombre de praticiens qui ont recours à la fasciathérapie (contre 38% pour l'ostéopathie) pour des problèmes douloureux et invalidants comme les lombalgies aiguës (Courraud C. , 2009, p. 194) et ce nombre est en progression depuis 1998. C. Courraud, directeur de l'école supérieure de fasciathérapie depuis dix ans, précise aussi que la fasciathérapie est directement applicable dans une pratique de cabinet et en totale adéquation avec les règles qui régissent la profession de kinésithérapeute puisque 84% des fasciathérapeutes exercent dans un statut conventionné.

#### **▪ Reconnaissance d'une spécificité**

La reconnaissance de la fasciathérapie comme une spécificité de la kinésithérapie est un enjeu qui a débuté depuis de nombreuses années soutenu par l'ensemble des professionnels fasciathérapeutes et les instances pédagogiques (Point d'appui) et associatives (ANKF). A ce propos, C. Courraud précise que « la reconnaissance universitaire, l'organisation associative des fasciathérapeutes et l'accès à la recherche sont des indicateurs significatifs de cette

---

<sup>13</sup> La SOFAC est le syndicat des organismes de formation adhérents à la charte de qualité

professionnalisation de la fasciathérapie [...] véritable processus de construction identitaire rendant possible sa reconnaissance interne et externe » (Courraud C. , 2012). Cette démarche de reconnaissance prend aujourd'hui une voie institutionnelle puisqu'une demande officielle a été posée auprès de la Commission Ordinale de Qualification du CNOMK<sup>14</sup> . D'un autre côté, la fasciathérapie est intégrée à l'université.

#### **2.2.2.2. *Fasciathérapie et université***

L'intégration de la fasciathérapie s'est faite sous l'impulsion du Pr D. Bois dans les années 2000. Conscient de l'importance et de la nécessité de créer les conditions d'une recherche scientifique en fasciathérapie d'une part et de donner à la profession une voie universitaire qu'elle ne trouvait pas en France d'autre part, D. Bois développe un partenariat d'abord avec l'université Moderne de Lisbonne, puis avec l'université Fernando Pessoa de Porto (Portugal). C'est dans cette collaboration que se créera en 2004 un Mestrado en Psychopédagogie Perceptive et le Centre d'Etudes et de recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive (CERAP), un diplôme Universitaire de Fasciathérapie en 2005, en 2009 l'accès à un diplôme Universitaire de Méthodologie de la Recherche (3<sup>ème</sup> cycle) ouvrant l'entrée en 2<sup>ème</sup> année de Doctorat en Sciences Sociales (Université Fernando Pessoa) et enfin en 2010 un DU de kinésithérapie sportive-spécialisation en fasciathérapie donnant l'accès au Master de Kinésithérapie Sportive de cette même université.

#### **2.2.2.3. *Fasciathérapie et recherche internationale***

Grâce à la filière universitaire mise en place au sein du CERAP le pôle de recherche « Approche du soin en kinésithérapie et fasciathérapie » accueille des kinésithérapeutes – chercheurs et livre au fil des années des résultats de recherche tant dans le domaine clinique, kinésithérapie du sport qu'en sciences de l'Education et en sciences sociales qu'en Psychopédagogie Perceptive et participe de l'évaluation des pratiques en kinésithérapie et en fasciathérapie.

---

<sup>14</sup> Conseil national de l'ordre des kinésithérapeutes

Sur le plan international, c'est dans la recherche sur le fascia que s'inscrit la fasciathérapie de manière très active par la participation à des congrès internationaux sur le fascia (Boston 2007, Vancouver 2012).

### **2.2.3. Le paradigme de la Fasciathérapie MDB aujourd'hui**

#### **2.2.3.1. Les dimensions du soin en Fasciathérapie MDB**

La fasciathérapie se définit comme une discipline dans laquelle la relation d'aide valorise la dimension manuelle du soin de santé (Courraud C. , 2007). Nous pouvons dire aussi que le paradigme du soin en fasciathérapie contient aujourd'hui les trois dimensions successives dont elle s'est enrichie au cours de son évolution (Bois D. , 2011) :

- La première dimension est la ***dimension curative du soin*** qui correspond à la prise en charge de patients venant essentiellement pour des symptômes physiques et dans laquelle le thérapeute « fait un soin ». La démarche thérapeutique de la fasciathérapie prend en charge cette dimension clinique du soin au travers de l'application ***du toucher symptomatique***.
- La deuxième dimension est la ***dimension relationnelle de l'acte du soin*** dans laquelle l'acte de soigner prend en charge la personne qui souffre dans une dimension individuelle et globale, et s'adresse à la vie psychique. Cette démarche thérapeutique associe au soin un « prendre soin ». Au toucher symptomatique s'adjoint donc un ***toucher relationnel*** qui développe chez la personne des degrés de présence à elle-même et un sentiment de concernation. Toucher symptomatique et toucher de relation sont toujours associés dans la prise en charge.
- La troisième dimension est la ***dimension d'accompagnement*** qui consiste à « aider la personne à prendre soin d'elle » mais aussi à tirer du sens de l'expérience vécue par le toucher.

Dans ces trois dimensions, au savoir-faire qui nécessite l'apprentissage d'un geste d'une haute technicité, s'associe un savoir-être du praticien qui requiert d'autres compétences humaines qu'il lui revient de développer autant que son geste. L'apprentissage de cette posture particulière de présence du praticien dans la fasciathérapie et du mode relationnel mis

en jeu est une spécificité de la fasciathérapie MDB, que D. Bois a préconisé très tôt quand il disait : « Derrière une thérapie, il y a le thérapeute et derrière le thérapeute il y a l'homme. L'homme et la qualité humaine du praticien va obtenir ce qu'aucune technique ne peut obtenir » (1989c).

Ces trois dimensions déterminent la place de la fasciathérapie dans le paysage des pratiques de santé en général et de la kinésithérapie en particulier :

- En envisageant le patient dans sa globalité la fasciathérapie participe de l'évolution actuelle des pratiques de santé vers un ***modèle global de santé centré autant sur le patient*** que sur la maladie (Courraud & Quéré, 2010). L'originalité réside dans le fait qu'elle ne se substitue pas au patient mais sollicite sa participation active, perceptive et réflexive au traitement et mobilise toutes les ressources et capacités de la personne pour faire face à la maladie. Le support de ce principe repose sur la mise en jeu dans le corps d'un principe d'autorégulation du vivant par le média du mouvement interne. Le geste thérapeutique qui a comme objectif de relancer par le toucher les forces d'autorégulation de l'organisme est ***le point d'appui manuel***.
- Le toucher de la fasciathérapie est aussi un toucher global qui sollicite l'unité corps-psychisme par le média du psychotonus. Ainsi que nous le dit C. Courraud, le terme psychotonus laisse entrevoir la réalité tangible d'un dialogue entre le psychisme et le corps (Courraud & Quéré, 2010) qui signe la participation d'un tonus mental et émotionnel dans l'acte de rééducation. Cette manière de gérer l'acte manuel place le patient dans un rapport actif au soin et le rend acteur et auteur de sa santé et transforme le praticien en un médiateur actif, impliqué mais neutre.
- En associant une dimension relationnelle et éducative à la dimension curative du soin, la fasciathérapie se place dans une ***dimension d'éducation à la santé*** qui participe autant à la résolution du symptôme qu'à l'accompagnement du patient vers une nouvelle norme de santé (Courraud & Quéré, 2010, p. 11).
- Mais l'originalité de la fasciathérapie réside aussi dans le fait qu'elle prend en considération l'individu dans sa réalité somato-psychique autant que dans le rapport spécifique au corps qu'instaure la relation thérapeutique par le média du mouvement

interne. Le corps est ainsi abordé dans une dimension corporelle existentielle comme lieu de rapport à soi, de ressources internes et d'apprentissages à vivre avec et au contact de la maladie. C'est cette **dimension de soutien** qui inscrit la fasciathérapie dans le champ des soins de support comme mode de relation permettant d'améliorer la qualité de la vie (Courraud, 2010, p.13).

- La fasciathérapie est aussi une pratique qui s'inscrit dans le champ de la kinésithérapie, et plus précisément parmi les approches manuelles de santé qui valorisent la **dimension manuelle de la kinésithérapie** (Courraud, 2010, p.10).

Toutes ces dimensions du soin sont autant de dynamiques de recherche intégrées au sein du Centre d'Etude et de Recherche appliquée en psychopédagogie perceptive (CERAP) affilié à l'université Fernando Pessoa de Porto (Portugal). Ainsi :

- les dimensions curatives et de soutien au travers de l'étude des protocoles ou pratiques utilisées, des pathologies traitées ou du vécu des patients trouvent toutes leur place dans le premier domaine de recherche du Cerap intitulé « **Approche du soin en kinésithérapie et fasciathérapie** ».
- Les dimensions relationnelle et éducative de la fasciathérapie s'intègrent dans le deuxième domaine de recherche qui ambitionne de les traiter, dans le thème du « **carrefour soin/formation** », comme pratique éducative et sociale.
- Mais suivant l'angle de recherche choisi, ces dimensions trouvent aussi naturellement leur place dans le troisième domaine de recherche du Cerap « **Formation, éducation et transformation** » sur le thème de la formation tout au long de la vie, du changement, des transitions de vie, des potentialités ou le développement de nouvelles facultés humaines liées à la pratique du Sensible.

#### **2.2.3.2. Le fascia en fasciathérapie : définition et fonctions récentes du fascia**

Comme le précise N.Quéré , la Fasciathérapie MDB est « une technique de thérapie manuelle s'appliquant de manière tout à fait spécifique à maintenir et/ou à restaurer l'équilibre des fascias, tissu conjonctif de soutien, d'enveloppe et de liaison » (Quéré, 2004, p. 22). De nombreux ouvrages et articles ont été consacrés à la dimension anatomique et

chirurgicale des fascias<sup>15</sup> de 1984 à 2010. En guise de repères, le terme ‘fascia’ est un mot latin qui désigne les tissus conjonctifs fibro-élastiques formant les enveloppes des différentes structures de l’organisme. Danis Bois dans son premier livre en décrit l’organisation anatomique en deux grands groupes, superficiels pour les fascias dermiques et myotensifs (de l’appareil locomoteur) et profonds pour les viscères (fascia axial profond) et dure-mérien pour le cerveau et la moelle épinière. Comme le souligne N. Quéré, cette classification, qui a traversé toutes les périodes de la fasciathérapie offre au praticien une classification fonctionnelle permettant de mieux appréhender les niveaux de profondeur et les enjeux d’identité mis en jeu dans le geste manuel. Du point de vue fonctionnel D. Bois a toujours considéré les fascias comme porteurs de fonctions essentielles dans la dynamique du vivant dans le corps. L’actualisation des données faite par N. Quéré confirme l’hypothèse que l’organisation macroscopique des fascias est de nature à expliquer l’impact du toucher manuel sur l’étendue tissulaire. Quant à l’organisation microscopique des fascias, elle met en évidence la notion de « cytosquelette »<sup>16</sup> établissant le lien entre matrice extracellulaire<sup>17</sup> et cellule, permettant d’expliquer comment un geste manuel appliqué sur les fascias a un impact sur la forme et l’état fonctionnel et donc sur la production chimique d’une cellule, mais aussi comment un geste local peut, par le biais de la tenségrité<sup>18</sup> avoir une répercussion sur l’ensemble du corps ainsi qu’une incidence sur la régulation tonique cellulaire et tissulaire.

Sa recherche lui a permis de mettre à jour pas moins de quinze fonctions du fascia regroupées selon leurs niveaux d’impact (tableau : Les différentes fonctions des fascias de Quéré, La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l’éclairage des recherches scientifiques actuelles : Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biologiques, 2010, p. 99).

---

<sup>15</sup> Pour les personnes qui souhaitent approfondir les dimensions du fascia en fasciathérapie MDB, voir D. Bois 1984b, 1985c, 1990,2001) et N. Quéré (2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010), B.Payrau 2008

<sup>16</sup> Le terme de cytosquelette désigne l’armature interne d’une cellule faite de chaînes de molécules protéiques. On parle de cytosquelette étendu pour désigner la capacité de ce système de transmettre des informations à tout le corps. Voir Quéré 2010, cerap.org

<sup>17</sup> On appelle matrice extracellulaire l’ensemble des fibres et la substance fondamentale qui entourent les cellules du corps voir idem

<sup>18</sup> La notion de tenségrité, véritable architecture spatiale du vivant, définit l’assemblage de structures absorbant la compression dans un continuum de tension permettant stabilité et équilibre de l’ensemble du corps (Quéré, 2010, p.97) voir idem

Quatre d'entre elles sont plutôt liées à l'adaptation de la structure vivante :

- 1- Enveloppe et compartimente les structures du corps
- 2- Globalise la structure vivante
- 3- Stabilise la structure vivante
- 4- Permet l'adaptation de la structure vivante

En fasciathérapie, le geste manuel qui vise à concerner le maximum d'éléments du corps, trouve au travers de ces fonctions un support structurel d'étendue.

Cinq autres participent et permettent la transmission des messages dans le corps :

- 5- Système de voies de signalisation du corps
- 6- Pourvoyeur d'information à distance.
- 7- Capable de mécanotransduction
- 8- Relie la matrice extracellulaire aux cellules.
- 9- Relie les grands systèmes entre eux

Dans la fasciathérapie, le geste s'appuie sur ces fonctions comme support de perception des informations à distance et de transmission des effets du geste dans la globalité vivante du corps. N. Quéré montre, en effet que le modèle de la tenségrité et les mécanismes de mécanotransduction <sup>19</sup> expliquent la perception des points d'ancrage, des îlots de tension et de la contagion tonique à distance lié au point d'appui.

Deux fonctions sont reliées au système immunitaire :

- 10- Participe à la fonction immunitaire
- 13- Participe à la régulation des processus inflammatoires grâce à son lien avec l'endothélium vasculaire.

Deux autres interviennent dans la régulation somato-psychique du corps et de la personne.

- 11- Participe aux variations toniques du corps
- 14- Porteur d'une sensibilité et conditionne les possibilités perceptives.
- 15- Participe à la fonction somato-psychique.

En Fasciathérapie, une grande partie du travail repose sur les variations toniques internes du patient. Cette modulation tonique qui s'appuie sur la variabilité physiologique de tous les tonus tissulaires est mise en jeu au point d'appui en thérapie manuelle et correspond à un accordage somato-psychique du patient (Quéré, 2010, p.56). N. Quéré pose aussi l'hypothèse

---

<sup>19</sup> La mécanotransduction est la transformation d'un signal mécanique en un signal biochimique

que le « psychotonus », tonus spécifique déclenché au point d'appui, constitue le tonus de base de toute la matière corporelle et détermine tous les autres tonus tissulaire, vasculaire, musculaire (Ibid., p.68).

Une dernière fonction est en lien avec les échanges

12- Participe aux échanges cellulaires grâce à la fonction veino-lymphatique et à la microcirculation qu'il contient.

### ***2.2.3.3. La fasciathérapie MDB sous l'angle du « psychotonus » et ses instruments pratiques***

Mon intention dans ce champ théorique n'est pas de reprendre toutes les données développées dans le champ de la fasciathérapie, mais de proposer quelques repères essentiels à la compréhension du point d'appui psychotonique.

#### **▪ Le principe de force du vivant**

Le concept du point d'appui met en jeu une force d'autorégulation, qui, en fasciathérapie, ne se conçoit pas en dehors de la présence du *mouvement interne*, considéré comme l'expression de la force du vivant au sein de l'ensemble des tissus du corps. D. Bois définit ce mouvement interne comme une essence cinétique « Le vivant est mouvement » (Littérature grise, Rimouski, 2010). L'étude analytique de ce mouvement montre quatre paramètres : une vitesse, une orientation c'est à dire un déplacement avec une amplitude, une cadence. La lenteur retiendra particulièrement l'attention de D. Bois : c'est un mouvement lent, autonome, et involontaire, perçu dans sa vitesse de manière identique dans tous les corps, ce qui lui confère un statut d'universalité.

C'est aussi un mouvement substantiel qui a une orientation et une amplitude, ces paramètres conférant au mouvement ses composantes singulières. Le terme « mouvement substantiel » renvoie au fait qu'il peut être perçu dans le corps comme *une substance en mouvement*. Cette substance a une consistance matérielle, très organisée qui confère au corps une cohérence interne.

La cadence représente la composante rythmique du mouvement. Le *caractère cyclique* du mouvement renvoie l'individu à une discontinuité de la vie incarnée au travers d'un

rythme. C'est un rythme lent de deux allers/retours par minute soit un voyage en quinze secondes, la distinguant du rythme du MRP en ostéopathie de sept à quatorze fois par minute, mais plus proche d'un autre rythme décrit en ostéopathie par Becker de l'ordre de six fois toutes les neuf minutes. En fasciathérapie, ce rythme très lent est nommé biorythme sensoriel, le terme sensoriel renvoyant à la possibilité pour un individu de rentrer en relation avec l'expression de ce mouvement interne et son organisation dans les tissus. C'est d'ailleurs la présence et la perception consciente de ce mouvement qui définissent la présence du Sensible dans le corps « La notion de Sensible renvoie à l'ensemble des phénomènes éprouvés et qui se déploient au contact conscientisé du mouvement interne, dans toutes les dimensions de l'existence de la personne » (Humpich, Lefloch-Humpich, 2009, p.92).

C'est cette animation interne, qui porte pour D. Bois *un principe de force et un principe d'évolutivité du vivant* dans l'homme. « De ces quatre paramètres, le plus fondamental semble être la vitesse: elle porte en elle la force cinétique du mouvement, sans laquelle aucun des autres paramètres n'existerait. C'est donc en elle que nous reconnaissons le principe de création » (Bois D. , 2001, pp. 110-111). Cette force, quand elle mise en jeu participe à la régulation de l'organisme et à l'équilibre du psychisme ( Bois D. , 2009).

L'expression libre de ce mouvement dans le corps détermine dans la matière un état de malléabilité et de souplesse qui caractérise, pour le fasciathérapeute, un bon état de santé. Mais, la matière est aussi le reflet des enjeux, stratégies et vécus d'un individu qui se matérialisent par des crispations fasciales, tensions musculaires, densités osseuses et périostées définies sous le terme « d'immobilités ». Le mouvement trouve alors des obstacles qui s'expriment sous forme de ralentissements, de points d'ancrage, d'îlots de tension qui sont autant de signes d'une désertion du mouvement interne dans ces régions. C'est dans ce débat *mobilité/immobilité* que se fonde le premier principe thérapeutique de la fasciathérapie « rendre mobile ce qui est immobile » et que le point d'appui manuel trouve son statut en tant que geste thérapeutique de santé.

#### ▪ **Le psychotonus**

Selon D. Bois, le psychotonus a été sa découverte la plus signifiante en thérapie manuelle (Littérature grise, Londres, 2010). Il ne s'agit pas de formes bien décrites de tonus

comme le tonus postural, le tonus anticipatoire<sup>20</sup>, le tonus d'accommodation ou le tonus de base qui renvoie à la fonction physiologique du tonus. La notion de tonus renvoie en psychologie à un mode de communication non verbale, corporel, ou dialogue tonique (Wallon, De Ajuriaguerra) ou à un ancrage identitaire (Bernard).

La notion de psychotonus, entrevue de manière plus large, fait intervenir la réalité d'une relation entre le psychisme et le corps dans laquelle le tonus est le lieu de rencontre entre ces deux parties de la personne (C. Courraud, 2009, p.200). Pour D. Bois, le psychotonus est le *témoin de l'adaptabilité somatique et psychique de la personne* : « J'émetts l'hypothèse que ce psychotonus [...] traduit la force d'adaptabilité physique et psychique d'une personne » (Bois cité par Courraud C. , 2009, p. 202). Il correspond à une force mentale, de résilience incarnée : « le psychotonus est cette *force mentale* qui s'incarne dans la matière » (Littérature grise, Londres, juillet 2010). Au point d'appui, sous les effets conjugués de la posture du praticien, de la relation mise en jeu et de la force du vivant, ce psychotonus est sollicité. L'émergence de modulations toniques au point d'appui signe la participation du patient, sa présence et sa force de résolution des enjeux mis en œuvre au point d'appui. Pour solliciter ce psychotonus « dévoué à l'immédiateté et à l'imprévisible » (Bois cité par Courraud, 2009), le patient et le tissu doivent trouver une *posture non intentionnalisée*, inédite sollicitant une adaptabilité elle aussi inédite. Avec la donnée du psychotonus, la fasciathérapie concerne le tonus psychique d'une personne à travers une sollicitation du corps.

Enfin, citons N. Quéré dont les travaux sur le fascia l'ont amené à poser l'hypothèse que le psychotonus pourrait être ce qu'elle nomme « le tonus de base de la matière vivante » (Quéré, 2010).

#### ▪ **Le toucher relationnel**

Le toucher relationnel associé au toucher symptomatique qui s'adresse à la douleur physique et à ses causes, ou appliqué comme un acte à part entière dans la fasciathérapie de soutien, constitue une des originalités du toucher manuel en fasciathérapie. Le toucher relationnel en prenant en charge la souffrance psychique s'adresse d'abord à la personne par

---

<sup>20</sup> Voir C. Courraud « Attention et performance », H. Bourhis « Le sens de l'équilibre », M. Léão « La présence totale au mouvement »

le média du psychotonus. En effet, les recherches montrent (Bois D. , 2007), (Courraud C. , 2007), (Quéré, 2010) qu'en modifiant l'état du corps on influence favorablement et positivement la vie psychique du corps.

Cette relation d'aide par le toucher repose avant tout sur l'empathie et le dialogue tonique. La mise en jeu de ce toucher requiert de la part du praticien des qualités humaines, relationnelles plus de l'ordre d'un savoir être que d'un savoir-faire. Le cadre de la relation sur le mode du Sensible est assuré par ce que D. Bois a nommé la « *réciprocité actuante* » (Bois, 2009a et b) dans laquelle l'attitude de neutralité active, la présence du praticien mais aussi celle du patient participe activement au processus de médiation corporéisé.

Ce toucher relationnel pose la question de *l'éthique du toucher Sensible* et de ses enjeux tout d'abord par son caractère d'intimité et par la profondeur des enjeux existentiels qui s'y révèlent. En effet, la vie se donne sous la forme d'un mouvement porteur d'un 'vouloir vivre' pour le patient « Et l'enjeu est de passer du statut de 'je suis absent' à celui de 'je me sens vivre, je sens la vie dans moi' » (Bois, Londres, 2010). Cet enjeu majeur peut s'accompagner d'un état de vulnérabilité transitoire que le praticien doit savoir accompagner avec respect et responsabilité. Enfin, la nature de la transformation par le mouvement interne est aussi à prendre en considération puisque c'est le mouvement qui crée le processus de transformation de la personne. Bien que la présence du psychotonus garantisse la participation de la personne à son processus, l'accompagnement consistera à veiller à la rythmicité de la découverte qui respecte la personne et sa volonté de changement « L'efficacité du toucher relationnel réclame de la part du praticien une éthique et implique une responsabilité » (Bois, Londres, 2010).

#### ▪ **Le geste technique : suivi dynamique et point d'appui manuel**

La fasciathérapie se définit avant tout comme une science du mouvement puisque son objectif, ou un de ses objectifs principaux est de mettre en mouvement ce qui est immobile. Le toucher proposé pour répondre à cette exigence fait intervenir un geste technique visant la mise en jeu d'un potentiel vivant dans le corps.

Il comporte deux temps, une phase dynamique ou « *suivi dynamique manuel* » , puis « *le point d'appui* » proprement dit qui correspond à la « phase statique du geste » que D.

Bois décrit ainsi : « En pratique, ce dialogue silencieux comprend deux phases : la première dynamique, consiste en un accompagnement manuel méthodique des différentes orientations et amplitudes du mouvement interne qui s'offre dans le tissu ; la seconde, correspond au point d'appui arrêté circonstancié du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, et avec la bonne pression » (Bois D. , 2006, p. 72). En réalité, la phase statique n'est qu'apparente dans la mesure où le point d'immobilité exercé par le praticien réactive tout un processus dynamique. C'est à travers l'immobilité que va naître une animation interne.

### ✓ **La phase de suivi dynamique**

Elle met en jeu une lenteur uniforme du geste manuel qui respecte de manière synchrone et scrupuleuse la vitesse de circulation du mouvement interne dans le tissu. C'est grâce à la lenteur du geste que le praticien développe une qualité attentionnelle propre à lui donner accès à des informations qui ne se donneraient pas sans cette qualité perceptive . La lenteur est aussi le paramètre qui permet pour le praticien d'installer les conditions d'un toucher relationnel et pour le patient d'installer un rapport à lui-même. C'est aussi une phase essentielle de bilan de la résistance psychotonique puisqu'elle permet d'accéder et de lire les degrés de résistance psychotonique dans la matière du patient (Courraud, 2007, p.70-71).

### ✓ **Le point d'appui**

C'est le temps fort du processus thérapeutique en fasciathérapie. Comme nous l'avons vu, le point d'appui consiste à mettre un terme au suivi dynamique tissulaire spontané, au sein de la résistance tissulaire générée par le suivi dynamique. Ce point est important, et il faut comprendre que ce que l'on nomme résistance tissulaire n'est pas seulement lié à un coefficient d'élasticité ou de résistivité de la matière organique, mais désigne le caractère de substance, à la fois universelle et singulière de la matière vivante lorsqu'elle animée du principe du vivant incarné c'est à dire le mouvement interne. La qualité de ce geste thérapeutique requiert des conditions. Tout d'abord de globalité. En effet, pour être efficace, le point d'appui doit englober une globalité anatomique la plus large possible (fascias, muscle,

os, périoste, viscère) ainsi qu'une globalité de profondeur (présence de points d'ancrage<sup>21</sup> à distance et îlots tensionnels<sup>22</sup>. Cette globalité crée un « champ clos », un verrouillage permettant la potentialisation des forces internes du patient au point d'appui. Le deuxième paramètre fondamental est la pression qui garantit la concernation de la globalité mise en jeu par le point d'appui. Trop de pression ne laisse pas de place à la réponse interne ; trop peu de pression ne permet pas aux forces internes de se potentialiser et la réponse psychotonique stagne. Pression juste et globalité de concernation sont les deux paramètres essentiels à cette potentialisation des forces internes au patient qui se manifeste par l'apparition d'une réaction tonique appelée « *tension régénératrice exponentielle* ».

Le point d'appui met en jeu une réaction tonique interne qui se passe en plusieurs phases pendant lesquelles l'effectuation de geste est contemporaine de la lecture des effets :

- *Une première phase dite de confrontation tonique*. Pendant cette phase d'arrêt, les mains du praticien maintiennent une pression adéquate tout en réceptionnant les effets produits par le point d'appui. En effet, au point d'appui se déclenche une activité intense au sein du tissu qui signe que le corps cherche à trouver une solution à cette situation inédite de vivre un mouvement alors qu'il est en situation couchée, de non action. Ce dialogue silencieux et invisible demande un état de grande vigilance attentionnelle, une implication totale et une neutralité active de la part du praticien pour accompagner cette phase de confrontation entre les forces de renouvellement et les forces de préservation de la personne.

*Le délai d'apparition de la réaction tonique* se lit entre le moment où le praticien pose son point d'appui et l'apparition de la tension tonique. Lorsque la sollicitation est juste, le praticien sent sous les mains une force interne qui traduit l'implication tonique et psychique de la personne dans le processus thérapeutique mis en jeu : le patient vient en confiance sous les mains du praticien. Comme le précise D. Bois « quand je fais un point d'appui, ce que j'attends, ce n'est pas un mouvement mais *la présence du patient à lui-même*. Alors le mouvement vient combler la présence » (Bois, Londres, Juillet 2010). C'est ce paramètre qui

---

<sup>21</sup> Ces notions sont expliquées dans l'analyse phénoménologique p.99

<sup>22</sup> idem

rend la durée de cette phase variable et qui fait l'objet d'une lecture par le praticien. En effet, selon la durée de la réponse au point d'appui le thérapeute peut définir si la personne est proche ou éloignée d'elle-même. En quelque sorte, le point d'appui permet de créer un rendez-vous du patient face à lui-même et l'intention du praticien s'adapte à la nature du point d'appui réalisé. On comprend alors ces différents niveaux de point d'appui quand D. Bois nous dit : « Si je verrouille les parties anatomiques, c'est différent du point d'appui qui touche l'immobilité de la personne, et c'est encore différent de faire un point d'appui qui permet à la personne de combler la distance face à elle-même. La distance peut être événementielle ou existentielle de l'ordre de stratégies de vie, et c'est touchant de voir une immobilité se remettre en mouvement, c'est magnifique de voir une personne se rapprocher d'elle-même. Mais c'est aussi utile de corriger des os ! Dans tous les cas, il faut beaucoup de technique pour aller chercher la trace de vie qui n'a pas capitulé à 100% » (Ibid.). Le délai d'apparition est une phase silencieuse, de *suspension sans réponse* qui peut durer de vingt à trente secondes au début. Puis ce temps diminue de point d'appui en point d'appui.

Pendant cette phase, et si le point d'appui est juste, la tension régénératrice exponentielle augmente ce qui signe l'augmentation de la réponse tonique et l'étendue de cette réponse. C'est comme si le point d'appui impliquait de plus en plus de globalité à participer à la résolution : c'est ce que l'on nomme la *contagion tonique*. Il y a dans cette phase un passage de relai entre la réaction tissulaire et l'implication de la personne au point d'appui qui se perçoit car la personne est touchée. Ce processus d'implication est nécessaire à l'évolution du processus de transformation qui ne peut se passer sans la personne elle-même.

Cette contagion tonique ne concerne pas que le patient car, on l'a vu dans le toucher relationnel les mains et le corps du praticien sont impliqués dans une relation de réciprocité qui favorise l'actualisation des données. Cette posture de communauté de présence et de circulation des informations appelée « réciprocité actuante » est une spécificité de la fasciathérapie. C'est aussi cette posture qui favorise l'implication du patient et lui maintient des conditions favorables à l'accueil des éprouvés qui s'offrent à son ressenti.

- *La phase du seuil maximum* : le seuil maximum de la réponse traduit au terme de cette confrontation, le choix d'accueillir de façon positive les propositions de changement qui

émergent de la profondeur. Dans le rapport au Sensible, l'éprouvé corporel est à la fois une donnée corporelle interne et une donnée psychique car il donne lieu à un traitement simultanément dans ces deux champs (Bois D. , 2006). C'est un moment intense d'évaluation des possibles et des retenues. Quand les résistances au changement sont trop grandes, le point d'appui stagne. Le praticien doit alors relâcher son point d'appui trop 'performant' en ajustant sa pression ou proposer un autre enjeu sous la forme d'un point d'appui dans un autre endroit du corps. Dans tous les cas, la présence du praticien doit rester stable, solide, bienveillante.

- **La phase de l'effondrement** : quand le point d'appui est positif, on assiste à un relâchement de la tension tonique donnant lieu à **un mouvement interne de résolution** de la résistance tissulaire et cognitive (Bourhis, 2007) qui signe la **potentialisation des deux forces opposées** (forces de préservation et forces de renouvellement) en une nouvelle force incarnée par le mouvement tonique de résolution émergent. Ce nouveau mouvement tonique est le signe d'un accordage somato-psychique du patient et se traduit par un changement de structure psychotonique, mais il signe aussi un nouvel accordage entre le patient et le thérapeute : la relation est renouvelée « la résolution tissulaire et psychique se produit dans les deux participants et dans un dialogue tonique (Courraud, 2007).

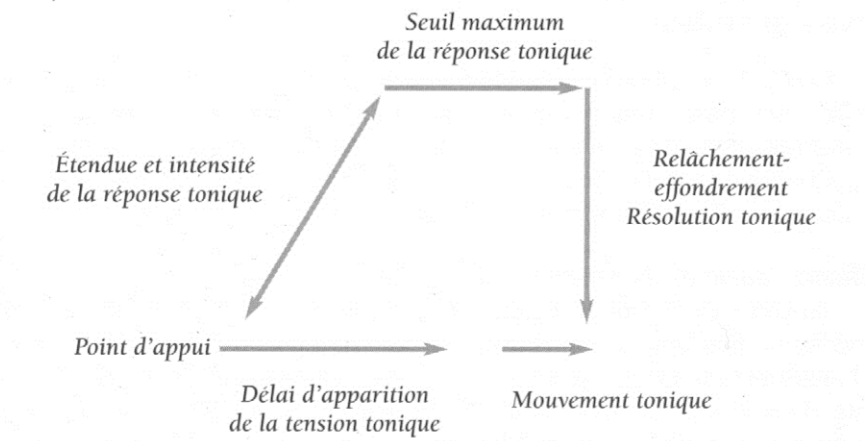


Figure 1 : Le dialogue psychotonique manuel - Courbe d'évolution du point d'appui psychotonique selon le Pr Danis Bois

- ***Le mouvement libre*** : lorsque de point d'appui en point d'appui le délai d'apparition devient inférieur à trois secondes, signant ainsi la réalité d'une potentialité retrouvée, le praticien accompagne cette potentialité qui s'exprime au sein d'un rythme de biorhythmie sensorielle.

L'ensemble de ces phases constitue un entretien thérapeutique qui sollicite la modulation tonique et transforme profondément l'état somatique et psychique de la personne. C. Courraud précise même que « ***le point d'appui manuel reconfigure l'architecture tonique et psychique de la personne*** qui passe d'un état de tension à un état de relâchement » (Courraud, 2009, p.214).

**DEUXIEME PARTIE : POSTURE  
EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIE DE  
RECHERCHE**

---

## CHAPITRE 3 : POSTURE EPISTEMOLOGIQUE

---

Ma démarche de recherche s'inscrit dans un cadre épistémologique conceptuel dans la mesure où je souhaite rendre compte du champ théorique et conceptuel du *point d'appui manuel*. Pour parvenir à cette fin, je m'appuierais sur une recherche bibliographique en vue d'identifier la dynamique d'émergence du point d'appui manuel à partir de faits objectifs (dates, lieux, circonstances...). Cette étude d'antériorité ciblée sur les faits objectifs constitue seulement une facette de ma contribution scientifique, en effet, je souhaite extraire la dimension subjective qui traversera toute l'analyse. Mon rapport aux données se fera de façon impliquée dans la mesure où j'ai assisté en tant que témoin direct à l'évolution et mutations du point d'appui avant qu'il ne devienne un concept établi. Cette double casquette de chercheur en prise avec une recherche conceptuelle et de chercheur impliqué en tant que témoin de l'évolution, me met dans une posture en phase avec une démarche qualitative et constitue la posture la plus pertinente pour réaliser une démarche herméneutique face aux données.

Le mouvement interprétatif adopté s'inscrit dans un courant d'inspiration phénoménologique dans la mesure où je resterai très fidèle au texte, ainsi qu'aux vécus qu'il transporte : « *On ne peut nier qu'il y ait des expériences vécues et plus particulièrement une expérience interne. Ce savoir immédiat est le contenu d'une expérience et l'analyse de ce contenu constitue ensuite la connaissance et la science du monde spirituel* » (Dilthey, 1992, p. 176). Ma démarche bien que conceptuelle se veut résolument compréhensive puisque je veux comprendre le processus d'émergence et cerner les différents enjeux qui sont mis à l'œuvre dans le point d'appui manuel au-delà du sens premier qui se donne dans le texte. Cette dynamique va dans le sens de P. Ricœur : « *dans la mesure où le sens d'un texte s'est rendu autonome par rapport à l'intention subjective de son auteur, la question essentielle n'est pas de retrouver, derrière le texte, l'intention perdue, mais de déployer, devant le texte, le*

'monde' qu'il ouvre et découvre » (Ricoeur, 1986, p. 58). A travers cette démarche compréhensive j'adopterai donc une posture d'accueil aux contenus d'expérience qui ne se voient pas, et qui ne s'observent pas d'emblée.

Depuis ma posture impliquée et compréhensive, je tenterais de reconstruire le processus d'émergence du point d'appui en m'appuyant sur la littérature écrite par D. Bois. Contemporainement au mouvement de création de l'auteur je rechercherais la logique interne de l'ensemble des données : « *La compréhension consiste en effet, non plus à revivre ce qu'ont vécu les auteurs et les acteurs [...] en sondant les cœurs et les reins, mais à construire la logique interne d'un système [...]* ». (Mesure, 1990, p. 225)

J'ajoute que cette recherche s'inscrit dans l'axe B du Centre d'Etudes et de recherche en Psychopédagogie Perceptive puisque son projet est d'enrichir un des concepts fondateurs de la fasciathérapie.

## CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

---

Comme je l'ai déjà annoncé, le mode de recueil de données est construit sur la base d'une démarche bibliographique ciblée sur 10 livres écrits par D. Bois entre 1984 et 2009. Avant de répertorier le matériau de données, je déploierai ma procédure d'investigation. Ensuite, je présenterai la grille classificatoire catégorielle et sa dynamique d'élaboration, puis je décrirai le mouvement de construction de l'analyse biographique et bibliographique qui m'a amené à interpréter d'abord livre par livre puis de façon transversale le processus d'émergence et de modélisation du point d'appui manuel proposé dans la fasciathérapie.

### **4.1. La démarche bibliographique : matériau de recherche**

---

Elle a consisté en une phase de regroupement et de classification par années des ouvrages et des publications professionnelles et universitaires.

Il me fallait appréhender le volume des données qui m'apparurent d'emblée très volumineuses. Je répertoriais donc tous les livres écrits de 1984 à aujourd'hui écrits en priorité par D. Bois mais aussi par d'autres chercheurs du Sensible, en particulier les collaborateurs les plus proches de D. Bois, ce qui donne lieu à une première liste de vingt-six ouvrages. Parmi ceux-ci j'ai retenu neuf ouvrages publiés sous forme de livres destinés au grand public. J'ai éliminé les publications, articles scientifiques qui, de mon point de vue, ne relataient pas le processus d'émergence et n'abordaient peu ou pas la dimension du point d'appui ou quand celle-ci était développée, elle l'était par d'autres chercheurs que son fondateur. Même si mon intention n'est pas de réaliser une étude biographique de D. Bois, il m'apparaissait important d'analyser l'évolution du point d'appui à partir de ses écrits-sources.

L'analyse bibliographique va respecter une temporalité chronologique puisque je veux pointer mon analyse sur l'évolution du point d'appui. Très rapidement, j'ai pris conscience de

l'étendue du point d'appui qui m'invitait à ne pas l'entrevoir sous le seul angle d'une « technique manuelle ». En effet, le point d'appui, même si au départ de ma recherche était encore de l'ordre de l'implicite, englobe d'autres dimensions que la dextérité manuelle puisqu'il concerne l'humanité du praticien, une modalité relationnelle et des compétences qui touchent au plus près la présence, l'attention et la justesse de la posture.

Je dois préciser que six ouvrages (1984, 1985, 1990, 2001, 2002, 2006) ont été rédigés par D. Bois plus un ouvrage écrit en collaboration avec Eve Berger (1989) et deux publications extraits d'ouvrages collectifs (2001 et 2009) dont l'une d'entre elle est écrite en collaboration avec H. Bourhis (2009). L'ensemble de ces livres et publications constituent un matériau de recherche conséquent de 1198 pages. Pour simplifier la présentation de l'interprétation transversale des données j'ai fait le choix de présenter les livres de 1 à 9.

Livre 1 : Bois D. , Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde, 1984b ; 236 pages

Livre 2 : Bois D. , Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles, 1985c ; 112 pages

Livre 3 : Bois D. & E. Berger, La vie entre les mains, 1989c ; 111 pages

Livre 4 : Bois D. & E. Berger, Une thérapie manuelle de la profondeur, 1990 ; 163 pages

Livre 5 : Bois D. dans Thérapie et mouvement, Actes du 1<sup>er</sup> congrès international Méthode Danis Bois, 27 et 28 mai 2000 sous la direction de D. Bois, 2001 ; 14 pages

Livre 6 : Bois D. , Le sensible et le mouvement, essai philosophique, 2001 ; 146 pages

Livre 7 : Bois D. , Un effort pour être heureux, 2002 ; 110 pages

Livre 8 : Bois D. , Le moi renouvelé-Introduction à la somato-psychopédagogie, 2006 ; 251 pages

Livre 9 : Bois D. dans Bois, Josso, & Humpich, Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fascaithérapie et de la somato-psychopédagogie, 2009 ; 55 pages

## 4.2. La méthode d'analyse : grille classificatoire, analyse d'inspiration phénoménologique livre par livre, interprétation transversale des données

---

Face à l'importance du matériau de données, j'ai décidé de procéder méthodiquement afin de réaliser une réduction des données. J'ai donc fait un premier niveau de lecture qui a donné lieu à l'élaboration d'une grille classificatoire. Ensuite, sur ces bases de données catégorielles, j'ai relevé les données et réalisé une analyse plus profonde en créant une forme d'intrigue qui reste très proche du texte, selon une dynamique de mise en cohérence par catégories. Et enfin, sur ce matériau j'ai déployé une herméneutique transversale en dépassant et transcendant le texte, offrant ainsi de nouvelles significations et de nouveaux compréhensifs.

### 4.2.1. Elaboration de la grille classificatoire

Vient le moment de finaliser l'approche catégorielle en termes de catégories émergentes et d'indicateurs représentatifs du concept établi, à travers l'élaboration d'une grille classificatoire. Cette étape représente la prise en main plus approfondie du corpus de données afin de dégager les propriétés essentielles des données qui sont en correspondance avec les catégories qui se sont données à la lecture. Une fois ces catégories établies sont apparus ce que j'ai dénommé pour la circonstance « indicateurs conceptuels », sorte de sous catégories émergentes qui viennent éclairer la catégorie émergente avec laquelle ils sont en correspondance. A chaque fois que je rencontrais dans le texte des données qui participaient au mouvement de théorisation du point d'appui, je les annotais à la marge et les intégrais dans la catégorie correspondante.

La saisie des catégories émergentes et des indicateurs conceptuels a été facilitée par ma connaissance du concept qui entoure le point d'appui et c'est à partir de cette connaissance que j'ai structuré ma grille classificatoire, les indicateurs en lien avec les catégories. Je rappelle que le projet de ma recherche concerne **le processus d'émergence du concept du point d'appui**. La création des catégories émergentes ont pris une forme définitive dans une première lecture en diagonale du premier livre « les concepts fondamentaux de la Fasciathérapie et de la pulsologie profonde, (1984) ». En revanche les indicateurs conceptuels sont apparus au fil de la lecture en diagonale de tous les ouvrages. Au cours de la lecture, je

réalisais des annotations de marge des différents termes qui m'interpellaient par leur fréquence d'apparition. Ensuite, je procédais de la même façon lorsque je rencontrais des extraits pertinents directement en lien avec les éléments constitutifs du point d'appui. J'ai ainsi construit six catégories émergentes. J'ai, à un certain moment hésité entre une analyse thématique et une approche catégorielle. En effet, la formulation de mes catégories pouvait être assimilée à un thème. Cependant, j'ai opté pour la formulation catégorielle car chaque catégorie et indicateur emportait une dimension théorisante et participait à une contribution à l'enrichissement du concept en place. Ce travail d'analyse à l'aide de catégories émergentes était sous tendu par une induction théorisante préliminaire à l'élaboration d'un nouveau concept du point d'appui qui va « *le plus souvent impliquer des procédures d'induction théorisantes faisant intervenir des procédés beaucoup plus complexes que ceux impliqués dans l'application d'une liste de catégories préliminaires* » (Paillé, Mucchielli, 2008 , p.242).

C'est donc dans cet esprit qu'ont été formulées six catégories émergentes : le geste technique, l'intention visée par le praticien, les effets tissulaires, le principe de force, la posture du praticien, la nature relationnelle mise en jeu.

J'ajoutais ensuite la possibilité de faire apparaître des *indicateurs en correspondance* avec chacune des catégories émergentes (ces indicateurs se sont enrichis au fil de l'analyse et n'ont pas de valeur exhaustive). J'ai saisi trois indicateurs représentatifs du *geste technique* : le point d'appui, l'arrêt circonstancié, la pression juste. Puis, j'ai relevé six indicateurs représentatifs du *principe de force* : principe actif, principe du vivant, force d'autorégulation, mouvement interne, mouvement de vie, mouvement autonome. Ensuite, il m'est apparu quatre indicateurs incontournables des *effets tissulaires* déclenchés par le point d'appui : psychotonus, résistance, TRE, effondrement. Dans la foulée, j'ai repéré quatre indicateurs représentatifs de *la posture* qui est mise à l'œuvre dans le point d'appui : qualité d'écoute, neutralité active, distance de proximité, non prédominance. Et enfin, j'ai relevé six indicateurs représentatifs du *type de relation* qui se déploie dans le point d'appui : réciprocité, empathie, résonance, concernation, confrontation, participation du patient.

<b>Catégories émergentes</b>	<b>Indicateurs en correspondance avec la catégorie émergente</b>
Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui	Point d'appui, arrêt circonstancié, pression juste ...
L'intention visée par le praticien	Curative, diagnostique, éducative, relationnelle ...
Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui	Psychotonus, résistance, TRE, effondrement. ...
Le principe de force mis en jeu au point d'appui	principe actif, mouvement autonome, force d'autorégulation, mouvement interne, mouvement de vie, force d'autorégulation du vivant ...
La posture adoptée dans la pratique du point d'appui	qualité d'écoute, neutralité active, distance de proximité, non prédominance
Le type de relation instaurée dans le point d'appui	réciprocité, empathie, résonance, concernation, confrontation, participation du patient ...
le processus de réflexion créatif de l'auteur	repères temporels, les tournants créatifs, les changements d'orientation, les prises de conscience ...

Figure 2 : Grille classificatoire des catégories ainsi que des indicateurs

C'est sur la base de cette catégorisation que j'ai visité chaque livre en partant du plus ancien jusqu'au plus récent. Cette analyse classificatoire figure en annexe de ce mémoire.

#### **4.2.2. Analyse d'inspiration phénoménologique des contenus livre par livre**

Dans cet esprit, j'ai procédé à une analyse livre par livre pour dégager les données au sein de mes catégories émergentes et des indicateurs de départ. Cette analyse va hisser l'analyse au niveau de la compréhension et de l'interprétation en lui donnant une cohérence organisationnelle temporelle et événementielle. Avec cette étape commence le véritable travail d'analyse en creusant le texte pour en découvrir son sens et ses variations. C'est donc un premier niveau de dialogue herméneutique entre le matériau et ma sensibilité théorique et expérientielle. Cette phase est ancrée dans le respect des données de l'auteur.

J'ai relevé les énoncés les plus signifiants en m'appuyant sur l'organisation catégorielle issue de l'étape précédente. Ainsi, la structure de l'analyse se présente de la manière suivante :

- fiche signalétique : titre du livre, année, nombres de pages.
- organisation structurelle suivante :
- le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui
- l'intention visée par le praticien
- les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui
- le principe de force mis en jeu au point d'appui
- la posture adoptée dans la pratique du point d'appui
- le type de relation instaurée dans le point d'appui

Ensuite la structure de chaque extrait s'est présentée ainsi comme le montre l'exemple qui suit:

- Introduction présentée par le chercheur de l'énoncé (ex : on note que l'auteur ...)
- Idées maitresses ou contexte de l'énoncé pur (ex : donne les enjeux d'un principe de force en s'appuyant sur le propos de Still)
- La donnée pure écrite en italique et suivie de la page mise en parenthèse (ex : « *La vie, c'est être vivant ; être vivant, c'est posséder en soi une motilité inhérente. L'arrêt de cette activité inhérente signifie la mort* » (p. 77) .

### **4.2.3. Analyse et interprétation transversale des données**

L'élaboration organisationnelle de ce temps d'analyse a demandé un mouvement herméneutique profond de l'analyse précédente. En effet, je ne souhaitais pas reprendre l'organisation à l'identique mais déjà élaborer une structure d'accueil qui soit issue d'un niveau d'interprétation de haut degré. Je me suis rendu compte qu'il y avait des interactions entre le principe de force et le point d'appui, entre la posture du praticien et le point d'appui, et entre le mode relationnel et le point d'appui. J'ai donc décidé d'organiser mon analyse transversale sur la base de suivante :

- analyse de l'évolutivité du principe de force mis en jeu dans le point d'appui
- analyse de l'évolutivité du geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui
- analyse de l'évolutivité de la posture adoptée dans la pratique du point d'appui
- analyse de l'évolutivité de la participation du patient dans le point d'appui
- analyse de l'évolutivité de la relation sur le mode de la réciprocité instaurée dans le point d'appui

**TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET  
INTERPRETATION DES DONNEES**

---

## CHAPITRE 5 : ANALYSE D'INSPIRATION PHENOMENOLOGIQUE

### LIVRE PAR LIVRE

---

L'analyse classificatoire a donné lieu à un matériau de recherche de trente pages représentant donc une réduction des données très importante. C'est sur la base de cette grille classificatoire que j'ai déployé une analyse profonde d'inspiration phénoménologique selon une approche catégorielle et qui a lieu à soixante-cinq pages de données. J'ai hésité à inclure cette partie dans le corps de ce mémoire mais j'ai estimé que les données qui apparaissent dans cette analyse sont trop précieuses pour figurer dans l'annexe.

#### **5.1. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde » D. Bois**

Fiche signalétique

Titre du livre : Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde

Année de parution : 1984

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 236

##### **5.1.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

En 1984, D. Bois introduit ainsi le geste technique qui préside à la fasciathérapie : « *Le geste thérapeutique du fasciathérapeute est très simple ; il lui faut toutefois respecter certains principes fondamentaux* » (p.213 ; l.3438-3439). Quels sont-ils ? Il est question tout d'abord de s'adresser à un tissu particulier : le fascia<sup>23</sup> afin d'en « [...] isoler la sensation d'élasticité » (p.178). Le praticien doit rechercher cette sensation d'élasticité du fascia jusqu'à une mise

---

<sup>23</sup> Description dans le champ théorique

en tension maximum : « *Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum* » (p.177). Des précisions nous sont offertes quant à la qualité du toucher, en particulier la pression du praticien. Il nous est dit que celle-ci doit associer profondeur et mobilité de la main « *Dans tous les cas, la pression est profonde et jamais immobile* » (p.220), suivi scrupuleux de l'envie tissulaire : « *suit scrupuleusement l'envie de...* » (p. 177) voire même perception anticipatrice de l'envie du tissu : « *[...] la direction de la pression anticipe l'envie de...* » (p.178) ; et enfin stabilité de la relation à l'élasticité : « *la pression [...] doit suivre le fascia, (...) après avoir, au préalable, isolé la sensation d'élasticité et la conserver durant toute la manœuvre* » (p.220). Toutes ces qualités d'adaptabilité sont regroupées sous le terme de « *pression juste* » (p.214) et semble constituer le deuxième principe fondamental.

Le fascia n'apparaît pas le seul élément à mettre en tension puisque D.Bois désigne comme un troisième principe la « *Mise en tension des mouvements mineurs involontaires des os et des fascias environnants* » (p.214) en insistant sur la synchronicité de leur mise en travail au sein du geste manuel « *[...] il faut travailler en même temps, dans une même prise et non isolément, le fascia et l'os.* (p. 211), mais aussi les méridiens et les artères. Il réunit ces conditions sous le vocable de « *prise en étau* » (p.214). Tous les doigts de la main du praticien sont concernés : « *chaque doigt de la main a une partition différente à jouer. Les uns agissent sur les méridiens et les artères, les autres agissent sur les os et les fascias, tout en suivant scrupuleusement l'activité rythmique de tous ces éléments* » (p.232.) Il est question aussi de la mise en jeu d'un « *couple de force* » (p.177) des deux mains dans certaines approches plus actives sur le tissu : « *une contre-force fixe d'une main, tandis que l'autre main enregistre passivement l'envie d'aller de l'os ou de la matière à traiter* » (p.182).

Il convient de dire ici d'emblée que le geste technique ne fait pas référence au terme de point d'appui. Cependant il nous est dit implicitement qu'il y a deux temps : un temps de suivi de l'envie du tissu et un temps d'arrêt de la mouvance des tissus : « *S'il est bon de pénétrer dans le tourbillon infini du fascia, il faut savoir y mettre fin en temps voulu* » (p.211). Deux autres éléments nous sont donnés quant au moment de mettre fin à cette dynamique interne tissulaire : l'un déjà entrevu se situe au moment de la mise en tension maximale du tissu concerné ; l'autre fait intervenir la notion de moment opportun « *Cette mise à terme s'effectue*

*après avoir suivi l'envie de ...au moment jugé opportun » (p.211) et donne à penser que le praticien sait juger de 'l'opportunité' d'un tel arrêt.*

A la suite de cette mise en tension et de son arrêt il est question de demander une participation respiratoire au patient : *« Une fois la mise en tension obtenue, le thérapeute demande au patient d'effectuer de petits temps respiratoires » (p.179) mais une précision nous indique qu'elle est nécessaire « dans le cas où la force vitale n'est pas suffisante » (p.177). Dans ce cas le renforcement de la force vitale du patient se fait en relation avec la pression du praticien : « Dans l'expiration, le thérapeute enfonce un peu plus profondément sa main. Dans l'inspiration, il la maintient » (p.179) ; Enfin, lorsque le tissu donne son envie de se normaliser, le praticien suit cette réponse et l'accompagne vers ce nouvel équilibre : « le thérapeute exerce alors une stimulation (invitation au tissu à aller là où spontanément il se sent le mieux) et une amplification mi-active, mi-passive vers la réponse obtenue » (p.232).*

Il est question aussi en final d'une phase de lâcher prise dont l'auteur fait une condition indispensable à la réussite du traitement : *« Dans tous les cas, sans le lâcher-prise total du patient, aucune thérapeutique n'est efficace » (p.142)*

### **5.1.2. L'intention visée par le praticien**

**Curative** : D. Bois nous indique un premier objectif dans la disparition ou la diminution des symptômes pour lequel le patient a consulté : *« Le patient est sur la voie de la guérison certes, lorsqu'il y a soulagement ou disparition des symptômes » (pp.189-190). Pour cela il propose de « stimuler les défenses naturelles et inhérentes de l'organisme » (p.14). Il nous définit une hypothèse novatrice : celle que le patient est sur la voie de la guérison lorsque « [...] il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur et des énergies subtiles provenant de la vie intime de la particule la plus élémentaire de l'organisme » (p.190). Enfin, s'appuyant sur son expérience ostéopathique, il cite un troisième élément de retour à la santé qui vise à replacer l'homme en relation avec le cosmos au travers des rythmes internes de l'organisme : « L'art de maintenir la santé est de conserver l'équilibre des cellules entre, d'une part, l'activité rythmique des différents éléments de l'organisme entre eux et, d'autre part, l'activité rythmique cosmique » (p. 78).*

Il nous est donné le terme « écoute tissulaire » pour désigner l'ensemble des gestes thérapeutiques, qui sont tous considérés comme thérapeutiques et curatifs : « *En fait, quelle que soit l'écoute utilisée, elle possède toujours une action curative* » (p.176). Mais, pour l'auteur ce qui semble compter, au sein du projet thérapeutique, est l'investissement du thérapeute qui déclenche l'action : « *Tout dépend de l'investissement du thérapeute* » (p.176)

**Diagnostic** : La visée diagnostique du geste nous est décrite comme fortement liée à la réponse du corps au geste du thérapeute c'est à dire à l'intention thérapeutique ce qui fait dire à D. Bois : « *Il semble difficile de dissocier diagnostic et thérapeutique, car le fait d'observer influence déjà la matière à traiter* » (p.176). Il y a là un point de vue important sur le mode de relation entre un praticien et un patient au travers d'un corps vivant, réactif et sensible.

Le diagnostic apparaît comme une évaluation de l'expression de la force vitale déclenchée en réponse au geste du praticien qui s'évalue principalement au travers de deux items : la qualité de la réponse et le délai de la réponse : « *Cette force vitale s'explore en évaluant la qualité de réponse à la stimulation digitale des mouvements mineurs involontaires, le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, et, enfin, la qualité énergétique dans le sens acupunctural du terme* » (p.170). D. Bois propose une grille de lecture dans laquelle 'qualité de la force' et 'durée' sont fortement corrélées : « *Par convention, la qualité de la force vitale est proportionnelle à la durée du temps qui sépare la stimulation de la fuite de l'organe du fascia ou de l'organe testé, et le retour de son activité rythmique perçue sous nos doigts [...] Plus le retour est lent, ou plus la réponse à la stimulation est nulle, moins la force vitale est importante* » (p.170) ; L'évaluation porte sur la puissance du voyage aller, mais aussi sur le voyage de retour : « *Il convient également de percevoir, outre la durée du voyage, la puissance de retour* » (p.170)

### **5.1.3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

**Effet sur la globalité** : Créer de la globalité ou la recréer semble être une priorité thérapeutique s'appuyant d'abord sur l'importance donnée au fascia et à ses particularités d'organisation dans le corps : « *(Le fascia)... apparaît comme étant l'outil essentiel capable de transformer les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle* » (p.35). Il apparaît

donc qu'en suscitant l'élasticité, le geste thérapeutique, va profiter de cette organisation pour solliciter un travail dans l'étendue du corps : « *il est facile de comprendre combien l'impact d'une force appliquée en un point quelconque de ce réseau se prolonge à l'ensemble de toute la structure de l'organisme* » (p.35).

**Effet sur la tension :** L'influence du geste thérapeutique sur la matière du corps est décrite comme un processus de transformation de l'état du tissu en deux temps : un temps de tension par le biais de l'élasticité : « *Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum* » (1984b, p. 177), un temps d'effondrement : « *Dès lors, apparaîtra une sensation d'effondrement ou de fuite dans un espace indéterminé* » (p.232).

**Effet sur le tissu :** Contemporainement à ces 2 phases, D.Bois nous décrit trois effets successifs dans la matière du patient : une réimprégnation liquidienne du tissu traité et l'apparition d'une pulsologie puis d'une chaleur interne au tissu signant la régénération tissulaire : « *Une sensation d'éponge sèche s'engorgeant de liquides exprimera alors une sensation de délivrance, accompagnée de l'apparition d'une pulsologie, véritable onde de choc de l'activité énergétique des liquides, immédiatement suivie d'une apparition de tiédeur liquidienne indiquant la merveilleuse phase de régénération* » (p.232, l.3701-3708)

**Effet expérientiel et existentiel :** On notera, en lien avec la transformation du tissu, la sensation de délivrance qui en émane pour le patient : « *Une sensation d'éponge sèche s'engorgeant de liquides exprimera alors une sensation de délivrance* » (p.232). De plus, dans la vision de retour à la santé il est question, au travers des valeurs internes nouvelles déclenchées par le vécu du traitement, d'une visée existentielle possible pour le patient : « *Le patient est sur la voie de la guérison, [...] aussi et surtout lorsqu'il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur et des énergies subtiles émanant de la vie intime de la particule la plus élémentaire de l'organisme* » (pp.189-190).

#### **5.1.4. Le principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** Tout d'abord, l'auteur donne les enjeux du principe de force en s'appuyant sur le propos de Still : « *La vie, c'est être vivant* » (p.77) ; et donnant d'avantage de précisions, on apprend que « *être vivant, c'est posséder en soi une motilité inhérente. L'arrêt de cette activité inhérente signifie la mort* » (p. 77).

**Structure d'accueil organique :** L'auteur cite à nouveau Still pour définir la structure organique qui accueille la vie dans le corps : « *Le fascia...est la matrice probable de la vie et de la mort* » (p. 18).

**Expression de la vie dans le corps :** prolongeant le propos de Still l'auteur donne des indications sur l'expression de la vie en utilisant les termes " mouvement de la vie "et " danse" à l'intérieur du fascia : « *La danse du mouvement de la vie se transmet à notre organisme par les fascias, autrement dit la vie intime des fascias reflète le mouvement cosmique* » (p.77). Il est question ici d'un mouvement cosmique qui se donne sous la forme d'une force vitale que le praticien peut évaluer : « *Plus la force vitale est importante, plus la réponse curative est rapide* » (p.169); ou encore « *Cette force vitale s'explore en évaluant la qualité de réponse à la stimulation digitale des mouvements mineurs involontaires, le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, et, enfin, la qualité énergétique dans le sens acupunctural du terme* » (p.170). A plusieurs reprises apparaît le terme 'MOC' pour définir la motilité oscillatoire cellulaire, ce terme propre à la fasciathérapie ne rompt pas avec le modèle ostéopathique de la respiration cellulaire : « (...) *MOC issue de l'activité rythmique propre au cœur. [...] se perçoit sous forme de respiration cellulaire de 8 à 14 fois par minute, curieusement identique à celle enregistrée par l'activité du MRP* » (pp79-80) ou encore : « *Cette motilité oscillatoire cellulaire s'exprime sous forme de « respiration cellulaire » perçue en tant que dilatation et rétraction du corps énergétique, perçue sous forme de courants, de vides ou de trop-pleins, de chaleur, de froid, et, enfin, perçue sous forme de couleurs* » (pp79-80).

**Processus de matérialisation du vivant :** On accède à la pensée de D. Bois concernant la force du vivant d'origine cosmique qui se matérialise progressivement dans la matière corporelle : « *Toutefois, cette activité rythmique cosmique se transmet également à l'organisme grâce à un processus progressif de matérialisation allant du plus subtil au plus densifié* » (p.78) ; l'auteur souligne fortement le lien entre une force extérieure à l'homme et une force interne qui anime le tissu : « *L'idée est que la vie est une force rythmique extérieure à l'homme (force du vivant) et que cette force se matérialise progressivement dans tous les tissus du corps par une activité rythmique propre aux tissus* » (p.78) ; On retrouve la notion de motilité oscillatoire cellulaire comme expression originelle du vivant : « *Chaque*

*cellule, [...] possède une mémoire permettant de transmettre cette dualité originelle en une phase de dilatation et de contraction ou en une phase d'inspiration ou d'expiration cellulaire » (p.79).*

**Equilibre des forces dans le corps :** On comprend alors que la santé dépend de l'équilibre entre le cosmos et le corps : « L'art de maintenir la santé est de conserver l'équilibre des cellules entre, d'une part, l'activité rythmique des différents éléments de l'organisme entre eux et, d'autre part, l'activité rythmique cosmique » (p.78). Dans cette perspective, le fascia est considéré comme un intermédiaire entre le cosmos et l'intérieur : « En effet, le fascia est toujours l'élément de liaison, de jonction et d'intermédiaire, faisant de lui l'élément dynamique qui harmonise et orchestre les micromouvements » (p.81). Il est important de souligner le rôle d'intermédiaire du fascia entre la matière et l'esprit : « partager la vie intime du fascia, véritable point de jonction entre la structure et la fonction, mais aussi entre la matière et l'esprit » (p.23).

### **5.1.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

**Une posture d'écoute :** L'approche est considérée comme essentiellement manuelle (p.15). Pourtant, D. Bois la situe aussi comme « *une école de l'écoute* » (p.23). Il définit ainsi les qualités de perception du fasciathérapeute : « *le véritable fasciathérapeute et pulsologue doit être en mesure de percevoir toutes ces subtilités et être capable de les exploiter au maximum* » (p.172). Ainsi, en plus de développer ses qualités manuelles, on comprend la nécessité du ; « *[...] développement sensoriel intime du thérapeute* » (p.143). Mais il va plus loin en précisant l'attitude d'accueil des informations à la fois sensorielle et cognitive : « *Le fasciathérapeute doit mener conjointement une vie intérieure lui permettant d'expérimenter et un savoir intellectuel lui permettant d'expliquer* » (p.184) ; Il est donné une valeur particulière au développement de l'autonomie de jugement du praticien quand il est dit qu'il s'agit de « *[...] construire ses propres référentiels à partir d'une théorie* » (p.184) ; Plus précisément il est question d'une qualité de présence : « *Un thérapeute digne de ce nom doit être capable de pénétrer dans cette sphère indéterminée et d'accompagner, de sa présence sereine, ce voyage, et d'en évaluer les subtilités* » (p.170), mais aussi d'une disponibilité nommée comme totale (p.168) incluant celle du cœur (p.13 ; p.167) et du mental « *le degré de réceptivité d'un corps est directement proportionnel à la disponibilité du mental*

*et du cœur »* (p.23) et enfin d'une perception nommée comme 'subtile' (p.143 ; 167 ; 168) ou d'un « [...] *feeling particulièrement développé* » (p.167). Il est question aussi d' « [...] *observer les yeux fermés* » (p.167) ce qui a sans doute influencé D. Bois pour parler d'écoute 'méditative' (p.172) voire même d'introspection quand « *il convient, dès lors, d'effectuer une véritable introspection minutieuse de l'ensemble de l'organisme* » (p.186). Il parle aussi de « *perception extra sensorielle* » (p.175) ayant défini qu'il s'agit de « [...] *percevoir les éléments autrement que par les cinq sens utilisés classiquement* » (p.143). Cette perception extra sensorielle ne semble pas être seulement là pour capter en temps réel les informations du corps du patient mais possède une propriété particulière prédictive riche d'informations diagnostiques : « *Cette écoute directionnelle active demande une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias [...] La grande difficulté d'une telle écoute réside surtout dans le fait d'anticiper son diagnostic manuel par cette sorte de perception extra-sensorielle qui consiste non plus à accompagner l'envie de..., mais à la deviner* » (p.175)

### **Une posture d'accompagnement : la neutralité active**

L'auteur nous fait partager deux facettes que requiert pour lui l'acte manuel : tout d'abord la nécessité d'une neutralité afin, dit-il « *de ne jamais préjuger mentalement ni autrement, sans quoi des réactions réflexes de défense gêneraient le travail en profondeur* » (p.142) ; La pratique de cette neutralité se retrouve principalement dans la phase de suivi dynamique de la façon suivante : « *Le thérapeute est entraîné dans le tourbillon infini de l'activité des fascias sans projeter la moindre pensée directrice, son but étant d'indiquer la direction et la localisation de certaines adhérences et la direction et la localisation du point de ralentissement* » (p.173).

Mais il précise aussi que « *la neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile* » (p.175). Il nous définit le sens de ce que le praticien accompagne : « *en fait, il s'agit d'une perception subtile consistant à percevoir un mouvement infiniment mineur situé à la limite du subjectif et de l'objectif* » (p.182). D. Bois nous nomme l'action d'accompagnement de ce mouvement comme une écoute active ou semi active et amplificatrice (p.174) et associe ce mouvement à une 'envie' du tissu (p.174). L'action dans la neutralité est décrite, pour le praticien, comme l'action qui « *permet au praticien*

*d'accélérer, d'amplifier l'envie de... en demandant la permission au tissu d'accepter cette sublime promenade » (p.174) ou encore dans l'écoute amplificatrice semi active : « En fait, il s'agit, pour le thérapeute, de créer une stimulation suscitant le voyage. Dès lors, il lui suffit d'amplifier respectueusement l'aller et de respecter scrupuleusement le retour » (p.174).*

L'auteur nous fait accéder à l'enjeu de la posture à la fois neutre et active quand il s'agit pour le praticien « *d'exercer un compromis en sollicitant ces fascias à aller profondément dans le sens de leurs lésions » (p.174). La neutralité y est aussi décrite comme le respect d'un protocole donné par la lecture des messages tissulaires : « Le geste correcteur dans sa recherche de la mise en tension maximum des mouvements mineurs devra suivre la chronologie de l'apparition du message » (p.181 ; 182), ce qui fait dire à D. Bois qu'il existe une chronologie d'enchaînements ou une hiérarchie palpatoire à respecter dans le traitement des informations corporelles (p.142 ; 164) dans laquelle la main et la pensée sont associées dans une qualité singulière : « Chacun des doigts a une action spécifique à remplir et la pensée a une disponibilité totale (....) Les dix doigts, plus les paumes, doivent jouer une véritable symphonie ou aucune mauvaise note n'est permise » (p.221).*

Le rôle de cette posture particulière de mise en action de ce mouvement mineur au sein des tissus apparaît clairement quand il écrit : « *Le véritable fasciathérapeute et pulsologue doit être en mesure de percevoir toutes ces subtilités et être capable de les exploiter au maximum » (p.172).*

#### **5.1.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

La lecture de ce livre m'invite à séparer ce chapitre en deux parties pour analyser tout d'abord la relation instaurée dans le point d'appui entre thérapeute et patient, puis la relation vécue du point de vue du patient au travers de la lecture de sa participation au point d'appui.

- **La relation thérapeutique entrevue par l'auteur précise plusieurs critères :**

Tout d'abord l'instauration d'un état de confiance : « *Il est indispensable de créer un climat de confiance et de sérénité entre le patient et le thérapeute » (p. 139). Nommé aussi état de 'sympathie' ou 'd'optimisme fondamental', son but est d'abord « d'obtenir de la part du patient une relaxation musculaire et mentale » (p.143) et ainsi d'instaurer « un véritable*

*dialogue de mise en confiance qui permet au praticien d'accélérer, d'amplifier l'envie de... en demandant la permission au tissu d'accepter cette sublime promenade » (p.174). On comprend que cette mise en confiance passe concrètement par la qualité chaleureuse du contact manuel : « *Durant le traitement, le thérapeute doit avoir une main chaleureuse » (p.192). Pendant les phases de confrontation, on apprend que cette disponibilité chaleureuse de la main offre un accompagnement permettant « d'exercer un compromis permanent entre le refus qu'a le patient d'accepter sa douleur et le désir profond de l'effacer » (p.192).**

Puis il est question d'une forme d'accordage qui consiste dans un second temps à « se hisser au niveau vibratoire du champ énergétique du patient et de la matière à traiter » (p.142) mais aussi à « s'intégrer à la vie intime des fascias » (p.174) ; la manière de faire cela est explicitée comme « une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias » (p.175) signant l'implication extrême de la posture du praticien dans son traitement .

Enfin, il est envisagé une empathie dans le fait que le thérapeute se laisse toucher par ce qu'il perçoit : « (...) rien ne peut plus profondément émouvoir l'observateur privilégié » (p.167).

#### ▪ **Participation du patient**

Il est à noter que D. Bois nous décrit dans ce livre ce qui est demandé au patient au cours du traitement ou ce qui est perçu du patient par le thérapeute. En quelque sorte, à cette période-là, tous les critères de participation du patient sont entrevus du point de vue du thérapeute.

On notera au travers de ces indications « rester le plus passif possible, physiquement et mentalement, durant toute la séance » (p.139) ; ou encore « demander au patient d'effectuer un minimum de mouvements » (p.143) l'enjeu pour le patient est de trouver « une relaxation musculaire et mentale proche de la période de pré-endormissement » (p.143). Ce 'laisser-faire' trouve sa raison d'être quand l'auteur parle du rôle du fascia : « le fascia est le reflet du psychisme » (p.140). On comprend alors qu'il s'agit d'une condition de base à obtenir car « [...] Plus le sujet est détendu, moins les défenses réflexes empêchent la main du thérapeute d'aller dans la profondeur des fascias » (p.140).

Pendant les deux phases du point d'appui il est clair que cette situation particulière dans laquelle à la fois « *la matière [est] sollicitée par la poussée manuelle et mentale du*

*thérapeute* » (p.172) alors que le patient est ‘passif’ aboutit à ce que le patient soit « *confronté à son désir profond d'affronter sa personnalité authentique et son désir profond de fuir* » (p.172). La confrontation semble un des critères de lecture de la concernation du patient dans son traitement associée à la respiration : « *une fois la mise en tension obtenue, le praticien demande au patient un temps respiratoire* » (pp.177-178)

Il nous est dit aussi que l'enjeu de la relation instaurée dans le point d'appui dépend aussi de prédispositions du patient à l'écoute de son corps. On comprend que chez un patient qui a « *une disponibilité à l'écoute des messages toxémiques rejetés par l'organisme, et, par voie de conséquence, une certaine prédisposition à ressentir des sensations nouvelles suscitées par le traitement* » (p.190) les résultats du tout seront plus importants que pour un patient qui a « *une maîtrise parfaite de son corps, mais aussi et surtout une totale inaptitude à percevoir les messages et les agonies internes* » (p.190). On nous précise cependant, et quelles que soit les prédispositions du patient, que le résultat final appartient en dernier recours au patient : « *Dans tous les cas, sans le lâcher-prise total du patient, aucune thérapeutique n'est efficace* » (p.142).

## **5.2. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles »**

Fiche signalétique

Titre du livre : Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles

Année de parution : 1985

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 112

### **5.2.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

1985 : c'est dans ce livre que le terme « point d'appui » est nommé clairement pour la première fois « *Une autre notion est importante : celle du POINT D'APPUI* » (p.33). Nous voyons se préciser sa définition : un « *arrêt circonstancié mettant volontairement un terme au*

*voyage spontané des tissus » (p. 33) associé, à certains moments à des composantes antiphysiologiques « le thérapeute intervient directement [...] en exerçant au moment opportun des composants antiphysiologiques » (Ibid., p. 87). Il précise qu'en « associant les paramètres de traction élastique, butée, translation latérale [...] ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne » (p.84). Enfin il nous situe les difficultés d'un tel geste « les difficultés majeures se situent dans le choix du moment opportun de mettre un terme au tourbillon des fascias » (p.34) et nous offre à repérer les deux moments délicats : « la qualité de traction élastique » (p.34) et « l'instant du relâchement » (p. 34)*

En ce qui concerne la traction élastique, il précise : « *La mise en traction élastique s'effectue dans le respect de l'orientation des fibres musculaires (...). Son intensité est d'une subtilité extrême (...). Durant cette manœuvre, il arrive fréquemment de rencontrer des zones de résistances pathologiques à distance. La mise en traction élastique doit être alors rigoureusement identique à la résistance apparue au niveau de la zone pathologique » (p.87)*

D. Bois nous confirme l'importance de l'élasticité du fascia dans le processus du point d'appui quand il dit : « *Une autre notion est fondamentale : L'ELASTICITE, reflet de la vitalité et facteur entraînant le point d'appui nécessaire à l'autoguérison » (p. 33). Quant au rôle de la pression, elle est tout sauf un « contact rigide, passif » (p.33).*

Les contours du point d'appui en tant qu'action manuelle sont ainsi définies : « *la main du thérapeute suit scrupuleusement la mobilité spontanée du tissu, parfois l'amplifie et décide au moment opportun de contrarier l'envie de... en exerçant volontairement une traction élastique ou une butée coaptive afin de créer un point de stabilité autour duquel se normalisera le corps » (p.85). D. Bois nous indique donc, ici, clairement l'objectif du praticien de déclencher un processus physiologique interne au patient : « Cela peut être un point d'appui manuel autour duquel se déclenche tout un processus interne qui, dans un premier temps, fait intervenir la puissance physiologique des fascias » (p.33). Le fascia n'est pas le seul tissu à solliciter car il nous dit : « Il convient, dès lors, de rechercher une butée sans se départir de l'élasticité dans le sens inverse de la traction dont le but est [...] d'offrir un nouveau point d'appui au corps autour duquel une réaction interne intra-osseuse apparaîtra » (p. 88). Il nous décrit un ensemble de points d'appui qui visent à solliciter le plus*

d'éléments anatomiques dans le corps ce qui lui fait dire : « *Le patient se trouve alors dans un véritable équilibre tensionnel et dans l'incapacité d'utiliser des fuites compensatrices dans son propre corps à moins de le désirer vraiment* » (p. 87). Plus loin, D. Bois parle de ce moment d'arrêt comme de « (...) *la technique dite 'du chien d'arrêt' appelée ainsi car elle reflète un état de vigilance particulier* » (p.87).

Il nous invite aussi, à considérer une autre nature de point d'appui liée à la présence du thérapeute : « *Cela peut être un point d'appui émanant d'une certaine tranquillité du thérapeute, parfois suffisante pour permettre au corps de s'autoréguler* » (p.33).

### **5.2.2. L'intention visée par le praticien**

**Curative :** au travers de la mise en jeu de l'élasticité, on comprend que l'intention du thérapeute est la mobilisation d'une force interne appelée physiologie « *En suscitant l'élasticité, une véritable action en chaîne de toute la toile fasciale se déclenche, permettant ainsi à la physiologie interne du patient de lutter contre les points de fixité osseux, membraneux, liquidiens et énergétiques* » (p.33). Il est ainsi question d'une réaction en chaîne déclenchée par le point d'appui : « *ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne* » (p.84). L'objectif est nommée comme une mobilisation des ressources qui vont lutter de l'intérieur contre les fixités du corps : « *ainsi à la physiologie interne du patient de lutter contre les points de fixité osseux, membraneux, liquidiens et énergétiques* » (p.33).

**Diagnostique :** La notion de 'dialogue intérieur capable de déceler' cité plus haut, nous indique clairement une visée réceptrice d'informations sur la qualité des tissus: « (...) *la qualité de l'élasticité indique l'état de vie intime des tissus et de leur potentiel énergétique* » (p.33) ; ou encore sur la puissance de réaction interne du patient : « *Plus la réaction interne se fait rapidement dans le temps, plus forte est la réaction physiologique interne du patient* » (p.65).

**Les deux :** Par cette phrase, « *Bilans et gestes curatifs sont contemporains* » (p. 83 ; p.86), l'auteur nous précise que cette lecture se fait en temps réel du toucher manuel, c'est à dire que l'on ne peut dissocier, dans la fasciathérapie l'acte diagnostique de l'acte curatif.

### 5.2.3. Les effets déclenchés par le point d'appui

**Effet sur la globalité :** Dans ce livre Danis Bois nous en dit plus sur l'élasticité qui, lorsqu'elle est suscitée, déclenche « *une véritable réaction en chaîne de toute la toile fasciale* » (Ibid., p.33). Cette notion d'étendue confère au geste thérapeutique une puissance qui, sans cette élasticité resterait « *pauvrement localisé* » lui faisant dire que « *Cette élasticité est véritablement une voie royale et offre à notre geste une action globale (...) selon la qualité de la traction élastique* » (p.33 ; p.87). L'action du geste thérapeutique ne touche pas que le fascia, mais s'étend à toutes les couches tissulaires : « *Toute traction élastique exercée en un point quelconque du corps déclenche une réaction interne de l'ensemble des fascias, un apport sanguin et une réharmonisation du métabolisme cellulaire* » (p.87).

**Effet sur la transformation du tissu :** on note que la régulation est indiquée comme une modification du rythme tissulaire : « *Le tissu oscille lentement, s'immobilise à nouveau [...] puis se met à respirer amplement, traduisant la régulation [...]* (p.88).

**Effet expérientiel et existentiel :** L'expérience du patient pendant la phase de régulation passe par le ressenti d'une chaleur interne : « *le patient ressent une tiédeur liquidienne générale* » (p.88.)

### 5.2.4. Le principe de force mis en jeu au point d'appui

L'auteur parle ici du principe de force de la vie en terme d' « énergie » qu'il définit par son étymologie grecque comme une « *force en action* » (p.23) ou par la définition du petit Robert « *Force et fermeté dans l'action qui rend compte de grand effets* » (p.23). Il nous invite à comprendre qu'il a choisi le terme « **physiologie interne** » pour désigner à la fois le processus d'action de l'énergie « *l'énergie met en mouvement la matière* » (p.24) ; son lien avec le principe de la vie « *elle est aussi la traduction du souffle ou de la puissance physiologique* » (p.24) et ses vecteurs dans le corps « *les vecteurs principaux sont le sang concernant la fonction et l'élasticité du fascia concernant la force motrice de la structure* » (p.24).

On assiste à un développement de la pensée de l'auteur concernant l'organisation de la vie dans le corps à partir de ce souffle : « *L'organisme est soumis à deux éléments : l'un dynamique, l'autre condensé d'où la notion énergie/masse ou fonction/structure qui sont en*

*fait les deux aspects d'un seul élément : la vie » (p.24). Il va encore plus loin quand il dit : « La fonction correspond à l'énergie en mouvement. La masse ou la structure correspond à la densification de l'énergie. Il existe des échanges permanents entre ces deux éléments » (p.24).*

On retrouve aussi la notion de rythmes entrevus dans les concepts (M.O. C) et décrit comme un « *tourbillon originel lui-même pulsatile qui se produit de la périphérie à la profondeur et inversement, en des phases de raccourcissement avec élargissement suivies de phases d'élongation avec rétrécissement* » (p.24). Mais il décrit un nouveau rythme haut/bas cette fois : « *flux et le reflux énergétiques dans le sens haut/bas* » (p.24) auquel il donne la valeur de représenter « *l'unité de fonction puissance/physiologie* » (p.24) ;

Dans le corps du patient, le principe de force est envisagé comme une « (...) *puissance physiologique interne* » (p. 84) très puissante. Ainsi, dans la lignée de Still, il dit « *L'homme possède en lui ce qu'aucune pharmacie, ce qu'aucune science ne peut remplacer* » (p.23). Intégrée au corps, cette « *une véritable pharmacie ambulante* » (p.23) est envisagée tantôt comme « *ressources* » (p. 19) ou comme « *processus de défense interne* » (p. 85) dont tous les grands systèmes du corps sont les relais (p.23). Dans tous les cas, le geste thérapeutique a comme vocation d'être le « *catalyseur de la force interne* » (p.25). C'est le choix de la fasciathérapie-Pulsologie que de « *permettre à la physiologie interne du patient de s'exprimer plutôt que d'utiliser une force extrinsèque* » (p.25). Ce processus est donné comme une « *action douce, respectueuse et chaleureuse, le thérapeute agissant 1/3 dans le mécanisme de guérison et le patient intervenant de 2/3* » (p.25). C'est la loi 1/3 2/3.

### **5.2.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

#### **Une qualité d'écoute**

On retrouve la notion d'anticipation, mais il est mis l'accent, ici, surtout sur la participation du praticien. Il est question de « *tranquillité du thérapeute* » (p.33) qui peut être « *parfois suffisante pour permettre au corps de s'autoréguler* » (Ibid., p.33). On voit aussi le mode attentionnel qui est mis à l'œuvre pendant le point d'appui à travers « *la technique du chien d'arrêt* » (p.87). Cette métaphore reflète en fait « *un état de vigilance particulier* » (p.

87). Cette précision est très importante car elle met l'accent sur l'action conjuguée d'un « savoir-faire » manuel et d'un « savoir être » du praticien comme condition à l'acte manuel instaurant une triple action qui associe simultanément une pression manuelle juste et opportune, une présence de qualité du praticien et une vigilance attentionnelle.

### **Une neutralité active**

**La Neutralité :** Elle est envisagée dans 'l'écoute méditative neutre' c'est à dire dans une visée d'accompagnement très respectueuse de l'envie du tissu c'est à dire sans point d'appui « *Cette écoute requiert une neutralité parfaite puisqu'elle accompagne scrupuleusement sans action directrice, le voyage intime du tissu* » (p.83). Ce toucher a donc ses limites, nous dit D. Bois et lui fait nous confirmer que : « *La neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile* » (p.83).

**L'action :** nous retrouvons la notion d'action amplificatrice que D. Bois nous précise. En ce qui concerne la main il nous donne une indication de vitesse : « (...) *l'élasticité est extraite lorsque la main accompagne l'envie du tissu mais avec une composante de vitesse plus rapide* » (p.33) ; en ce qui concerne le corps du thérapeute, on découvre que l'amplification, visant à solliciter les fascias à aller dans la direction de leurs lésions « *fait intervenir une participation active de la part du thérapeute* » (p.83) pour mieux s'intégrer à la vie intime des fascias. Cette participation inclue plus que le corps physique mais aussi la pensée du praticien puisqu'il nous est dit : « *la sensation d'élasticité est extraite lorsque la pensée profonde du thérapeute est synchronisée avec le geste qui suit scrupuleusement le mouvement intime du tissu* » (p.33). On commence à percevoir que la réussite du geste thérapeutique requiert de la part du praticien une grande implication physique et psychique.

**Neutre et actif :** Dans les mêmes termes que dans le livre 1, la neutralité peut se lire dans le respect préconisé au travers d'action « *conforme à la physiologie du patient* » (p.86) ou encore dans la rigueur et le respect d'un ordre : « (...) *il convient cependant d'être rigoureux, ordonné dans les différentes investigations utilisées dans l'engagement de ce dialogue* » (p.82).

## 5.2.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

### ▪ Du praticien au patient

Nous assistons tout au long du protocole du point d'appui à un double mouvement de relation, d'attention et d'action : d'abord du praticien au patient quand « *la main prends contact* » (p.83), avant « *d'amplifier* » puis dans un deuxième temps « *déclenche un processus.* » (p.83) puis enfin « *redevient docile* » (p.83). C'est aussi un mouvement du patient au praticien quand celui-ci « *découvre* » (p.83) les informations qui se donnent à lui. L'auteur résume ainsi la relation qui se crée en fasciathérapie : « *la thérapie manuelle reste une relation privilégiée entre le thérapeute et le malade mais aussi entre ce qui émane d'une main et la souffrance d'un tissu* » (p.98).

Cette relation privilégiée est aussi nommée comme une « *communication douce avec le patient* » (p.83) ou encore une « *osmose totale avec la vie intime du tissu* (p.84) empreinte de respect et de considération quand il s'agit de « *(...) préparer la séparation entre le thérapeute et le patient* » (p.86).

Cette relation est impliquante pour le praticien puisqu'elle met en jeu tout le corps, et pas seulement les mains (cf. neutralité active).

### ▪ Participation du patient

Dans ce livre D. Bois nous amène à considérer « *le bras de levier immense que peut être la participation du patient face à la maladie* » (Ibid., p.20). Il va même jusqu'à considérer « l'effet placebo » comme « *un outil sérieux* » (Ibid., p.20) à ne pas rejeter, capable « *d'amplifier le pouvoir réel d'autoguérison* » (Ibid., p.20).

Dans le chapitre « le patient se prend en charge, Loi 1/3 2/3 » (p.25) il questionne cette participation du patient ? Est-il passif ? Non, nous dit Danis Bois : « *Le patient se prend en charge, le thérapeute agissant d'1/3 dans le mécanisme et le patient intervenant de 2/3* (p. 25).

On comprend que c'est au moment où la tension est maximale que se fait l'enjeu du point d'appui pour le patient : « *durant la tension maximum, le patient est confronté à son désir profond de fuir la réalité* (p.87) ou encore « *Le patient se trouve alors dans un véritable*

*équilibre tensionnel et dans l'incapacité d'utiliser des fuites compensatrices dans son propre corps à moins de le désirer vraiment » (p. 87). C'est là qu'il situe le relai au patient, quand soit il « refuse d'effectuer, pour des raisons qui lui sont propres, les 2/3 du chemin restant ou au contraire accepte de profiter de ce point d'appui temporaire pour se propulser dans un élan vital nouveau » (p.87). Ainsi, l'auteur, dans son schéma (p.88) résume la participation du patient en deux facteurs : l'un s'appuie sur la mise en jeu de la réaction du fascia : « plus la réaction interne se fait rapidement dans le temps, plus forte est la réaction physiologique interne du patient » (p. 65). L'autre consiste en une « coopération mentale et physiologique » (p. 88).*

### **5.3.Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « La vie entre les mains »**

Fiche signalétique

Titre du livre : La vie entre les mains

Année de parution : 1989

Auteur : D. Bois & E. Berger

Nombre de pages : 111

#### **5.3.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

On distingue plusieurs évolutions : tout d'abord le point d'appui se spécialise. D.Bois donne ainsi les enjeux de cette spécificité : « (...) les points d'appui devinrent de plus en plus codifiés, répondant à tous les cas de figure. Ainsi furent développés les points d'appui tissulaire et périosté, à visée essentiellement mécanique, le point d'appui liquidien, concernant la pulsologie et intéressant les fatigues chroniques, les déficiences immunitaires, les dérèglements neuro-végétatifs par exemple, et surtout le point d'appui de la dynamique vitale, sollicitant toutes les composantes du potentiel d'autoguérison » (p.22). Ainsi on découvre qu'il n'existe pas un mais des points d'appui mettant en jeu des tissus différents : le fascia pour « le point d'appui tissulaire » (pp.85-86) par l'intermédiaire de « sa dynamique contractile élastique » (p.85); le périoste pour « le point d'appui émotionnel » (pp.86-87) par

l'intermédiaire de « sa mouvance » (p.86); le sang pour « *le point d'appui liquidien* » (p.87-88) mettant en jeu « son flux » (p.87) ou « la participation du patient dans le processus de guérison » (p.88) par « *le point d'appui mental* » (p.88) et enfin les défenses naturelles du corps dans « *le point d'appui à la dynamique vitale* » (p.89-90) stimulées afin de leur permette de « *participer à la guérison* »(p.89).

Par cette phrase « *Le point d'appui incite toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise* » (p.95) l'idée semble toujours de dissoudre le plus possible les empreintes figées dans le corps et faire retrouver à la dynamique vitale « son entière liberté d'expression » (p.22). Danis Bois met donc au point le point d'appui mental, résultante des points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien appliqués dans le même temps : « *ainsi naît la trilogie fascia/sang/périoste, trilogie abordée dans un même geste thérapeutique* » (p.21). En ce qui concerne le geste lui-même, ce qui est mis en jeu, ce sont les crispations des fascias dans « l'enroulement ou déroulement du fascia » (p.85) ou pour le périoste d'une « *recherche de ces zones de ralentissement* » (p.86). Pour la dynamique vitale la main du praticien « [...] *capte la dynamique vitale dans tous les tissus, dans un contact direct, et la dirige vers des zones endormies* » (p.89-90).

Dans un deuxième temps, on retrouve la notion « *arrêt circonstancié* » (p.85), la circonstance étant décrite comme « *un moment indiqué par le corps lui-même* » ou encore « *quand le corps le lui demandera* » (p.86) signifiant l'expression d'une volonté interne autonome du corps du patient.

D. Bois confirme l'importance de la pression manuelle quand il dit : « *Le rôle de la pression est fondamental* » (pp.85-86). La notion de « *pression juste* » est développée et associée à deux paramètres : *le lieu où elle s'applique et son intensité* : « *elle doit s'appliquer exactement là où le corps la réclame, et selon une intensité correspondant rigoureusement à son attente* » (p.86). Par la phrase, « *Il n'existe pas deux pressions identiques* » (p.86) l'auteur nous résume le caractère d'adaptabilité que doit avoir la pression manuelle. A propos des pressions, on retrouve la notion de « *volonté* » du tissu quand il nous est indiqué qu'elles « *sont plus ou moins profondes selon le désir du tissu* » (p.86); Enfin, la pression est entrevue comme « *une puissance de pénétration, toujours accompagnée par la conscience* » (p.86), ce qui la différencie d'un « *banal appui* » (p.86).

### 5.3.2. L'intention visée par le praticien

**Curative** : D. Bois situe d'abord, en s'adressant au patient, en quoi le fasciathérapeute peut l'aider dans la gestion de sa santé: « *Votre point d'appui de base a été atteint et vous avez besoin d'un point d'appui curatif : le fasciathérapeute peut vous l'apporter* » (p.84) ou encore : « *La Fasciathérapie-Pulsologie MDB vous propose un point d'appui manuel curatif destiné à se substituer au point d'appui que vous avez perdu* » (pp.73-74). On comprend qu'un traitement est un véritable « *Sos point d'appui* » (p.92) dans lequel l'intention du praticien est mobilisée pour inciter « *toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise* » (p.95), mais aussi pour « *extraire la dynamique vitale, de la stimuler afin de permettre aux défenses naturelles du corps de participer à la guérison* » (p.89).

**Diagnostique** : Il s'agit pour le praticien de déceler et d'interpréter le langage et les effets tissulaires déclenchés par le geste thérapeutique. Ici, le diagnostic porte sur les « zones de ralentissement » quand il dit : « *Déceler, interpréter et libérer toutes les zones de ralentissement du flux sanguin est le but primordial du fasciathérapeute* » (p.87) ; L'auteur nous livre, aussi, une lecture des paramètres des effets du point d'appui au travers de deux paramètres : « *le délai d'apparition de la tension* » (p.95) ou « *son intensité* » (p.95) ;

**Educative** : Il est question aussi d'un enjeu d'éveil de la conscience dans l'objectif de faire participer le patient à son processus curatif : « *Il [le point d'appui manuel] a pour vocation de créer un éveil de la conscience à la dynamique vitale, afin de propulser le patient, si cela est possible, vers un point d'appui réel* » (p.74).

### 5.3.3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui

**La Tension Régénératrice** : On note que l'auteur assimile le point d'appui manuel à « *une résistance constructive offerte au corps pour lui permettre de solliciter son potentiel d'autoguérison* » (p.47). Il donne plus d'informations en introduisant, pour la première fois, le terme de « tension régénératrice » : « *Cette manœuvre fait naître une tension régénératrice perçue à la fois par le patient dans son corps et par le thérapeute sous ses mains* » (p.95). Il situe cette tension régénératrice comme « *la manifestation du travail de la dynamique vitale* » (p.95). On accède ici au lien entre l'apparition de la tension régénératrice, le travail de la dynamique vitale et le potentiel d'autoguérison du corps.

Il est aussi question d'une évolution de cette tension avec une phase de croissance, puis un seuil maximum, puis un lâcher prise : « *Quand la tension continue à croître, elle arrive à son seuil maximum où intervient le lâcher-prise* » (p.95). La qualité de cette évolution est représentée sous le nom d' « **échelle de réaction de la dynamique vitale au point d'appui** » (figure 5). Cette échelle qualitative de lecture de la réaction au point d'appui manuel comporte deux volets : d'un côté l'échelle de réaction de la dynamique vitale dans le corps du patient et de l'autre côté un parallèle avec la réponse « non révélée » ou interne du patient livrant comment le patient intègre et vit le point d'appui . Se dégage un paramètre temporel au travers du délai d'apparition de la réaction de la dynamique vitale, indiquant le degré de vitalité du patient. « *Plus il est court, plus la vitalité est importante* » (p.95). Un deuxième paramètre nommée « intensité » est le premier barreau de ce schéma et signe l'ampleur de la réaction ou de la tension créée par le point d'appui et révèle ainsi le potentiel de vitalité du corps qui se délivre réellement. Mais en même temps, ce critère nous donne à percevoir l'acceptation du patient de cette mise en travail donnant cette corrélation : plus l'intensité est grande, plus l'acceptation est grande aussi et à contrario : « *une intensité stagnante signe bien souvent un refus du lâcher prise mental* » (Ibid., p.96). L'intensité semble avoir un caractère évolutif puisqu'elle atteint au troisième barreau un seuil maximum. C'est au seuil maximum qu'intervient le lâcher prise perçu par le patient sous forme de chaleur « *comme si son corps était heureux de se débarrasser d'un poids* » (ibid., p.96) ou le choix de fuir.

Cette échelle nous livre un troisième barreau qui semble participer du seuil maximum : c'est la notion d'étendue. La corrélation qui nous est faite avec la notion de participation du patient est différente de l'acceptation et signe plutôt le lien entre la globalité somatique (l'étendue sollicitée) et la globalité psychique (la participation).

**Effet sur la transformation du tissu** : Les effets du point d'appui se lisent à plusieurs niveaux tissulaires suivant que le point d'appui s'adresse aux fascias, au périoste, à l'os ou au sang. Le point d'appui tissulaire libère la crispation du fascia et « le lâcher-prise tissulaire donne lieu à un rythme ayant retrouvé toute son intégrité » (p.86). Au niveau de l'os, il est décrit la perception d'une « sensation élastique, sorte de mouvance intérieure de l'os. Comme si la matière se « déstructurait » (p.54). Au niveau du périoste les densités du périoste

disparaissent : « Lorsque le point d'appui émotionnel est parfait, la dynamique vitale se mobilise entièrement pour libérer la densification du périoste » (p.86) et il est perçu de la chaleur : « le lâcher-prise qui fait suite s'accompagne d'une tiédeur liquidienne » (p.87). Le point d'appui liquidien s'adresse autant à la quantité et à la qualité du flux sanguin. Le lâcher-prise « rétablit l'intégrité physique et énergétique du flux sanguin : une chaleur douce envahit le corps du patient, lui procurant une sensation de grand bien-être » (p.88).

**Effets expérientiels et existentiels :** tout d'abord, il est décrit une chaleur associée à un bien-être ou un sentiment de soulagement : « *Le patient sent alors une chaleur l'envahir comme si son corps était heureux d'être débarrassé d'un poids* » (p.96). Ensuite, on assiste à la possibilité pour le patient d'accéder à des vécus forts et très signifiants décrits comme une rencontre bienfaisante : « *C'est la fameuse rencontre : le patient perçoit une sensation savoureuse émanant de toutes ses cellules, une énergie chaleureuse réchauffant son corps, et un sentiment de bien-être particulièrement régénérateur* » (p.90) ; ou comme un véritable rendez-vous susceptible de changer le rapport à la maladie : « [...] *le rendez-vous conscient avec la dynamique vitale est réellement une renaissance pour le patient qui sent son corps participer pleinement à la guérison. Il ne se sent plus seul face à la maladie. Il a le sentiment profond que son corps a acquis une puissance capable de gagner des paris impossibles. Son corps a simplement retrouvé la vie. Le patient peut partir à la conquête de la guérison totale ; guérir sa vie devient son principal objectif...* » (p.90). L'auteur envisage même un prolongement de cette rencontre au-delà du paradigme de la santé : « *il s'agit d'un objectif plus ambitieux encore : redécouvrir la vie* » (p.102).

#### **5.3.4. Le principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** On retrouve la notion de « *pouls cosmique* » (p. 48) comme expression universelle de la vie alimentant toutes les cellules du corps : « *Toutes les cellules de l'organisme sont en fait animées par un pouls cosmique, universel, capté et " dispatché " dans tout le corps par le cœur énergétique, véritable " artère du cosmos "* » (p.48) ; S'éloignant de la rythmicité du M.O.C, D.Bois lui attribue une rythmicité de douze cycles par minute. Le caractère d'universalité est entendu comme « *n'étant pas encore individualisée [...] non spécifique* » (p.49), sa fonction « (...) *une énergie qui sous-tendrait la vie* » (p. 42).

**Expression de la vie dans le corps :** On découvre une autre force, un « *joyau du corps* » (p.42) : « la dynamique vitale », décrite comme « *un élan essentiel qui crée la vie organisée dans un corps* » (p.42). L'auteur souligne que le corps témoigne de cet élan essentiel sous deux formes allant de l'éthéré au matérialisé : « *A ce niveau (le non-révéle), la dynamique vitale se rencontre dans son état énergétique* (p.48). « (...) *l'énergie originelle correspond à l'intelligence de la dynamique vitale, et se manifeste sous une forme spiralée.* (p. 55). On la retrouve aussi sous sa « forme physiologique tissulaire » (p. 23). Ainsi, cette force, quelque sorte sa forme « *se manifeste dans le corps et contribue à l'animer* » (p.48).

**Structure d'accueil organique :** On découvre deux principes à cette matérialisation : tout d'abord elle « *se fait sur quatre supports physiques* » et « *Selon une organisation très précise* (p.48): la cellule (via le M.O.C : motilité oscillatoire cellulaire) ; le fascia (activité contractile élastique) « La dynamique vitale se manifeste en effet à ce niveau (tissus) par une succession de mouvements invisibles à l'œil nu, d'enroulement et de déroulement, selon une vitesse, une orientation et une cadence particulières » (p. 85) ; le sang (conscience du sang) « Le sang est en effet le vecteur de la vie sous toutes ses formes jusqu'à la plus subtile : il transporte la conscience de la dynamique vitale » (pp. 87-88) ; l'os (mouvance périostée).

Ensuite que « *ces matériaux nobles de l'organisme* » (p.49) sont aussi le lieu dans lesquels s'exercent des enjeux individuels ce qui fait dire à D. Bois : « *Les forces qui s'opposent à la dynamique vitale) vont constituer des freins qui transforment ce potentiel universel en capital individuel. Cette " individualisation " de la dynamique vitale se fait par les tissus nobles de l'organisme : le fascia, le sang et l'os* » (p. 49)

Comme le corps physique est organisé en fonctions neurobiologiques, la dynamique vitale porte avec elle des fonctions universelles pour l'homme : « *En définitive, la dynamique vitale est à la fois une conscience qui capte (fonction réceptive), une pensée originelle qui informe (fonction informative), une énergie qui anime (fonction rythmique)* » (p. 45) ;

### **5.3.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

**Qualité d'écoute :** On note que D. Bois utilise, pour la première fois le mot « conscience » pour parler de la qualité d'écoute du praticien requise pour capter ce qu'il nomme « l'infiniment profond » (p.23) ou le « non révéle (p.50) « *Et la conscience est une écoute*

*exceptionnelle qui respecte toujours la demande » (p.101). Il précise qu'elle doit être 'aiguillée' : « Seule une écoute accompagnée d'une conscience aiguillée peut capter ce code » (p.50), ou encore « éveillée » (p.95).*

**Neutre et actif :** Un autre élément est le lien étroit entre la main et la conscience du praticien : « *La main d'un fasciathérapeute professionnel doit être le prolongement de sa conscience » (p.101). Cette écoute est réfléchie et amène à des décisions : « Seuls l'écoute et le respect de la part du thérapeute savent renoncer à une libération trop précoce » (p.95) ; L'auteur nous fait pénétrer l'enjeu de s'appuyer sur la demande du corps. En effet, il affirme à deux reprises, en parlant du corps : le corps sait et connaît mieux que le thérapeute ce qu'il lui convient : « C'est pourquoi le point d'appui émotionnel demande une écoute parfaite et un respect total de la demande du corps : il sait, lui, ce qu'il peut s'autoriser » (p.86) et encore « La main ne dirige pas le mouvement ; elle se contente d'accompagner scrupuleusement le voyage du fascia. Celui-ci connaît son malaise mieux que quiconque » (p.85). On comprend ici que l'écoute et l'accompagnement tissulaire, pourtant être actifs, doivent se laisser imprégner du respect d'une demande qui s'exprime par le tissu. Dans ce dialogue tissulaire avec le corps, « Les mains du fasciathérapeute se laissent guider » (p.88) et deux qualités semblent requises : « solidité » (p.84) et « humilité » (p.100).*

### **5.3.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

#### **▪ Entre patient et thérapeute**

**Confiance :** La notion évoquée ici situe l'importance et la qualité de la subjectivité du patient dans le ressenti de la valeur accordée à la relation thérapeutique engagée. Le ressenti en terme de neutralité semble directement en lien avec l'acte d'accorder la confiance: « *La confiance d'un corps se mérite. Le corps du patient sait toujours repérer en vous une parcelle de jugement. Seules, la neutralité et l'humilité peuvent rompre la méfiance et susciter la confiance » (p.100).*

**Conditions perceptives de la relation :** il est indiqué deux conditions à cette relation. Tout d'abord une qualité de silence intérieur du praticien « *Ceci est révélé dans le silence, quand le mental se tait » (p.48), puis une attitude intériorisée « Seule une attitude d'intériorisation et*

*en particulier le silence peut le capter » (p.15) mais une attitude qui vise à capter des manifestations de « l'infiniment profond » (p.23).*

**La relation en elle-même :** D. Bois nous situe d'abord cette relation comme une rencontre nommée communion de deux intériorités en lien avec leur propre dynamique vitale : *« Communier avec un patient suppose une relation intemporelle entre la conscience de la dynamique vitale de l'un et celle de l'autre » (p.47)*, la notion d'intemporalité indiquant la nouveauté du rapport au temps qui s'y exprime. On apprend aussi que cette capacité de rencontre appartient à tout humain : *« la capacité à la rencontre avec un être est en quelque sorte innée » (p.101)* et que le rapport spatial en est totalement modifié pour le praticien puisqu'il y a création d'une unité d'action basée sur la disparition du séparant : *« Elle [la rencontre] se produit quand vous avez annulé tous les espaces : espace entre votre conscience et votre main, espace entre votre main et le corps de l'autre » (p.101)*. Cette disparition des clivages dans le corps thérapeute apparaît aussi dans l'organisation corporelle de son patient et transforme la relation en un lieu d'unité : *« S'il a particulièrement aiguisé sa conscience, la barrière osseuse disparaît totalement, et laisse libre accès à l'intériorité réelle de l'être. Il n'y a alors plus aucun espace entre le praticien et sa propre intériorité, entre le praticien et le corps de l'autre, entre la dynamique vitale de l'un et celle de l'autre » (p.54).*

#### ▪ **Participation du patient**

**Confrontation :** Apparaît dans ce livre une trilogie : mental /corps/dynamique vitale mettant en jeu, au point d'appui deux forces dynamiques opposées ou « désirs » (p.88) sollicitant le patient dans sa capacité d'autorégulation : *« Le point d'appui mental<sup>24</sup> met le patient face à lui-même de manière consciente ou inconsciente, mais toujours incontournable. Mobilisé dans toutes ses possibilités d'autoguérison, il est en effet forcément confronté à la cause originelle de sa maladie et à sa capacité à l'intégrer. En lui se heurtent alors deux désirs contradictoires (souvent inconscients) : la dynamique vitale veut aller vers la vie, le mental refuse de lâcher-prise et désire conserver son ascendant sur le corps. Lequel va l'emporter ? » (pp.88-89)*. Danis Bois nous offre une description précise d'un moment dans lequel le mental d'un patient ne cède pas, trouvant des attitudes de « fuites » : *« sa respiration se*

---

<sup>24</sup> Rappel : le point d'appui mental est celui qui met en jeu à la fois le fascia, le sang et le périoste dans un même geste

*bloque, ses tissus se crispent, il a froid, il ouvre les yeux ou se met à parler.... » (Ibid., p.89). Il apparaît que ce soit au thérapeute de s'adapter : « il devra alors proposer d'autres point d'appui plus conformes aux capacités présentes du patient » (Ibid., p.89).*

**Lâcher prise :** Apparaît dans la phase du lâcher prise le rôle du patient : « *La guérison est en effet toujours une affaire de lâcher-prise dont la responsabilité revient au patient* » (p.84). Le praticien peut percevoir cet enjeu comme : « (...) *le désir profond de guérir* » (p.84). Il est question aussi de l'amplitude du lâcher prise qui peut ne pas être total d'emblée : « *le lâcher-prise véritable exige une libération conjointe du tissu, de l'émotion, et du mental. Si l'un de ces paramètres fait défaut, il n'y a pas lâcher-prise mais soulagement temporaire* » (p.84). Il apparaît que les conditions d'un lâcher prise sont dépendantes de trois facteurs : de la méthode « *Pour obtenir une guérison complète, j'ai donc développé différents points d'appui manuels, chacun visant à déclencher un lâcher-prise correspondant* » (p.85) ; du savoir être du thérapeute « *En revanche, quand la solidité du thérapeute le permet [...], le mental peut lâcher prise. La libération obtenue concerne alors tous les paramètres du problème traité* » (p.89) ; et du moment du patient : « *et que le moment est le bon* » (p.89)

**Place du patient dans le devenir du point d'appui :** nous assistons à un enjeu nouveau, celui de la passation de témoin du thérapeute au patient : « *Il faut être capable d'anticiper sur la capacité d'assimilation à long terme du patient* » (Ibid., 89). Nous découvrons dans l'accès, pour le patient, à la perception consciente de la dynamique vitale, plusieurs échelles d'enjeux : tout d'abord un enjeu de santé « *le langage du corps est universel. L'apprendre, l'écouter, l'interpréter, en tenir compte, vous permettra de mieux gérer votre 'capital vie et santé'* » (p.103). Puis un enjeu plus ambitieux : « *redécouvrir la vie* » (p.103). Pour le patient, la « *sensation intérieure* » devient l'appui qui remplace le point d'appui du praticien dans une pratique éducative sur soi faite d'exercices simples afin d'entretenir la dynamique vitale et pérenniser l'appui.

## 5.4. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Une thérapie manuelle de la profondeur »

Fiche signalétique

Titre du livre : Une thérapie manuelle de la profondeur

Année de parution : 1990

Auteur : D. Bois & E. Berger

Nombre de pages : 163

### 5.4.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui

Tout d'abord, on voit que la définition du point d'appui est entrevue de trois façons : d'abord comme un arrêt de la mouvance des tissus : « *un arrêt circonstancié de la dynamique contractile élastique dans ses paramètres tissulaires et énergétiques* » (p.108) ; ensuite il semble être une des phases du traitement en fasciathérapie « *le point d'appui constitue la phase durant laquelle le corps se met en travail pour se normaliser* » (p.139) ; et, plus globalement : « *le geste thérapeutique proprement dit est un point d'appui manuel curatif* » (p.108).

D. Bois nous offre une description du protocole d'action du point d'appui qui reprend les deux phases de suivi dynamique et d'arrêt déjà entrevues :

#### Phase dynamique

Apparaît de manière nouvelle, la notion de « pression de relation » dont la fonction est de « *susciter les confidences du corps* » (p.93) et « *la mise en confiance du corps* » (p.93). Dans ce contexte, la notion de « *volume vivant* » (Ibid., p.135) est employée pour décrire ce que perçoit le praticien dans le corps du patient lorsque la main capte à la fois le voyage du tissu et « l'onde énergétique ». Cette perception volumique du corps, en trois dimensions en quelque sorte, est opposée à la perception du corps en « *nappes de surface* » (Ibid., p.135). On note aussi le terme de « *point d'ancrage* » (p.136) pour désigner une zone en restriction de mobilité à distance directement reliée à la main par l'élasticité tissulaire et mise en jeu dans un suivi dynamique souvent en sens inverse des deux mains du praticien (une en traction,

l'autre en butée). Il est dit que c'est à partir de ce point d'ancrage situé « à distance » de la main que le « *thérapeute devient capable de situer à distance les lésions responsables de la perturbation qu'il sent sous les mains* » (Ibid., p.137).

### **Le point d'appui**

Sa définition inclut à la fois la mise en tension extrême de l'élasticité tissulaire et la perception d'une demande du corps : « *En d'autres termes, proposer un point d'appui consiste, après avoir accompagné le voyage tissulaire et énergétique jusqu'au bout, à le stopper dans ses paramètres extrêmes. Cet arrêt lui-même doit obéir à une demande profonde du corps, qu'il faut donc savoir capter* » (p.109) ;

Il est nouveau de lire que, « *pour susciter une réaction de qualité, le point d'appui manuel doit allier : — un toucher relationnel respectant l'intensité, le moment, et la localisation désirés par le patient ; — une pression périostée juste ; — et surtout : un arrêt circonstancié de la dynamique contractile élastique dans ses paramètres tissulaires et énergétiques, verrouillée par la solidité posturale et la qualité de présence du thérapeute* » (p.109). On observe une nouveauté dans les conditions de mise en jeu d'un point d'appui : c'est la notion de « *toucher relationnel* » (p.109). Il semble que ce qui était décrit comme "présence du praticien" et "demande du corps" soit regroupé sous le nom de « *toucher relationnel* ». Notons enfin que la pression de pénétration dans le périoste est décrite comme pouvant être « *linéaire, plus ou moins oblique ou spiralée suivant l'orientation qui domine la mouvance à cet instant* » (Ibid., p.100), et qu'elle peut être associée à une traction globale de « *toute la gaine osseuse* » (Ibid., p.100). Elle prend alors le nom de « *crocheté périosté* » (Ibid., p.100) mettant en jeu toute une « *zone de travail à distance* » (Ibid., p.100).

**Le lâcher-prise :** D. Bois décrit très précisément le paradoxe qui naît du relâchement de la TRE au sein du maintien du point d'appui : « *après le seuil max d'intensité de la tension régénératrice exponentielle, le thérapeute sent la tension disparaître sous ses mains, alors même qu'il a parfaitement maintenu son point d'appui : c'est le lâcher-prise qui signe la normalisation du point d'ancrage travaillé* » (p.113) et la résolution du point d'appui en terme de mouvement dans le tissu : « *Le thérapeute suit alors le nouveau voyage indiqué par le tissu à la sortie du lâcher-prise, et effectue un nouveau point d'appui* » (p.113). Il nous

indique aussi les caractéristiques générales de ce lâcher prise : « - *le lâcher-prise apparaît toujours après le pic maximum de la tension régénératrice ; - sa durée est égale au temps de travail de tension régénératrice exponentielle - il indique un nouveau voyage, amplifié - L'effondrement qui fait suite révèle un autre voyage, déjà plus libre - il permet de pénétrer plus profondément dans la mouvance périostée – il donne accès à plus de profondeur* » (pp.113-114)

D. Bois dégage aussi la notion de « *points d'appui préparatoires* » (Ibid., p.142), sorte de balises participant du processus du lâcher prise : « *la phase du lâcher-prise est essentielle car ses caractéristiques nous indiquent la conduite à tenir pour la suite du travail, comme si un 'chemin initiatique' se déroulait de lâcher-prise en lâcher-prise, remontant l'histoire de la maladie* » (p.114). Lorsqu'il n'est pas possible que ce lâcher-prise se fasse, le point d'appui sera compris comme « *trop performant au regard de la capacité d'assimilation du corps* » (Ibid., p.112).

#### **5.4.2. L'intention visée par le praticien**

**Curative :** On retrouve l'intention vu du point de vue du praticien dans une optique de solliciter l'autorégulation du corps : « *obtenir une réelle réaction interne de normalisation suppose de mettre le corps en position de s'auto-guérir* » (p.108 ; p.109) par le média du point d'appui « *le point d'appui constitue la phase durant laquelle le corps se met en travail pour se normaliser* » (p.139).

**Diagnostique :** Il s'agit encore d'une lecture, mais, cette fois, de ce qui se passe au sein du point d'appui dans une optique de « bilan » (p.138). Par exemple, la T.R.E créée par le point d'appui donne à lire l'organisation de la réponse au sein du corps sous forme de « *zone fermée prédominante, c'est à dire celle qui est le plus directement responsable de la souffrance tissulaire* » (p.138) par le fait qu'elle est la première concernée par la tension régénératrice exponentielle au point d'appui, et que c'est dans cette zone que l'espace entre la main et les points d'ancrage s'y combleront (en sensation de volume pour le praticien) en premier : « *la zone fermée prédominante se manifestera de la manière suivante : [...] c'est dans cette zone que la tension régénératrice évoluera le plus vite et comblera le plus rapidement l'espace entre la main et le point d'ancrage concerné* » (p.139). Il parle aussi d'accéder aux « *chaines fonctionnelles d'accommodation* » (p.140) par le biais des îlots de tension.

**Diagnostic et curative :** D. Bois insiste sur la simultanéité des deux actions dans l'acte thérapeutique : « *bilan manuel/geste thérapeutique permise grâce au contact en temps réel avec l'ensemble des manifestations de la vie tissulaire* » (p.92).

**Relationnelle :** Il est question, et c'est nouveau, du rôle du point d'appui dans la mise en lien de différents niveaux de langage corporel : « *le point d'appui constitue un élément intermédiaire, ou plutôt de jonction, entre le langage de la profondeur et le langage tissulaire* » (p.111) ; nous laissant présager que le praticien, sur ce fondement, peut orienter son intention en ce sens. On trouve aussi une fonction de la TRE de combler des espaces : « *la tension régénératrice évoluera le plus vite et comblera le plus rapidement l'espace contenu entre la main et le point d'ancrage concerné* » (pp. 138-139).

### **5.4.3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

**Effet sur la globalité :** Il est question de mise en jeu de « *points d'ancrage* » (p.113) ou « *zones d'ancrage* » considérées comme des freins tissulaires ou périostés situées à distance de la zone où sont posées les mains du praticien. D. Bois nous donne l'intérêt d'étendue de ces points d'ancrage « *Tout geste thérapeutique englobe cette étendue : c'est là la spécificité de notre geste, qui permet la normalisation à distance par le biais de l'élasticité tissulaire* » (p.140). On trouve aussi l'émergence de « *zones fermées* » (p.137) situées comme « *responsables de la lésion tissulaire* » (p.135) ou encore comme traduisant « *une accumulation excessive d'une tension énergétique de compensation* » (p.137).

Il apparaît aussi la notion « *d'îlots tensionnels* », qui apparaissent lorsque le praticien a installé toute une étendue de travail : « *Lorsque le travail de libération du corps est ainsi installé dans toute la zone intéressée, apparaissent des îlots tensionnels* » (p.140). Ils sont définis comme « *des zones qui spontanément participent au travail de normalisation, alors qu'elles n'entretiennent aucune relation anatomique avec la zone actuellement mise en tension* » (p.140). Leur participation à créer de la globalité semble primordiale, nous dit D.Bois car « *ils augmentent considérablement l'étendue de l'impact thérapeutique, tant en surface qu'en profondeur* » (Ibid., p.141). Il est question de « *champ clos* » créé par ces îlots : « *Les zones de travail à distance [...] peuvent aussi apparaître spontanément sous forme d'îlots de tension qui créent un champ clos de travail autour du point d'appui* » (p.111). D.

Bois leur donne une signification pathologique : « *les îlots tensionnels reflètent les chaînes fonctionnelles d'accommodation* » (p.140).

**Effet sur la tension régénératrice :** Il est question d'une « résistance constructive » pour nommer la mobilisation du potentiel d'autoguérison : « (...) il [le point d'appui] est un geste thérapeutique offrant au corps une résistance suffisamment constructive pour mobiliser son potentiel d'autoguérison, c'est-à-dire la volonté physiologique de la dynamique vitale » (p.108). elle prend, de manière nouvelle, le nom de « *tension régénératrice exponentielle* ou *T.R.E.* englobant la région concernée par le point d'appui » (p.109) ; tension régénératrice car « *expression directe de la dynamique vitale qui se mobilise à travers l'élasticité des fascias* » (p.109), et exponentielle pour montrer la mobilisation croissante des tissus selon le schéma (annexe 6) ,sous la forme d'une pente à 4 paramètres nommés comme « *très codifiés* » ( p.109) : le délai d'apparition, l'intensité, l'étendue mettant en jeu les zones à distance, le seuil maximum, « *phase ultime de la tension régénératrice et...moment critique* » (p.111) pour le patient puisque c'est le moment où il est « *confronté à la fois à son désir de guérir et à son désir de fuir* » (p.111). L'enjeu de cette tension dans le corps est clairement donné : « *Cette tension [TRE] reflète l'action normalisatrice tissulaire et énergétique*» (p.109). L'auteur parle d'« *effondrement* » (p.118) pour exprimer la perception du relâchement de la T.R.E sur le plan tissulaire.

**Normalisations :** L'auteur introduit le mot « normalisation » pour désigner le lâcher prise et le retour à la physiologie. Il concerne tous les niveaux : « *Si un point d'appui englobe un travail tissulaire, liquidien et énergétique, le lâcher-prise qui suit montre la normalisation de tous ces niveaux* » (p.114). Citons pour le fascia que les points d'appui successifs restituent l'intégrité de la dynamique contractile élastique du fascia et de ce fait « *rend peu à peu à l'articulation sa rythmicité normale* » (p.120). Pour les liquides, apparition d'une « *pulsologie provoquée*<sup>25</sup> » (p.129) ou « *subtile*<sup>26</sup> » installant « *un équilibre nouveau de tout le système neuro-vasculaire et du métabolisme cellulaire, tissulaire, et organique. Plus*

---

<sup>25</sup> Il s'agit de libérer la crispation fasciale ou le point d'ancrage périosté exerçant une contrainte mécanique au niveau de la macrocirculation ou de la microcirculation (p.129)

<sup>26</sup> La libération liquidienne découle d'un point d'appui parfait, quel que soit le but premier de ce point d'appui. [...]

*subtilement elle indique toujours que la conscience de la dynamique vitale véhiculée par l'énergie du sang a réintégré la zone qu'elle avait désertée » (Ibid., p.130). Notons enfin que cette réintégration de l'énergie à la matière » (p.117) induite au point d'appui et leur synchronicité au sein d'un rythme se perçoit par une sensation d'expansion, un « gonflement...souvent accompagné par un soupir du patient » (Ibid., p.117).*

#### **5.4.4. Le principe de force**

**Principe du vivant :** Dans son principe universel, il est considéré ici comme « (...) *potentiel énergétique de la vie elle-même* » (p. 85) ; ou encore comme une « (...) *puissance de vie au service du corps* » (p. 44)

**Expression de la vie dans le corps :** Mais c'est surtout l'expression de ce principe universel sous la forme de la D.V qui anime le geste thérapeutique : « *Toutes les cellules du corps sont pour moi animées par un même moteur : la dynamique vitale. Dynamique, parce qu'il s'agit d'une puissance énergétique en mouvement : vitale, car l'intégrité physiologique de tout l'organisme dépend de sa libre circulation* » (p. 58). A son sujet, D. Bois précise les conditions de sa perception et son enjeu : « *L'existence de la dynamique vitale ne relève pas d'une quelconque hypothèse ; elle est une réalité vécue, rendue palpable par une conscience posée sur elle. Elle ne concerne pas seulement le domaine de la santé : elle est surtout la clé de la redécouverte de la vie* » (p. 58). Les fonctions de la dynamique vitale évoluent et on retrouve sous le nom de « conscience fondamentale autonome<sup>27</sup> » (p.59) les fonctions de réception et d'information que l'auteur définit ainsi : « (...) *la conscience fondamentale autonome, autonome parce qu'elle capte, enregistre et informe [...] sans utiliser le support des substratums anatomophysiologiques* » (p. 59). On comprend son rôle comme médiateur d'une humanité qui vit dans l'homme : « (...) *la conscience fondamentale, elle, vise la vie elle-même, c'est à dire l'installation d'un état intérieur au contact permanent de la dynamique vitale* » (p. 59), puis l'enjeu de justesse qui s'y rapporte « *Sa particularité essentielle est d'être une conscience juste au vu des exigences les plus profondes de notre être* » (p. 59), enfin la nature de la relation perceptive et adaptative qu'elle engendre à son

---

<sup>27</sup> Conscience fondamentale autonome : conscience propre à la dynamique vitale capable de capter une information et d'y répondre hors de tout contrôle nerveux. Régit l'adaptation spontanément juste du corps aux événements.

contact « (...) génère dans l'instant une réaction silencieuse qui se produit hors de la conscience intellectuelle de l'individu : cette réaction traduit l'adaptation autonome de notre organisme aux événements, adaptation hélas trop souvent non révélée » (p. 60). Il l'appelle aussi le « *cerveau de la vie* » (p.62). Il nous précise son caractère universel dans le corps : « à l'origine une énergie spiralée, une intelligence en mouvement, qui préside à l'extraordinaire élaboration humaine » (p.62).

**Processus de matérialisation du vivant :** Les deux autres piliers sont tout d'abord la conscience du sang<sup>28</sup>, « semblable à un "ouvrier" qui se servirait du mouvement de la dynamique vitale pour créer la forme » (p.62) et qui diffuse l'énergie dans la matière, puis la dynamique contractile élastique<sup>29</sup> du fascia, véritable « poumon de la vie » (p.62) qui a la responsabilité de relayer l'animation rythmique sous forme de « *mouvements d'enroulement et de déroulement, mouvance tridimensionnelle* » (p. 87) . Cette trilogie de consciences est appelée « *les 3 piliers du non révélé*<sup>30</sup> » (p.61).

On observe aussi, dans ce livre, que la notion de force interne du corps, fait place pour la première fois à la notion de "mouvement" : « *Pour nous, le corps ne saurait en aucun cas être réduit à une mécanique, si complète soit-elle. Il est aussi un formidable réservoir de puissance énergétique, qui constitue l'expression la plus subtile de la vie, et qui s'exprime dans le corps par un mouvement* » (Ibid., p.153).

**Equilibre des forces dans le corps :** Au point d'appui, les forces en rapport ne sont donc plus deux forces mais « *deux lois contraires* » (Ibid., p.73) ou « *volontés* » (Ibid., p.73) qui s'opposent : d'un côté, « *la volonté physiologique de la dynamique vitale qui va vers la vie et la santé* » (Ibid., p.73) et, de l'autre côté « *la volonté lésionnelle du tissu, qui par ses crispations et ses points d'ancrage reflète toujours les compensations pathologiques* » (Ibid.,

---

<sup>28</sup> Conscience du sang : énergie animant le sang, et constituant la première expression de la dynamique vitale au service de la matière

<sup>29</sup> Dynamique contractile élastique : mouvement rythmique infime d'enroulement et de déroulement du fascia. Expression tissulaire, linéaire et organisée, de la dynamique vitale transmise par l'élasticité tissulaire (Bois D., 1990, p. 44).

<sup>30</sup> Non révélé : ensemble de phénomènes en relation avec le corps, non identifiés par les investigations scientifiques, et non perçus par la conscience de l'individu

p.73). Nous pouvons voir, dans le mot « volonté » le sens d'une appropriation de ces forces dans l'homme.

#### **5.4.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

**Posture générale :** il est question d'une compétence du praticien en lien avec « d'autres outils que la parfaite maîtrise de la théorie anatomique et de la technique manuelle » (p.154). D. Bois nous situe cet enjeu : « *Derrière une thérapie, il y a le thérapeute, et derrière le thérapeute il y a l'homme. seul le travail personnel vers plus de conscience donnera au thérapeute l'outil, qui, allié à sa main, lui permettra d'accéder aux niveaux les plus subtils de la maladie* » (p.154). En nous définissant le geste en Fasciathérapie comme « *l'adéquation parfaite entre une demande, une réponse, et une présence* » (Ibid., p.26) D. Bois nous introduit aux qualités du praticien : « l'alliance parfaite entre un savoir scientifique rigoureux, une conscience aiguisée, et une main entraînée à capter le 'présent' tissulaire » (Ibid., p.22) . Il est question aussi d'une écoute juste (p.89), d'une position juste (p.87) et d'une main consciente (p.85) réunies sous le nom de « Principes de base » (Ibid., p.85) de la technique M.D.B.

La main consciente est ici considérée comme étant « *plus le fait de l'homme que du thérapeute : elle doit être le prolongement direct de la conscience, elle-même capable de capter le mouvement profond de la dynamique vitale* » (p.86). Elle est donc « (...) *une main intelligente au service d'une conscience aiguisée* » (p.85), une main qui « capte et vit le présent tissulaire » (p.86).

Il est question aussi « *d'écoute juste* » (p.89) pour définir la qualité de la perception mais aussi le niveau d'action dans 3 niveaux de profondeur : l'écoute tactile tissulaire (action mécaniste), « l'écoute de la profondeur », « l'écoute de la conscience » (p.91).

Enfin, il apparaît que la maîtrise du thérapeute change de registre : « (...) *savoir pour décider* » fait place à « *prendre conscience pour agir* » (p.85).

D. Bois nous résume l'efficacité qu'il confère à cette posture : « *La nature et la qualité de l'homme qui soigne peut déclencher une puissance d'auto-guérison, elle-même capable de réaliser ce qu'aucune technique ne pourrait faire...* » (Ibid., p.155).

**Neutralité active :** la neutralité se lit dans le caractère « scrupuleux » du suivi ou de la pression « *la main suit scrupuleusement* » (p.89); « *la pression doit respecter scrupuleusement l'intensité silencieusement souhaitée par le corps* » (p.93). Il est requis aussi du respect « *ainsi est réalisé un geste extrêmement respectueux : la communion de conscience à conscience éveille le potentiel d'auto-guérison du patient, et la normalisation se fait "de l'intérieur"* » (p.91) et ce respect semble lié à une autre qualité, la rigueur : « (...) *la rigueur qui conduit le traitement consiste à rechercher l'adéquation parfaite entre une demande infiniment profonde et silencieuse du corps, et le respect de la conscience autonome du patient qui dicte le geste thérapeutique* » (p.91). Dans la phase de suivi dynamique, le respect de la demande est une neutralité dans laquelle : « *le thérapeute ne tracte pas mais accompagne et prolonge le vouloir spontané du tissu* » (p.97). D. Bois nous invite à considérer aussi la neutralité active au travers de la participation du corps du thérapeute qui ne doit pas rompre le contact avec son patient : « *Lors d'une séance de M.D.B., tout le corps du thérapeute doit se mouvoir en harmonie synchrone avec cette vie tissulaire [...] et synchrones avec le mouvement profond du patient* » (p.87). C'est ce qu'il nomme la « *La position juste* » (p.87).

#### **5.4.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

- ***Entre patient et thérapeute***

On note d'abord que l'auteur donne situer le paramètre manuel de la pression comme un outil de mise en confiance sachant susciter un dialogue non verbal « (...) *la pression de relation est avant tout une mise en confiance du corps ; celui-ci sait qu'il peut se laisser aller à parler, et que la main du thérapeute répondra à ses attentes* » (p.93); dans ce dialogue, la relation semble intime puisque sollicitant « *les confidences du fascia* » (p.90). L'auteur définit ces contenus de vécus comme se donnant dans l'instant du présent : « *Chaque information captée est ainsi une prise directe avec la réalité dans l'instant de la vie tissulaire* » (p.89), demandant au praticien de s'adapter dans l'instant : « *Dans l'écoute tissulaire, la main suit scrupuleusement cette rythmicité en respectant son orientation, son amplitude, sa vitesse, sa cadence.; le thérapeute devient peu à peu un musicien qui découvrirait sa partition au fur et à mesure de son jeu* » (p.93). Il apparaît aussi une évolutivité liée au point d'appui lui-même :

« Lorsque le thérapeute parvient à obtenir un travail des points d'ancrage et des îlots tensionnels, le lâcher-prise concerne tous les niveaux : tissulaire, liquidien, énergétique, rythmique et émotionnel. Chacun de ces niveaux transmet un message qui lui est spécifique. Le thérapeute est alors emmené vers d'autres points d'appui, dont la nécessité se révèle au cours du lâcher-prise » (pp.141-142). Pour accompagner cette relation évolutive, les conditions sont données autant par la vie tissulaire que le corps du praticien : « (...) capter le présent tissulaire du patient et percevoir les manifestations énergétiques, tissulaires et corporelles de son propre corps » (p.86). On accède à la pensée de D. Bois concernant les conditions de la relation thérapeutique : « Il convient pour cela de « combler les espaces » existant entre la main du thérapeute et sa propre conscience autonome, entre la main du thérapeute et le tissu du patient, entre la conscience autonome du thérapeute et celle du patient » (p.89) ; quant au mode relationnel, il est donné comme une communion entre patient et praticien : « (...) la communion de conscience à conscience éveille le potentiel d'autoguérison du patient, et la normalisation se fait "de l'intérieur" » (p.91) ; On peut comprendre l'intérêt du caractère universel de la DV dans la communication entre les êtres humains, en particulier dans la relation thérapeutique : « (...) apparaît alors une analogie entre soi et l'autre : la dynamique vitale en tant que puissance physiologique de vie et de santé constitue la part universelle de chaque être humain, et possède des caractéristiques identiques chez tous » (Bois D. , 1990, p. 86). Dans la relation, le mode se fait sur un fond commun lié à la DV et « la part individuelle de l'homme réside dans les freins qui s'opposent en lui à la DV » (p.86).

- **Participation du patient**

D. Bois envisage la participation du patient au point d'appui d'abord comme une sollicitation de son potentiel d'autoguérison dans la région traitée par le biais de la T.R.E « le potentiel d'autoguérison du patient [...] se manifeste par l'apparition sous les doigts d'une tension régénératrice exponentielle (T.R.E.) englobant la région concernée par le point d'appui » (p.109). Puis, il envisage un lien direct entre la qualité de la réponse du patient et d'abord la vitesse d'apparition de la tension : « une T.R.E. apparaissant très rapidement sous les doigts signe une bonne vitalité » (p.109), puis l'étendue concernée chez le patient « la

*T.R.E. englobe dans son travail une zone plus ou moins étendue, selon la qualité du point d'appui mais aussi selon le degré de participation du patient à la guérison » (pp.109-110).*

Ensuite, il nous invite à considérer comment le patient participe à la résolution du point d'appui proposé car, dit-il : *« Il est dès lors évident que le point d'appui engendre une véritable confrontation entre cette volonté et la vitalité lésionnelle tissulaire. Le pronostic dépendra de la prédominance de l'une ou de l'autre » (p.79).*

Il confirme cette phase délicate pour le patient en nous disant : *« [TRE] Son seuil maximum est la phase ultime de la tension régénératrice, et représente toujours un moment critique durant lequel le patient est confronté à la fois à son désir de guérir et à son désir de fuir » (p.111).* A ce stade, le praticien peut lire l'acceptation du patient du patient au travers du paramètre de l'intensité de la réponse *« elle permet de mesurer le degré d'acceptation du patient face au point d'appui » (p.109).*

Le lâcher-prise emporte la décision du guérir du patient : *« Si le désir de guérir l'emporte, intervient alors la phase du lâcher-prise » (p.111)* ; la participation du corps du patient est requis dans tous ses niveaux tissulaires : *« Lorsque le thérapeute parvient à obtenir un travail des points d'ancrage et des îlots tensionnels, le lâcher-prise concerne tous les niveaux : tissulaire, liquidien, énergétique, rythmique et émotionnel. Le thérapeute est alors emmené vers d'autres points d'appui, dont la nécessité se révèle au cours du lâcher-prise » (pp.141-142)* ; Sa participation à la résolution est sollicitée de façon progressive : *« Le lâcher-prise final intervient après une succession de suivis dynamiques et de points d'appui préparatoires » (p.142)* ; Il est important, enfin, de considérer cet enjeu du patient lui-même qui requiert une participation non plus des tissus mais de sa propre présence dans le niveau interpellé par le point d'appui : *« La qualité de présence du patient garantit les conditions de normalisation à ce niveau de profondeur » (p.91).*

## 5.5. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Thérapie et mouvement »

Fiche signalétique

Titre du livre : Thérapie & Mouvement, 1<sup>er</sup> congrès international Méthode Danis Bois

Année de parution : 2001

Auteur : Collectif sous la direction de D.Bois

Nombre de pages : 165 extrait = un regard inédit sur le mouvement p83-97

### 5.5.1. Le principe de force mis en jeu au point d'appui

**Principe du vivant :** D. Bois s'appuie ici sur les philosophes pour situer les notions de substance et de mouvement en tant que principe actif cinétique : « *Certains philosophes confèrent à la substance un principe actif. Je suis en accord avec cette donnée. Mais encore une fois, je confère à cette substance un principe cinétique* » (p.89) et principe ontogénique : « *Le mouvement ontogénique procède d'une essence cinétique ou d'une substance cinétique* » (p.89). Il lui attribue deux états selon le degré d'intégration dans le corps : « *Cette substance cinétique est soit indéterminée quand elle n'est pas intégrée dans la matière organique, ou soit déterminée lorsqu'elle est incarnée* » (p.89). Puis, il a recours à D. Bohm<sup>31</sup> pour étayer son expérience de l'extrême lenteur du mouvement indéterminé, décrit comme un mouvement immobile : « *Il y a un mouvement indéterminé et il se trouve que ce mouvement possède une extrême lenteur. Ce que David Bohm, un des fondateurs de la physique quantique, appelait un mouvement intemporel, c'est-à-dire un mouvement qui serait immobile, ou un mouvement immobile qui serait mobile* » (p.89). Il fait même de la vitesse le principe actif du principe d'autorégulation du mouvement : « *Autrement dit, si on confère un système d'autorégulation au mouvement, il faut envisager son principe actif: la vitesse. Ainsi, pendant toute une première période, j'ai axé mon travail sur l'étude de la vitesse. Il se trouve que cette vitesse était une lenteur extrême, presque proche de l'immobilité. Si bien qu'à certains moments, on ne sait pas si c'est une immobilité qui bouge ou si c'est une mobilité qui est immobile* » (p.88).

---

<sup>31</sup> Davis Bohm, fondateur de la physique quantique

**Structure d'accueil organique :** D. Bois précise deux niveaux dans lesquels on retrouve ce principe du vivant ; tout d'abord dans la matière, sans doute comme substance indéterminée, puis dans les fascias et les os comme substances incarnées : « *Ce mouvement existe dans la matière et également dans les fascias et dans les os* » (p.89). Il précise même qu'il s'agit, pour lui d'un tissu essentiel pour la perception de ce qu'il nomme un 'sensible en mouvement » : « *Vous comprenez bien qu'il s'agit d'un tissu stratégique qui nous restitue des informations de mouvement interne incontestables pour celui qui veut bien faire l'expérience de ce sensible en mouvement* » (p.88).

### **Expression de la vie dans le corps :**

Il s'agit clairement d'un mouvement interne avec lequel le thérapeute doit discuter : « *Lorsqu'on traite une personne, notre outil principal est le mouvement interne* » (p89). Quant D. Bois parle du mouvement interne, il envisage, dans le même temps, deux principes qui lui sont associés, un principe de force mais aussi un principe organisé : « *Le mouvement porte en lui un principe organisé, et pas seulement un principe de force* » (p.90).

Il décrit au mouvement interne 4 paramètres (vitesse, amplitude, orientation et cadence) en insistant sur le rôle de la vitesse comme force motrice du mouvement : « *la vitesse représente à mes yeux la force motrice du mouvement. De la vitesse dépend l'orientation, l'amplitude et la cadence* » (p.88) ce qu'il traduit en enjeu thérapeutique : « *Notre objectif prioritaire est de nous connecter avec la vitesse du mouvement. Sans cette vitesse, je le rappelle, il n'y aurait pas d'amplitude, pas d'orientation et pas de cadence. C'est un fait. C'est la vitesse qui crée la forme avant de dire que c'est le mouvement qui crée la forme* » (p.89). C'est donc la lenteur qui porte la puissance du mouvement, considérée comme un bras de levier : « *Généralement on attribue à la vitesse rapide un pouvoir. Par exemple, dans les arts martiaux, on privilégie la vitesse rapide, alors que de mon point de vue, la lenteur constitue un bras de levier bien plus important* » (p.89).

Nous trouvons ici, une autre caractéristique de ce mouvement interne d'être de nature sensorielle c'est à dire de restituer des sensations à celui qui le perçoit : « *J'ai travaillé intensément sur cette lenteur, jusqu'au moment où j'ai compris que cette lenteur était de nature sensorielle* » (p.89). Il apparaît que cette qualité sensorielle de mouvement doit faire

l'objet, pour certaines personnes, d'une éducatibilité : « *Malheureusement, ce mouvement interne n'est pas perçu. Nous allons devoir entreprendre toute une stratégie de perception qui permettra à la personne d'entrer en relation active avec ce mouvement subtil* » (p.89).

## 5.6. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Le sensible et le mouvement, essai philosophique »

Fiche signalétique

Titre du livre : Le sensible et le mouvement, essai philosophique

Année de parution : 2001

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 146

### 5.6.1. Le principe de force mis en jeu au point d'appui

**Principe du vivant sous l'angle du sensible :** Dans ce livre D. Bois aborde la dimension du mouvement sous forme de Principes qui se retrouvent autant dans une dimension universelle que singulière.

Tout d'abord, le premier principe du mouvement en tant que mouvement est nommé 'Principe de mobilité': « *Dans tous les cas, qu'il s'agisse du mouvement indéterminé qui anime le tout, ou du mouvement déterminé qui anime la matière de l'homme, le mouvement engendre un principe de mobilité* » (p.109). Il est question aussi, en faisant appel au 'mobile premier' d'Aristote, de son origine et de son fondement en tant que 'Principe premier' : « [...] *d'où vient l'impulsion première de ce mouvement. Pour répondre à cette question, il imagine un système de mobiles, dans lequel chaque mobile est mû par un autre jusqu'à un mobile premier qui met en mouvement les suivants sans être mû lui-même par un autre mobile* » (p.107), ce qui amène la conclusion que ce mobile premier est « *à l'origine du mouvement de toute chose* » (p.107). Puis il est abordé son caractère de mouvement immobile donné comme une « [...] *absence de déplacement visible qui signe son intemporalité* » (p.108), associée à une intensité : « *une sorte de mouvement sans déplacement [...], une intensité qui*

*se déploie partout et nulle part à la fois » (p.138). Enfin, sa vitesse située comme fondamentale : « [...] tout mouvement se caractérise par quatre paramètres : une vitesse, une orientation, une amplitude et une cadence. [...] De ces quatre paramètres, le plus fondamental semble être la vitesse: elle porte en elle la force cinétique du mouvement, sans laquelle aucun des autres paramètres n'existerait.» (pp.111-112) et très lente : « je vous parle ici [...] d'une vitesse extrêmement lente (p.113), porteuse, par sa vitesse du Principe de création : « Au niveau du principe de création, le mouvement [...] est la source, le principe moteur qui anime toute vie » p.113)*

Puis, il est question de ce principe de mobilité comme d'une force transmise dans l'homme : « [...] cette force intemporelle peut s'exprimer au sein d'une temporalité » (p.114), porteuse d'un deuxième Principe ou Principe de force pour exprimer la transmission dans sa totalité du principe du vivant : « [...] chaque moment du présent transmet la force de la création sans aucune dissipation » (113). Il s'agit alors d'un mouvement incarné et perceptible dit substantiel : « Pourquoi substantiel? Tout d'abord parce qu'il apparaît réellement à la perception comme une substance en mouvement » (p.110) dont la force est portée par sa vitesse lente : « Le mouvement substantiel s'y déploie dans une lenteur majestueuse, aussi bien dans l'univers que dans la matière du corps » (pp.113-114) faisant de la matière du corps une substance douée de capacités : « [...] la nature de la substance qu'est la matière est douée de force et de perception » (p.33).

L'auteur fait de nouveau référence à Aristote pour parler de 'l'essence cinétique' comme d'un Principe évolutif : « [...] mouvement continu et uniforme, véhiculant un principe évolutif » (p.114) source de transformation : « [...] il s'agit bien en effet d'une force capable d'engendrer un changement perpétuel de tout ce qui est en contact avec elle » (p.114). Enfin, en relation avec le mouvement, il est décrit un Principe de connaissance : « Le mouvement porte en lui une connaissance primitive qui contient la genèse de la connaissance » (p.66) sous forme d'une subjectivité dite immanente : « [...] une certaine étude du mouvement révèle l'existence d'une subjectivité immanente, [...] qui appartient au principe même de vie incarné dans le corps » (p.61) se livrant dans une temporalité particulière : « [...] l'essence cinétique [...] livre simultanément le contenu d'un présent qui se déroule et la prospection d'un 'juste à venir' » (p.68).

### 5.6.2. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui

Il n'est pas question de point d'appui mais l'auteur nous situe les conditions de perception du sensible.

**L'attitude d'observation** du mouvement qui fait appel à l'intériorité « *nous observons, dans l'intériorité la plus profonde qui soi, la totalité. Nous sommes, tout en étant immobile en un point donné, au contact d'un mouvement intemporel, en lequel, [...], l'immobilité et le mouvement se fondent pour donner l'illusion d'un déplacement* » (pp.137-138) et justifie cette attitude par cette phrase : « *seule la vie sensible peut capter la vie sensible* » (p.93). Cette attitude d'observation est nommée aussi attitude contemplative ou 'paroxysme perceptif et située comme un acte de perception qui requiert une présence : « *En étant présent à cette totalité en mouvement* » (p.115).

**Il est question aussi d'une neutralité** : « *[...] une attitude spécifique (paroxysme perceptif) pour devenir ce "spectateur impartial" dont rêvait Husserl* » (p.64) exigeant un recul par rapport à ses croyances, et une écoute ouverte à ce qui émerge : « *cette attitude (paroxysme perceptif), que l'on pourrait dire de contemplation perceptive demande d'abord une suspension des croyances, idées et acquis - la réduction phénoménologique dans la méthode de Husserl-pour ensuite se rendre disponible à l'attente protentionnelle (Husserl, écoute ouverte à ce qui est juste à venir* » (pp.64-65).

**La réflexion et la perception** sont-elles-aussi inhabituelles : « *la raison est à son paroxysme sans pour autant réfléchir, sorte de conscience irréfléchie* » (pp.135-136), et « *L'acte de perception est avant tout de nature pré-réflexive* » (p.67) et sont le fait de la matière elle-même : « *[...] la perception n'est pas seulement un acte, mais une faculté intrinsèque de toute matière organique* » (p.91).

### 5.6.3. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

L'auteur nous situe tout d'abord la relation dans le cadre du sensible comme une relation qui réduit les distances : « *La philosophie du sensible que je me prescris nous invite à réduire toute distance entre l'objet et le sujet, entre le corps propre et le corps objectif, entre corps pensant et pensée corporéifiée, entre perception et pensée* » (p.139).

On découvre deux caractéristiques de cette relation dans le sensible définie comme un lien entre sujet percevant, matière vivante et consciente et un mouvement interne. Tout d'abord un rapport de résonance : « *La perception subjective de la matière nous offre un changement permanent du milieu intérieur avec lequel nous entrons en résonance, dans une attitude pré-réflexive. Voilà l'expérience du sensible dont je parle* » (p.36). Puis un rapport de réciprocité dans lequel on se laisse influencer et transformer par ce avec quoi on entre en relation : « *On touche l'objet et on est touché par lui. On devient le mouvement, on se laisse toucher par lui* » (p.139)

## **5.7. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Un effort pour être heureux »**

Fiche signalétique

Titre du livre : Un effort pour être heureux

Année de parution : 2002

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 110

### **5.7.1. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

*Effets expérimentiels et existentiels* : D. Bois nous livre les enjeux de la rencontre avec le mouvement en terme de transformation du rapport à la vie et du rapport à la pensée : « *Cette rencontre, dont l'enjeu se fait au cœur du corps, offre à vivre un nouveau gout de la vie souvent inédit. Face à l'intensivité de cette expérience, la pensée change de cap et se livre à tout un processus de transformation* » (p.66).

### **5.7.2. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

*Principe du vivant* : tout d'abord, pour aborder ce principe du vivant, l'auteur fait appel à Maine de Biran<sup>32</sup> et à sa « *force hyperorganique, [...] intrinsèquement liée au*

---

<sup>32</sup> Maine de Biran : (29 novembre 1766 à Bergerac - 20 juillet 1824 à Paris) est un philosophe français. Il se détache peu à peu d'un sensualisme inspiré de Condillac pour élaborer une psychologie de subjectivité. D'un agnosticisme discrètement teinté de religiosité sous l'influence de Rousseau, il aboutit à une métaphysique fondée sur l'expérience religieuse, selon une acception moderne. Maine de Biran entend rester le plus possible près des faits : ils lui sont donnés par les sciences de la vie et l'observation de soi. À sa virtuosité introspective,

*mouvement, c'est à dire à l'action » (p.31) ; puis, il relève une similitude de pensée avec cet auteur dans la notion d'effort que constitue, pour lui, ce principe en travail dans le corps : « Présence divine ou tout simplement force hyperorganique...je ne prendrai pas position. Mais lorsque nous entrevoyons cet effort actif au sein de la matière vivante, nous avons le sentiment de toucher au plus près à ce que devrait être Dieu » (p.32). Il définit cet effort comme une puissance de vie ayant la caractéristique d'être autonome : « La puissance de vie qu'il m'a été donné de percevoir et d'expérimenter dans ce cadre est une volonté autonome » (p.32) et œuvrant dans le sens de la vie : « Un effort qui accomplit le sens de la vie présente dans chaque être humain » (p.98);*

Il la qualifie aussi de résilience fondamentale : « La force vitale véhiculée par le mouvement est donc le support d'une résilience fondamentale » (p.98) ou de force de survie pour l'homme : « Il y a de toute évidence dans l'être humain une force de survie qui répond dans l'instant à une situation de l'instant » (p.95). Il situe cette force comme une force intérieure, une volonté c'est à dire une action interne à l'homme : « Au-dedans ou au-delà de l'effort de volonté de l'homme, j'entrevois l'existence d'une tension, d'une poussée, et même plus : d'une véritable force intérieure qui le pousse à agir et à penser » (p.30) dont l'origine est à la fois dans lui et dans un ailleurs de l'homme : « quel que soit son origine, une chose est sûre : il s'agit bien d'un 'ailleurs', d'un autre chose'' qui vit en moi et qui est capable de me fournir des impulsions d'action et de réflexion » (p.30). L'action de cette force apparaît multiple et sources de motivations profondes : « [...] principe de force, un principe de solution, un principe d'espoir, un foisonnement d'activité qui ne capitule jamais, à la manière d'un volcan qui, même silencieux, conserve en lui un potentiel d'explosion naissante ou renaissante. (pp.97-98). Sur cette base se révèlent des transformations multiples et signifiantes : « J'aime à penser que cette nature majestueuse d'effort porte en elle un principe de force capable d'engendrer des changements significatifs de notre état d'être, notre état de pensée et notre état de santé » (p.33), souvent inédites : « Cette rencontre, dont l'enjeu se fait au cœur du corps, offre à vivre un nouveau goût de la vie, souvent inédit » (p.66).

---

nous devons le premier journal philosophique. C'est pour lui autour de l'effort et de sa répétition que se construisent la pensée et personnalité humaines. Merleau-Ponty distingue dans ses travaux un germe de ce qu'on nommera plus tard la phénoménologie. (Wikipédia)

**Expression de la vie dans le corps :** nous retrouvons la notion de mouvement interne comme support de la vie dans le corps : « *La puissance de vie [...] est une volonté autonome qui se propulse à partir d'un mouvement invisible, interne au corps* » (p.32). L'auteur insiste sur son caractère d'autonomie, source d'interrogations : « *que penser d'une impulsion de mouvement véhiculée par une force qui semble décider du mouvement, indépendamment de soi ?* »(p.44).

Il met aussi l'accent sur cette situation paradoxale, vécue, d'un mouvement qui s'anime au sein du corps : « *C'est un fait : un mouvement interne s'anime au sein de la matière corporelle alors même que le corps est encore en situation d'immobilité* » (p.43). Il reprend la notion de lenteur extrême : « *[...] un mouvement extrêmement lent, si lent qu'il n'engendre pas nécessairement de déplacement physique* » (p.43) mais dans un rapport qui mêle sentiment de finitude et d'infinitude en lien avec la perception de se ressentir dans un 'ni-dedans, ni dehors du corps' : « *Dans l'immobilité de repos émerge alors du corps un puissant mouvement invisible qui traverse la matière. Il se dilate au-delà des limites physiques du corps, dans ce que j'appelle le « ni-dedans, ni-dehors », quand la frontière délimitée par l'étendue du corps s'estompe. Cependant, sentiment étrange, cette infinitude mouvante s'écoule lentement dans la profondeur de ma finitude. Je suis alors totalement présent. Je suis moi, dans un corps pensant, percevant et ressentant* » (p.108). Il est question alors dans cette rencontre entre ce mouvement invisible et la matière du corps nommée 'sensible de la matière' de l'accès à « *une nouvelle conscience perceptive de soi et de son corps* » (p.49). Ce qui est perçu du mouvement apparaît alors comme une « *présence en mouvement* » (p.97) et ses effets comme « *[...] une activité foisonnante faites de subtiles variations d'états et de mouvements internes* » (p.48).

### **5.7.3. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

#### **5.1. Qualité du praticien et posture générale**

Nous retrouvons la présence à soi du praticien comme condition d'accès à un sensible de l'homme : « *Percevoir cette essence demande d'installer une présence effective à soi. C'est grâce à cette présence que l'on peut capter une partie de soi jusqu'alors ignorée, et accéder à une conscience spécifique inhérente au corps et au mouvement* » (p.32).

## 5.2. *Qualité d'écoute*

**Attention :** Elle n'apparaît pas ici seulement comme un critère de l'écoute mais porte un principe d'éveil de la sensibilité du corps : « *Lorsque l'attention se porte sur le corps, elle éveille miraculeusement les fibres sensibles de la matière* » (p.66).

**Conscience :** Il est décrit deux aspects de cette conscience. Tout d'abord qu'il existe une conscience spécifique véhiculée par le mouvement interne et qui naît à son contact : « *Le plus difficile à comprendre pour les personnes non averties de cette présence interne est que ce mouvement est le véhicule d'une certaine qualité de conscience sensible* » (p.98) , puis que celle-ci renferme la capacité d'offrir des réponses justes aux événements, en dehors de la conscience réflexive : « *[...] cette sorte d'intuition éphémère qui offre une réponse adéquate, rapide, préréflexive* » (p.97), et enfin que cette réponse se fait dans l'instant et qu'elle est prédictive : « *une certaine qualité de conscience sensible immédiate et surtout anticipatrice* » (p.98)

**Neutre et actif :** Il est question d'une action neutre puisqu'il s'agit de se laisser guider, mais guidée par une forme de connaissance délivrée par le mouvement interne lui-même : « *En pénétrant dans la vie précoce de la force hyperorganique, nous nous laissons conduire vers le « ce qui est à venir », le « ce qu'il faut faire »* » (p.98). L'auteur relève le sentiment particulier de cette action dont on ne sent pas réellement être l'auteur, tout en étant très actif , d'être distinct mais fusionné avec l'impulsion d'action : « *Dans ce lieu d'expression, d'action, le geste est prompt, la décision rapide. Nous pénétrons dans un sentiment d'étrangeté qui vient du fait que l'implosion ressentie ne part pas de soi, mais néanmoins, est réellement soi* » (p.98).

## 5.8. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Le moi renouvelé-introduction à la somato-psychopédagogie »

Fiche signalétique

Titre du livre : Le moi renouvelé-Introduction à la somato-psychopédagogie

Année de parution : 2006

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 251

### 5.8.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui

Tout d'abord, D. Bois situe la valeur du point d'appui en fasciathérapie comme étant essentielle : « *Le point d'appui est l'outil essentiel de mon approche thérapeutique* » (p.72). Puis, il en donne une définition centrée sur l'objectif de mobilisation de toutes les forces d'autorégulation « *C'est ce geste technique qui permet en effet de mobiliser toutes les forces de régulation organiques et psychiques de la personne* » (p.72), mais aussi comme moment particulier de dialogue tissulaire « *[...] moment intense qui sollicite une réflexion interne tissulaire, palpable sous la main* » (p.72). Enfin, il décrit le déroulement du point d'appui en deux phases successives, une dynamique, une statique, en lien avec le mouvement interne dans les tissus et les conditions de mise en jeu : « *En pratique, ce dialogue silencieux comprend deux phases : la première, dynamique, consiste en un accompagnement manuel méthodique des différentes orientations et amplitudes du mouvement interne qui s'offrent dans le tissu ; la seconde correspond au point d'appui, arrêt circonstancié du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, à la bonne pression* » ( pp.70-71).

### 5.8.2. L'intention visée par le praticien

**Curative :** Dans cette optique on comprend que, dans le point d'appui situé comme « *espace de sollicitation facilitant la force de régulation de l'organisme et du psychisme* » (p. 77), l'intention du praticien sera de mobiliser la personne dans ses capacités de régulation interne. Dans cette action, il nous est dit que le praticien déclenche des modulations du tonus interne nommées 'dialogue tonique': « *Toute notre action thérapeutique sollicite*

*prioritairement le dialogue tonique autant sur le plan physiologique que sur le plan psychologique» (p.142) et que le travail visé est un « accordage somato-psychique manuel et gestuel, notamment durant la phase du point d'appui » (p.142).*

**Diagnostique :** On apprend aussi que ce dialogue tissulaire est diagnostique. En effet fait un lien entre la gestion du dialogue tonique au point d'appui et les conflits internes du patient : *« Il est possible à un somato-psychopédagogue de repérer par le biais du dialogue tissulaire des résistances révélatrices de conflits internes : [...] sous la main du thérapeute, la réponse au point d'appui se met à stagner » (p.72).* La lecture apparaît comme une lecture du patient au travers de la lecture du tissu.

### **5.8.3. Les effets déclenchés par le point d'appui**

**Sur la modulation tonique :** Ici, il n'est pas question de TRE mais de dialogue tonique au travers de la perception des modulations du tonus interne du corps : *« Cette action se fait par l'intermédiaire du jeu des modulations » (p.142) que le praticien peut suivre : « Le thérapeute prend en compte ces modulations et les harmonise au fil des traitements » (p.142).*

Ces modulations au point d'appui se matérialisent dans tous les tissus comme des orientations de mouvement : *« apparaissent alors, au niveau du tissu, des orientations qui se libèrent, propulsées par le mouvement interne » (p.72) puis au niveau des systèmes comme des transformations et changements d'états : « Alors la vie biologique du corps se réharmonise, le système neurovégétatif retrouve son équilibre, la circulation sanguine répond à nouveau à la demande des tissus, les crispations des fascias cèdent, ainsi que les immobilités » (pp.173-174).*

Il apparaît que ces modulations toniques se réajustent dans les deux phases du point d'appui. Au niveau de la première phase dynamique, c'est la lenteur qui apparaît active en installant un climat de relâchement : *« Notre première action thérapeutique aura lieu au cours du traitement manuel ; la lenteur de déroulement du mouvement constitue un véritable anxiolytique naturel dans ce sens qu'elle installe une ambiance de confiance et de sécurité propice au relâchement tonique » (p.228).* Dans la phase statique du point d'appui, le réajustement tonique est dit spontané dans le sens de non dirigé par le praticien et évolue vers une unité tonique globale : *« Au moment du point d'appui, les modulations toniques*

*spontanées du corps se réharmonisent : les zones hypertoniques se détendent, tandis que les zones hypotoniques retrouvent un dynamisme interne » (p.228).*

**Les effets expérientiels et existentiels** sont décrits comme autant physiques que psychiques. Détente et relâchement : « *Quand le tonus du corps se détend sous l'effet du geste thérapeutique, le patient se détend aussi. Il ressent un relâchement des tensions psychiques [...] ; Apaisement des angoisses et soulagement des douleurs, ainsi que perception de chaleur : « La main du praticien n'est pas seulement soulageante pour la douleur, elle apaise l'angoisse, fait fondre les oppressions, répand une chaleur bienfaisante » (p.171) ; On note aussi une modification du rapport à la vie en relation au rapport au corps: « A présent je me sens apaisé, comme posé dans moi et optimiste » (p.169) ; Quand le patient perçoit clairement les effets D. Bois parle "d'états d'âme" et leur donne, quand ils sont éprouvés et reliés à une profondeur le nom de "tonalités" : « [...] Ces effets sont ressentis notamment sous la forme d'états d'âme particuliers qui émergent de la profondeur du corps. C'est ce que j'appelle les tonalités » (p.136).*

Ces tonalités éprouvées semblent, pour D. Bois, de nature à modifier le sens de l'existence du patient tout d'abord en lui restituant des sensations de lui-même capables de faire disparaître le malaise interne : « *La sensorialité est réactivée, rendant à nouveau perceptible la présence du mouvement interne. Le mal être disparaît » (p.174) ; Plus encore ces éprouvés rendent au patient le goût de la vie en lui développant un "sensible" interne : « Il s'agit plutôt d'une tonalité interne, d'un arrière-plan émotionnel qui donne goût à la vie. Cette tonalité résulte, selon moi, de la mise en jeu de ce que j'ai appelé "la corde sensible de notre étreté" ; elle se dégage de la rencontre avec le mouvement interne » (p.21) ; Pour d'autres il s'agit de se resituer dans leur vie : « [...] la personne peut découvrir sa véritable place et participer pleinement à l'œuvre de sa vie » (p.22).*

On note aussi la modification possible de la pensée puis de l'action d'une personne à partir d'un éprouvé : « *[...] l'entretien manuel décèle des voies de passage inédites au sein du corps qui influencent la pensée et l'action de la personne » (p.73) ou bien à partir de jaillissements internes innovants : « Certaines pensées véhiculaient un sens nouveau pour leur vie, leur offraient des solutions, des intuitions, voire des inspirations profondes » (p.94) ou encore de remémorations spontanées : « D'autres semblaient venir du tréfonds de leur*

*mémoire, ranimant des situations qu'ils avaient fini par oublier avec le temps et qui pourtant, dans cet instant, revêtaient un sens particulier » (pp.94-95).*

**Apparition des résistances à la transformation:** Il est question des réactions physiques : « *la respiration se bloque, ou au contraire s'amplifie, le pouls s'accélère, une vasoconstriction apparaît. Quand l'ensemble du système neurovégétatif réagit, la personne se met à avoir froid » (p.72), psychiques « [la personne] tourne parfois la tête comme si elle voulait se dégager de la résistance, ouvre les yeux ou se met à parler » (p.72) et toniques « *sous la main du thérapeute, la réponse au point d'appui se met à stagner » (p.72) d'une personne lorsque le point d'appui ne peut pas être intégré dans un processus de résolution.**

#### **5.8.4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

En premier lieu, D. Bois retrace sa découverte, à partir de l'ostéopathie, et en particulier du fascia de « *[...] la réalité tangible du mouvement interne tissulaire » (p.33).* Il en décrit les paramètres, en insistant sur la lenteur : « *Ce mouvement m'apparaissait beaucoup plus lent, profond, global. Beaucoup plus lent que le MRP, ce mouvement interne est animé d'une rythmicité de deux cycles par minutes » (p.35).* Puis, il attribue à ce mouvement la qualité d'être une force d'autorégulation organique : « *Il existe, dans le corps, un mouvement interne, une force de régulation organique autonome » (p.18)* mais aussi une force d'autorégulation psychique de la personne : « *Le mouvement interne ne participe pas seulement à l'autorégulation organique, physiologique du corps mais il participe aussi à la régulation psychique de la personne » (p.36).* D. Bois parle alors de potentialité pour définir cette force qui modifie la qualité des instruments internes de l'homme « *une force évolutive qui conduit l'homme à ressentir son corps, à malléabiliser sa matière, à développer sa perception et à enrichir ses points de vue » (p.40).* Il parle d'elle comme d'une force de changement qui va vers le mieux dans le sens qu'elle « *conduit toujours vers une amélioration, un mouvement interne au corps qui invite aussi à la modifiabilité cognitive » (p.38).* Il est question aussi qu'elle porte le processus de transformation par le média du mouvement : « *Le mouvement interne devint ainsi, [...] acteur essentiel participant au processus de transformation de la personne. Le mouvement interne devenait le maître d'œuvre de la potentialité » (p. 37).* L'auteur, enfin, la situe comme une faculté humaine :

« Plus qu'un contenu de compétences en attente d'être activé, c'est une faculté propre à l'être vivant de capter le contenu et le sens des événements du présent et de s'y adapter » (p.38). Enfin, il évoque le potentiel de conscience qu'elle renferme en empruntant le terme de "supra-conscience" à Sri Aurobindo<sup>33</sup> : « [...] j'aborde la notion de mouvement interne comme étant une animation de la profondeur de la matière portant en elle une "supra conscience" et constituant un nouveau mode de connaissance » (p.39). Cependant, d'après D. Bois, il n'apparaît pas suffisant que cette force ait toutes ces propriétés évolutives, elle doit être prise en relai par la personne elle-même dans un rapport personnalisé : « S'il est clair que chaque individu porte en lui toute la puissance de vie, il nous faut bien reconnaître que le rapport que chacun établit avec sa propre force interne de vie varie considérablement d'un individu à l'autre » (p.31). Il fait intervenir la notion de 'sensible' pour parler de la partie de l'homme qui perçoit cette force dans sa dimension holistique : « Mais alors, ce sensible du corps qui se dévoilait sous mes mains, quelles en étaient la nature et l'origine ? Je me demandais s'il n'y avait pas un lien entre cet éprouvé et le "plus grand que soi" dont parle la philosophie » (p.18). Il pose alors la question du rapport de 'forces' entre cette puissance de vie et les forces de rétention de l'homme : « Confrontée au champ mental et émotionnel, la dynamique vitale peut-elle conserver son élan, essentiel à la vie organisée dans le corps ? » (p.33).

### **5.8.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

#### **1.1. Qualité du praticien**

**L'intention :** Il apparaît une éthique du toucher qui vise à s'adresser pas seulement à un corps physique mais à une personne dans sa totalité : « Ainsi lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité ; on ne s'adresse pas à un cœur, un foie, un os mais à un être vivant, avec ses peurs comme avec sa potentialité » (p.72).

**La présence :** D.Bois relie cette qualité de présence à soi du praticien à lui-même à la qualité sensible du corps et des manifestations à saisir : *ces tonalités internes subtiles, des*

---

<sup>33</sup> Sri Aurobindo : Aurobindo Ghose ou Sri Aurobindo (15 août 1872 à Calcutta - 5 décembre 1950 à Pondichéry) est un des fondateurs principaux du mouvement militant indépendantiste indien, un philosophe, poète et écrivain spiritualiste. Il a développé une approche nouvelle du yoga, le yoga intégral.

*faits de conscience insoupçonnés » (p.21), ainsi qu'à la nécessité d'une attention particulière pour les capter : « La qualité de présence va donc de pair avec la qualité de l'attention portée sur soi. Mais de quelle attention s'agit-il ? On se doute que l'attention quotidienne, habituelle, tournée vers le monde extérieur et ses préoccupations, ne va pas être d'une grande aide pour saisir cette fibre sensible du corps » (p.21).*

## **5.2 Qualité d'écoute**

**L'attention :** D. Bois situe les facultés perceptives aiguisées du thérapeute acquises par cet entraînement rigoureux en comparaison avec celles du patient : *« Lors des premières séances, nos patients sont souvent surpris que le thérapeute perçoive, dans leur corps ou dans leur mouvement, des phénomènes auxquels eux-mêmes n'ont pas accès. C'est tout simplement parce que les capacités attentionnelles augmentent avec l'entraînement. Il est donc naturel que le somato-psychopédagogue, qui a derrière lui de longues années d'expérience, ait une attention plus aiguisée » (p.122).* Puis, il nous situe le niveau d'attention nécessaire à saisir la fibre sensible du corps : *« De quelle attention s'agit-il ? [...] Il faut [...] déployer une conscience capable de réceptionner ces tonalités internes subtiles, des faits de conscience insoupçonnés » (p.21).* Il la définit comme une 'mobilisation attentionnelle' différente de la pensée car n'induisant pas de représentations, un *« posez votre attention sur » (p.122).* Ses paramètres sont définis par l'intensité : *« La subtilité des informations qui apparaissent dans le corps appelle à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité » (p.22),* la globalité *« [...] l'attention possède aussi la capacité de s'élargir, de devenir plus globale, plus panoramique » (p.123)* et un 'saisir ensemble' : *« une attention capable de se poser sur plusieurs choses à la fois » (p.124)*

**Introspection :** Il est aussi question de qualités introspectives dans l'acte de perception : *« La somato-psychopédagogie fait appel à une véritable « virtuosité introspective » (p.22)*

**5.2. Neutralité active :** l'auteur définit très clairement en deux phases l'attitude de 'neutralité active' que doit respecter le thérapeute : *« [...] je définissais cette attitude comme devant être simultanément "neutre" et "active" : neutre pour permettre au mouvement interne de s'exprimer, et active pour lui permettre de se libérer des résistances tissulaires s'opposant à*

*son expression. La phase de neutralité s'accomplissait quand la main du thérapeute accompagnait le flot continu du mouvement interne et la phase active dans le point d'appui qui confrontait le patient à sa propre résistance et l'incitait à mobiliser toutes ses ressources personnelles pour dépasser cette résistance » (p.78).*

#### **5.8.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

- ***Entre patient et thérapeute***

La nature de la relation est tout d'abord un dialogue tissulaire silencieux : « *Lorsque la main du thérapeute suit le mouvement tissulaire, c'est un véritable dialogue qui s'engage entre le thérapeute et le sensible du corps, dialogue fondé sur un langage silencieux* » (p.71), qui installe un 'climat de confiance' d'abord par la pression de relation : *Quand le thérapeute pose les mains sur le corps du patient, celui-ci prend conscience de son contour, de sa peau, de sa posture. Ce contact n'est ni trop léger, ni trop appuyé ; il est « juste ce qu'il faut » pour donner confiance* » (p.105) puis au cours du traitement manuel grâce à la lenteur : « *la lenteur du déroulement du mouvement interne constitue un véritable anxiolytique naturel dans le sens qu'elle installe une ambiance de confiance et de sécurité propice au relâchement tonique* » (p.228).

D. Bois insiste, en se référant à Rodgers, pour dire que l'empathie est essentielle dans le rapport thérapeute/patient et la définit comme « *une forme de communication non verbale, non réfléchie et immédiate, universelle ; une intersubjectivité primordiale commune à tous ; une faculté profondément humaine d'entrer en résonance avec l'autre, d'apercevoir ses attentes invisibles, d'entendre ses besoins inaudibles, de capter ses appels silencieux* » (p.137). Cependant il précise que le patient doit apprendre à développer une auto-empathie car, nous dit-il : « *Tout se passe comme si la responsabilité de la relation empathique reposait tout entière sur le thérapeute, ce qui peut sembler aller à l'encontre de la définition même d'une relation, impliquant par nature tous ses protagonistes au même titre* » (p.138). Pour D. Bois, la relation thérapeutique apparaît constituée de deux éléments forts. Tout d'abord les capacités empathiques sont éducatives et reposent sur un éprouvé corporel « *l'empathie dont je parle repose sur l'éprouvé corporel avant tout: l'éprouvé de son propre corps et l'éprouvé du corps de l'autre* » (p.139) ; ensuite cette empathie est auto-empathie et

hétéro-empathie chez le patient comme chez le praticien et constitue un jeu réciproque essentiel nommé 'réciprocité actuante' : « *Ce jeu d'empathie est tellement important dans l'accompagnement du patient que j'ai choisi de nommer cette relation, non pas relation d'empathie, mais relation de réciprocité actuante : actuante parce qu'elle résulte d'un acte conscient des deux partenaires ; et réciprocité parce que, quand patient et thérapeute sont aussi bien en relation avec leur propre sensible qu'en relation l'un avec l'autre, l'asymétrie patient-thérapeute s'efface au profit d'une communauté de présence* » (p.139) dans laquelle il souligne le caractère commun de l'expérience vécue en présence, et en conscience. Il définit ainsi cette relation de sensible à sensible : « [...] *seule la vie peut capter la vie* » (p.35).

#### ▪ **Participation du patient**

Elle est envisagée tout d'abord dans la relation au point d'appui envisagé comme un lieu de confrontation autant que d'opportunité : « *Le point d'appui manuel est, en effet, tout à la fois une confrontation avec l'immobilité stagnante dans le tissu et aussi l'opportunité pour la vitalité profonde de s'exprimer* » (p.155). Dans la confrontation le patient peut ne pas pouvoir ou vouloir gérer et se retrouve en conflit interne qui se lisent dans des réactions tissulaires, gestuelles et verbales : « *la respiration se bloque, ou au contraire s'amplifie, le pouls s'accélère, une vasoconstriction apparaît. Quand l'ensemble du système neurovégétatif réagit, la personne se met à avoir froid, tourne parfois la tête comme si elle voulait se dégager de la résistance, ouvre les yeux ou se met à parler; sous la main du thérapeute, la réponse au point d'appui se met à stagner* » (p.72).

Il apparaît tout d'abord que la participation active de la conscience du patient est souhaitée en direct de l'expérience du traitement : « *Le thérapeute prend en compte ces modulations et les harmonise au fil des traitements ; le patient, quant à lui, est invité à les percevoir* » (p.142). L'auteur nous situe la part active comme étant : « [...] *'éprouver'* les choses : *éprouver son corps, son mouvement, ses perceptions, sa pensée* » (p.134) ou encore « [...] *prendre conscience de ce qui est ressenti de façon claire et distincte, plus approfondie ; en extraire des caractéristiques, des composantes, par exemple pour en cerner les contours ou en comprendre la signification* » (p.135) ;

Puis, il est question pour le patient d'être à la fois acteur et spectateur, ce qui signifie « [...] être présent en même temps à son expérience et à soi dans l'expérience » (p.135) mais aussi « [...] être en relation avec l'expérience (ce que pourrait être le ressenti) mais aussi s'apercevoir au sein de l'expérience (ce qui en est l'éprouvé) » (p.135). Etre en relation avec le ressenti signifie : « Quand toutes ces modifications d'état liées au processus actif du mouvement interne sont accompagnées par la conscience, la personne pénètre dans le monde du sensible et devient capable de suivre en direct tout le processus qui la rapproche de son être » (p.40). S'apercevoir dans l'expérience semble vouloir s'engager à se laisser toucher et transformer par l'expérience : « C'est ici qu'intervient l'éprouvé, quand la personne devient capable de capter ces tonalités et de se laisser toucher par elles, au point de parfois se laisser transformer par elles » (p.136). Cette participation requiert aussi une attention soutenue et un apprentissage du sens : « C'est à partir d'une attention aiguisée posée sur son mouvement et sur son corps que le patient découvrira son ressenti et lui donnera un sens. Grâce au développement de son attention, il "réapprend à apprendre" » (pp.123-124) pour en tirer du sens : « et, par la voie de l'éprouvé, à en comprendre la signification » (p.142).

D. Bois fait la synthèse de ces 3 étapes de l'apprentissage de cette relation active du patient à lui-même : « La première correspond à "je perçois" : [...] Il ressent sans forcément faire quelque chose de cette sensation. [...] ; La deuxième étape correspond à « je perçois que je perçois" : le patient prend pleinement conscience de sa perception, il en prend acte, il est présent à sa perception. La troisième étape est celle du "je perçois les effets de ma perception" : [...] Ces effets sont ressentis notamment sous la forme d'états d'âme particuliers qui émergent de la profondeur du corps. C'est ce que j'appelle les tonalités. C'est ici qu'intervient l'éprouvé, quand la personne devient capable de capter ces tonalités et de se laisser toucher par elles, au point de parfois se laisser transformer par elles » (p.136).

L'auteur nous situe, enfin, clairement l'enjeu majeur de la participation consciente du patient, se découvrir humain : « Le contact avec le mouvement interne produit des changements intérieurs permanents, à travers lesquels on se découvre plus humain, plus proche de soi. On vit alors depuis le dedans de soi, quelque chose de plus grand que soi...porteur d'un questionnement profond » (p.22).

## 5.9. Analyse d'inspiration phénoménologique du livre « Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie »

Fiche signalétique

Titre du livre : Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie ; *Collectif sous la direction de D. Bois, MC Josso et M. Humpich – 2009*

2 contributions de D. Bois

- **De la Fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines (D. Bois, pp.47-72)**
- **Vers l'émergence du paradigme du sensible (D.Bois, D.Austry, pp.105-135)**

Année de parution : 2009

Auteur : D. Bois

Nombre de pages : 454

### 5.9.1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui

Après un rappel décrivant le point d'appui comme un geste créant un contact propre à solliciter la personne : « *J'introduisis alors [...] le 'toucher relationnel' ou 'le point d'appui' consistant à réaliser un 'contact manuel' qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication* » (p. 54) D. Bois

Il introduit aussi la notion de point d'appui en introspection du sujet à lui-même : « *Cette vie riche et variée possède, comme nous le disions ci-dessus, sa propre évolutivité et l'outil principal favorisant cette évolutivité est le point d'appui que réalise le sujet de lui-même à lui-même (Bois, 2005, 2007 ; Berger, 2006 ; Bourhis, 2007 ; Courraud, 2007)*. La qualité de ce point d'appui est de mobiliser l'attention du sujet et de le maintenir dans ses limites perceptives : « *Ce point d'appui fait que l'attention du sujet se stabilise, qu'il se tient*

*ainsi dans une attente ouverte (protentionnelle, disait Husserl), aux frontières du connu et de l'inconnu » (p.112).*

Le geste technique n'est pas décrit, ni sa gestion, mais il est décrit l'évolution de la réponse au point d'appui en lien avec la modulation tonique : *« Le praticien perçoit, sous sa main, une modulation psycho-tonique qui se manifeste d'abord par un délai d'apparition de la tension tonique suite à un toucher relationnel adéquat. Progressivement, il assiste en direct à une diffusion de cette tension dans l'étendue du corps (contagion tonique). Puis il perçoit l'implication de la personne à travers l'intensité de la réponse tonique qui atteint un seuil maximum traduisant la confrontation entre la force de renouvellement du corps et la force de préservation (moment intense de confrontation perceptivo-cognitive : constructivisme immanent). Enfin, la main perçoit un relâchement tonique donnant lieu à un mouvement interne de résolution de la résistance tissulaire et cognitive » (p. 61).*

### **5.9.2. L'intention visée par le praticien**

L'acte de fasciathérapie ne quitte pas le domaine du soin, mais on peut lire que l'acte manuel a aussi une **visée formative** en apprenant au patient à relier sensations corporelles et sens de soi : *« J'appelai cette reconstruction identitaire psycho-tonique 'accordage somato-psychique'. L'accordage somato-psychique devenait donc l'action pédagogique par laquelle le praticien rétablissait un dialogue entre le psychisme et le corps » (p. 61).* Cette visée éducative du toucher prend, ici, un statut à part entière : *« Dans le contexte de la somato-psychopédagogie, les instruments pratiques – qui étaient, dans la fasciathérapie, essentiellement tournés vers le soin- devenaient le prétexte à vivre l'expérience du sensible à partir de laquelle le sujet questionnait son vécu corporel » (p. 58).* Il s'agit d'éduquer la perception : *« [...] toutes mes interventions pédagogiques convoquaient une perception paroxystique de nature corporelle invitant la personne à saisir la subjectivité corporelle au cœur de l'acte perceptif » (p. 61)* mais aussi l'attention : *« La mobilisation attentionnelle convoquée par le psycho-tonus permettait à la personne de déployer une activité d'auto-observation sur une modalité sensible. [...] elle apprenait ainsi à écouter son corps et sa pensée à travers ses modulations toniques » (pp. 60-61) ;*

### 5.9.3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui

**La réaction psychotonique :** D. Bois reprend sous l'angle du psychotonus les phases de la réaction au point d'appui. : « [...] j'utilisais le toucher manuel déjà en place mais, cette fois ci, orienté vers l'architecture tonique de la personne. En effet, j'avais remarqué l'apparition d'une modulation tonique sous mes mains au point d'appui » (p. 60) .Tout d'abord un délai d'apparition entre le point d'appui et l'émergence d'une tension tonique : « Le praticien perçoit, sous sa main, une modulation psychotonique qui se manifeste d'abord par un délai d'apparition de la tension tonique suite à un toucher relationnel adéquat » (p.61). Puis une phase de contagion tonique : « il assiste en direct à une diffusion de cette tension dans l'étendue du corps (contagion tonique) » (p.61). Puis une phase de confrontation au moment de l'intensité maximale de la tension signant la participation du patient à la résolution : « il perçoit l'implication de la personne à travers l'intensité de la réponse tonique qui atteint un seuil maximum traduisant la confrontation entre la force de renouvellement du corps et la force de préservation (moment intense de confrontation perceptivo-cognitive : constructivisme immanent) » (p.61). Ensuite une phase de relâchement de la tension tonique et l'apparition d'un nouveau mouvement : « la main perçoit un relâchement tonique donnant lieu à un mouvement interne de résolution de la résistance tissulaire et cognitive » (p. 61).

**Les effets somatiques et psychiques simultanés** sont reliés à la modulation psychotonique : « [...] la fasciathérapie avait une influence simultanée, par le jeu d'une modulation psychotonique interne, sur les plans somatiques et psychiques » (p. 55). On assiste à des effets autant sur la douleur que des états psychiques comme la détente, le calme, la disparition de l'anxiété : « [...] le toucher de relation soulageait la douleur physique et, en même temps, permettait à la personne de prendre conscience de la transformation de son état psychique. Durant la séance, son état de tension physique laissait place à un état de détente, et son état d'anxiété était remplacé par un état de calme » (pp. 54-55). La donnée du sensible associe l'expérience de degrés de malléabilité à celle de changements d'états manifestés : « [...] le sensible se donne sous une forme manifeste. Dans cette expérience, le sujet rencontre différents degrés de malléabilité ou de densité intérieure, différents états et changements d'états, passages de la tension au relâchement, de l'agitation à l'apaisement, d'un sentiment à un autre...» (p.120)

**Effets existentiels :**

**Sens nouveau et valeur nouvelle :** Il est question d'un sens nouveau qui émerge pour celui qui vit la relation au mouvement interne « *Cette subjectivité corporelle prenait la forme d'un mouvement interne, d'une variation d'états porteurs d'informations signifiantes pour le sujet qui la questionnait* » (p. 48). Les informations sont à la fois des vécus subjectifs et porteurs d'un sens qui parle de la personne elle-même : « *les informations qui émergent de la relation au sensible ne sont pas seulement des informations liés au ressenti (exemples « je sens une chaleur nouvelle », je sens le mouvement dans mes viscères », ...), mais ont une valeur pour la personne elle-même, elles parlent de sa vie, de la potentialité de sa vie (exemples : « c'est une nouvelle présence à moi », « qu'attends-tu de la vie ? » (p.119).*

**Rencontre avec soi et sentiment d'existence :** sur la base de ces ressentis, peut se faire la rencontre avec des enjeux incarnés de rapport à sa vie : « *C'est généralement à l'occasion d'un tel point d'appui que le sujet fait l'expérience d'une nouvelle rencontre avec lui-même. Rencontre qui lui fait découvrir un sentiment fondamental de l'existence, l'existence de la vie dans le corps, l'existence d'une subjectivité incarnée, l'existence de sa propre vie se déployant au regard de sa propre présence* » (p.112).

**Effet d'unification de la personne :** un autre élément semble être un vécu d'une globalité qui n'est pas que physique mais qui vise à exclure le séparant dans le corps et dans la personne, et à faire vivre des états d'être nouveaux en relation avec un sentiment d'unité : « *Le sensible devient aussi un lieu de soi où s'unifient les séparations tranchées corps/esprit, sensation/pensée, subjectivité/objectivité, intériorité/ extériorité, visible/invisible. Ainsi, lorsque le sujet accède au lieu du sensible, le sujet expérimente un univers entrelacé, interpénétré, enchevêtré qui le surprend* » (p.120).

**Le chiasme de la non-dualité :** Un autre effet est l'expérience que font patient et praticien de se trouver en présence de deux forces contraires. Il s'agit d'un apprentissage de la loi de non opposition des contraires, et représente un des chiasmes de la relation au sensible : « *Alors que, la relation au sensible, si elle nous fait voir effectivement en permanence cette notion de recouvrement et de mélange de deux forces opposées, se fait, elle, dans un processus*

*dynamique continuel qui potentialise ces contraires pour faire émerger une troisième dimension, ouverture créative de nouveaux sens » (p.121).*

***L'expérience du chiasme immobile dehors /mobile dedans et sentiment de profondeur :*** un autre chiasme est celui nommé comme le rapport insolite que représente la présence d'un mouvement interne alors que l'on est dans une situation d'immobilité : « *lorsque le sujet perçoit son mouvement interne, il le perçoit au sein de l'immobilité de son corps » (p.121)* laissant émerger une sensation nouvelle de rapport à soi : la présence « *l'expérience de ce chiasme lui révèle une nouvelle nature de présence à lui-même, l'immobilité lui révélant sa globalité et la mobilité une profondeur inconnue » (p.121).*

***Confrontation et vécu d'un état transitionnel :*** On retrouve aussi une phase de confrontation donnée comme une phase de transition dans laquelle une mobilité intérieure nouvelle génère une instabilité : « *Au moment où cette immobilité se remettait en mouvement, et où l'insensibilité redevenait sensible, la personne traversait parfois un état d'instabilité transitionnelle qui méritait d'être accompagné » (p. 56) .*

#### **5.9.4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

***Principe du vivant :*** En reprenant des citations de son journal de l'année 1980, D. Bois nous invite à comprendre que la force dont il parle aujourd'hui avait, dès le départ, un statut d'animation de la totalité de la personne : « *Mes mains captent une animation d'une autre nature, plus lente et concernant non seulement la matière, mais aussi la personne dans sa totalité (Journal, 1980)» (p. 53)* et une dimension de potentialité humaine : « *A force d'écouter le mouvement interne sous mes mains, j'ai fini par admettre qu'il est non seulement l'organe de la communication silencieuse du corps, mais qu'il est aussi le sens par lequel le corps de l'homme devient humain (Journal 1980) » (p.53).*

***Structure d'accueil organique :*** De même, il nous rappelle l'intérêt qu'il accorde aux fascias comme structure d'accueil de cette force de mouvement : « *Cette force interne, je l'explorais partout dans le corps de mes patients, mais plus spécifiquement dans les fascias » (pp. 52-53).*

***L'expression de la vie dans le corps*** est clairement un mouvement interne qui anime la matière de l'homme : « *Nous abordons le mouvement interne comme une animation de la*

*profondeur de la matière » (p.108) ou plus précisément une substance en mouvement car évolutive : « De notre point de vue, nous sommes plutôt en présence d'une substance en mouvement que d'une essence achevée. En effet, ce qui apparaît dans cette relation de perception [...] apparaît toujours sous la forme d'un processus évolutif, en devenir permanent » (p.108). L'évolutivité est liée au mouvement lui-même : « Le mouvement interne est principe d'évolutivité de par sa nature propre » (p.111) qui incarne la potentialité dans l'homme : « L'évolutivité même de la relation au sensible, [...] est une autre expression vivante de cette potentialité qu'incarne le mouvement interne » (p.111). Ce mouvement est donc porteur d'une force de régulation physique et psychique : « une substance en mouvement [...] portant en elle une force qui, non seulement participe à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme » (p.108).*

D.Bois considère ce mouvement comme une propriété immanente de la matière vivante « Pour nous, et dans ce sens-là, le mouvement interne est immanent à la matière, puisque nous estimons que c'est le mouvement interne qui est responsable de l'animation des tissus du corps » (p.123). Ds ce sens-là, il constitue l'ancrage premier du rapport au corps sensible : « Le mouvement interne est, pour nous, l'ancrage premier d'une subjectivité corporéifiée. Sous ce rapport, le sujet découvre un autre rapport à lui-même, à son corps, et à sa vie, il se découvre sensible, il découvre la relation à son sensible » (p.107) et le premier pilier du paradigme du sensible : « Le premier pilier, fondamental, du paradigme du sensible est donc le mouvement interne » (p.108).

### **5.9.5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

#### **5.1. Posture générale**

**Présence :** Il est dit que dans la relation au sensible, le praticien construit d'abord un rapport à lui-même, à son intériorité c'est à dire une présence : « [...] la nature de la présence qui est mise à l'œuvre dans notre approche est une présence à soi, à partir d'un contact conscient avec l'intériorité du corps » (p. 49). Puis, il est question que c'est à partir de cette présence à soi que se construit le rapport aux autres : « se construit progressivement, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde, qui place, [...], la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance. » (2009, pp. 105-106).

## 5.2. *Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active*

**Perception :** Elle est présentée sous trois formes : une modalité perceptive qualitative : *d'une modalité perceptive paroxystique capable de pénétrer l'intériorité vivante du corps* » (p. 50) ; un acte de perception qui établit un rapport spécifique : *« Il nous faut donc maintenant présenter la nature de rapport adéquat pour pénétrer le monde du sensible. Cette notion de rapport nous fait voir le sensible comme étant aussi un acte spécifique de perception »* (p.111) ; une saisie perceptive qui se donne de l'intérieur : *« [...] je soupçonnais la présence d'une perception qu'il fallait redécouvrir en plongeant dans soi »* (p. 51).

**Attention :** L'auteur distingue la qualité d'une attention active du sujet liée au fait de la perception de choses subtiles : *« [...] la subtilité des informations qui apparaissaient dans le corps appelait à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité »* (p. 59) et l'attentionnalité caractérisée par une mutation de l'attention, posée par le sujet dans laquelle il laisse venir les informations à lui : *« le sujet n'est plus actif de manière volontaire, mais où son attention est « aspirée », en quelque sorte, par le phénomène qui émerge et qui s'impose de lui-même dans son champ perceptif »* (p. 113).

**Neutralité active :** D. Bois nous invite à une description très élaborée de sa notion de neutralité active en précisant que *« cette posture, qui est un des piliers fondamentaux du paradigme du sensible, »* (pp.111-112) est celle qui permet de pénétrer le monde du sensible.

En ce qui concerne la neutralité, il la définit comme un *« 'laisser venir à soi' les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu à venir »* (p.113). Trois conditions apparaissent définir la posture de neutralité : tout d'abord une suspension des attentes : *« un 'savoir attendre' qui consiste d'abord à ne pas anticiper ce qui va advenir. Ce « savoir attendre » est ce qui permet aussi de respecter le principe d'évolutivité du sensible qui se déploie à la mesure des capacités perceptives du sujet »* (p.113). Puis, s'éloignant de la notion d'épochè prônée par la phénoménologie (Husserl, 1965, 1996 ; Varela, Vermersch, Depraz 2000), l'auteur définit la posture d'observation comme une invitation *« à se tenir dans un « ailleurs » et un « autrement » au sein de l'acte perceptif »* (p.113) dans laquelle le rapport à soi semble essentiel : *« Il s'agit donc de soigner*

au contraire la présence à soi et d'habiter le lieu du sensible où l'apparaître se donne sous une forme perpétuellement mouvante »(p.113). Enfin, cette posture de neutralité demande une implication totale : « Une autre différence, qui nous semble essentielle [...] est que la neutralité dont nous parlons repose paradoxalement sur une totale implication du sujet dans l'acte perceptif, une totale implication dans la relation au sensible » (p.113).

Concernant la part active, elle est d'abord entrevue du point de vue de la perception. Agir au sein du sensible semble revenir à réajuster sa perception en temps réel de l'évolutivité : « La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille. Ces réajustements sont aussi nécessaires pour « coller » à l'évolutivité du sensible » (p.113). Puis, elle consiste en une neutralité qui s'adapte aux phénomènes qui émergent de la relation : « Ainsi, cette posture procède d'une infinité de précautions afin de ne pas peser sur les phénomènes qui émergent de la relation au sensible » (p.113).

Enfin, D. Bois parle de chiasme pour définir l'entrelacement particulier que représente la neutralité active : « En effet, celle-ci réclame de garder l'équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active » (p.121). Il est question aussi de l'enjeu particulier que cette posture représente pour un praticien : « l'effet de cette posture est de faire découvrir au sujet une proximité intime inédite et unique avec les vécus internes ; unique parce qu'éphémère, éphémère parce que toujours reposant sur cet équilibre fragile entre neutralité et activité (p.121).

#### **5.9.6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

- ***Entre patient et thérapeute***

Ici D. bois précise que résonance subjective et sensibilité sont deux attributs de la relation au sensible : « En même temps, le terme sensibilité emporte avec lui une dimension qualitative qui pointe la résonance subjective accompagnant toute réception d'information par le corps » (p.106). Dans une relation d'aide, il nomme la nature du rapport entre les deux personnes comme une réciprocité de résonance : « Nous parlons alors de réciprocité de résonance entre contenu observé et observateur » (p.113). Ce rapport est évolutif et se nourrit d'échanges : « Au sein de cette réciprocité sensible se dévoilent des allers/retours spontanés

*qui se potentialisent mutuellement et simultanément par l'entremise de l'attentionnalité » (p.113).*

Puis, il est question des conditions de saisie des informations au sein de cette relation : tout d'abord, la donnée subjective apparaît non dissociable de la donnée organique qu'elle accompagne et se vivent ensemble au sein de la relation : « *Il ne s'agit donc pas de restreindre le terme de sensible au champ biologique ou organique mais de saisir ensemble subjectivité et organicité » (p.106).* Ensuite, la relation sensible implique un 'foisonnement des sens' : « *Cependant nous ne recherchons pas le vide, mais au contraire la plénitude de sens émergeant d'une proximité radicale du sujet avec sa corporéité sensible » (p.113).* Enfin, la temporalité engagée nommée 'l'immédiateté' semble un gage d'accès à un contenu formateur : « *Dans ce contexte, l'immédiateté est en somme ce qu'il y a de plus profondément perçu au cœur de la réalité présente. Retenons ici la notion de profondeur qui évacue l'idée d'une immédiateté périphérique qui n'apprend rien qui soit spontanément formateur » (p.113).*

Enfin, D. Bois précise le type de rapport engagé dans la relation au sensible et qu'il nomme réciprocité actuante. Il ancre sa définition tout d'abord sur la notion d'implication totale qui traverse tout l'acte de la relation et qui en détermine l'évolutivité : « *Nous avons choisi le terme de 'réciprocité' pour insister sur le fait que le sensible se donne sur un mode d'implication partagée, du pédagogue avec son étudiant, du thérapeute envers son patient, et même du sujet envers son propre mouvement interne. En effet, c'est par l'implication totale du sujet dans la relation de perception de soi que le sensible se dévoile le sensible n'est pas un objet extérieur au sujet, le sensible est le sujet lui-même dans son devenir actualisé. L'évolutivité qui naît de cette implication dans la relation au sensible, de cause en effet, d'effet qui devient cause effectrice, est alors un signe de la réciprocité entre percevant et perçu » (p.115).*

Puis, il définit le mot actuant qui prend deux sens ; celui d'être d'abord un acte dans le sens d'une action précise : « *Enfin, nous avons précisé la réciprocité par le terme 'actuant' pour mettre en valeur les faits suivants : la relation au sensible résulte toujours d'un acte conscient, dans une situation spécifiée ; il y a mise en oeuvre d'une action précise ; il y a des conditions d'accès précises » (p.115) ; puis d'une actualisation : « *De plus, 'actuant' rappelle**

*aussi la notion d'évolutivité propre au sensible : le sensible est une potentialité qui s'actualise par le rapport d'implication que le sujet instaure avec lui-même » (p.115).*

Enfin, il définit le mode d'influence réciproque vécue dans cette relation vécue comme un 'cheminé ensemble' : *« Ce mode traduit donc un rapport d'implication et d'influence entre le percevant et la chose perçue. La réciprocité actuante constitue pour nous le prima de la relation qu'un sujet instaure avec lui-même mais aussi avec autrui, pensons à la relation de toucher dans un cadre thérapeutique, par exemple. Elle donne lieu à des variations infinies, à des passages d'état vers d'autres états, à une circulation de sens qui se donne au sujet qui en est la cause. L'observé et l'observant cheminent ensemble et s'inter influencent en permanence dans la clarification sensorielle et cognitive de ce qui émerge du rapport au corps sensible » (2009a, p. 115)*

En dernier lieu, l'implication et la résonance réciproque font 'touchant' et 'touché' vivent une expérience perceptive partagée : *« Entrer en relation avec le mouvement interne d'un sujet, par le toucher manuel, demande de la part du « touchant » une implication dans son geste qui va au-delà de l'empathie classique et qui s'appuie sur la relation que celui-ci installe avec son propre mouvement interne, le touchant devient touché ; l'effet résultant de cette réciprocité de résonance, que nous avons déjà évoqué, est l'émergence d'un fonds perceptif commun, partagé en toute conscience, par les deux acteurs » (p.122).*

#### ▪ **Participation du patient**

Ici, D.Bois nous rappelle lui-même les étapes de l'implication du patient dans son évolution. Il évoque la passivité du patient dans les débuts de la fasciathérapie : *« Jusqu'alors le patient était passif sous les mains du praticien et confiait son langage intérieur dans la confidentialité tissulaire, un langage inaudible, mais aussi invisible à l'œil nu » (Bois & Austry, 2009b, p. 55).* Puis, c'est le contexte lui-même qui a fait passer l'acte manuel de la notion de soin curatif à celui d'éducation du rapport au corps, celui-ci devenant matière à vivre des expériences de soi : *« Dans le contexte de la somato-psychopédagogie, les instruments pratiques – qui étaient, dans la fasciathérapie, essentiellement tournés vers le soin- devenaient le prétexte à vivre l'expérience du sensible à partir de laquelle le sujet questionnait son vécu corporel » (Bois & Austry, 2009b, p. 58).* Dans ce contexte, le touché

est prétexte à rendre consciente la subjectivité du patient : « [...] toutes mes interventions pédagogiques convoquaient une perception paroxystique de nature corporelle invitant la personne à saisir la subjectivité corporelle au cœur de l'acte perceptif » (Bois & Austray, 2009b, p. 61). Il est donc invité à un acte perceptif soutenu : « [...] la subtilité des informations qui apparaissaient dans le corps appelait à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité » (Bois & Austray, 2009b, p. 59) guidé par un entretien en temps réel de la séance : « Je posai aux personnes une série de questions durant le déroulement de la séance manuelle [...]. Cette attitude pédagogique obligeait la personne à poser son attention de façon active sur les manifestations internes de son corps, accédant à des informations qui, jusqu'alors, échappaient à sa perception » (Bois & Austray, 2009b, pp. 64-65).

Il apparaît que dans la relation au sensible, l'acte majeur de la participation du patient soit d'abord la reconnaissance du mouvement interne : « Mais ce qui étonne le plus est certainement l'expérience vécue et conscientisée d'une mobilité qui se meut lentement et de manière incarnée au sein d'une immobilité intérieure » (p.112), et ensuite la valeur qu'il lui accorde comme support de son processus d'évolutivité : « C'est d'ailleurs pour nous ce qui définit la présence du sensible et la relation de la personne avec son sensible dès lors que la personne témoigne, en pleine conscience, du processus dynamique qu'elle sent en elle » (p.108).

## CHAPITRE 6 : INTERPRETATION TRANSVERSALE DES DONNEES

---

Dans ce chapitre, afin de préserver la fluidité de la lecture, les livres seront nommés livre 1, livre 2 etc....en référence à la liste ci-dessous.

Livre 1 : Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde, 1984
Livre 2 : Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles, 1985)
Livre 3 : La vie entre les mains, 1989
Livre 4 : Une thérapie manuelle de la profondeur, 1990
Livre 5 : Thérapie et mouvement, Actes du 1 <sup>er</sup> congrès international Méthode Danis Bois
Livre 6 : Le sensible et le mouvement, essai philosophique, 2001
Livre 7 : Un effort pour être heureux, 2002
Livre 8 : Le moi renouvelé-Introduction à la somato-psychopédagogie, 2006
Livre 9 : Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie, 2009

### **6.1.Analyse et interprétation de l'évolutivité du principe de force mis en jeu dans le point d'appui**

---

*Dans le premier livre*, (1984b), le principe de force est très semblable à ceux proposés dans l'ostéopathie : « la vie, c'est être vivant » (Ibid., p. 77), ou encore « être vivant, c'est posséder en soi une motilité inhérente » (Ibid., p. 77). Ici, le mouvement, est synonyme de vie, et la vie synonyme de mouvement, aussi bien en ostéopathie, qu'en Fasciathérapie. Il apparaît également un autre point commun, le fascia est le lieu où s'exprime le vivant et en constitue sa courroie de transmission. Le fascia entrevu par D. Bois reprend les grandes lignes de l'ostéopathie fonctionnelle et l'on retrouve de nombreuses phrases de Still : « le fascia est la matrice probable de la vie et de la mort » (Ibid., p. 18), ou encore « le fascia est le laboratoire de la vie animale » (Ibid., p. 25). On note également l'importance du sang

rejoignant en cela le concept Stillien qui donnait une grande importance à la libre circulation du flux sanguin.

Un autre point de vue est partagé, celui de la présence d'une force d'autorégulation autonome à l'homme. Toutefois on y trouve une différence, car Still adhérait à la philosophie du perfectionnisme (Si Dieu est parfait, comment toutes choses créées par lui, y compris le corps humain, pourraient être imparfait). Ainsi, dans cette mouvance spirituelle, on retrouve chez Still de très nombreuses références à Dieu, qui propose de s'adresser à la « pharmacie de Dieu ». Dans le discours de Danis Bois, la notion de Dieu n'apparaît pas, et est remplacée par la notion de cosmos pour définir la présence d'une force supérieure à l'homme, pensant que la notion de cosmos était plus neutre, plus proche d'un principe du vivant non relié à une dimension religieuse. Mais l'idée qu'il existe une force extérieure à l'homme et que cette force se matérialise progressivement dans les tissus du corps demeure. La notion de cosmos se retrouvera dans le second livre (1985c) puis disparaîtra progressivement de son discours dans les autres ouvrages.

*Dans le second livre*, (1985c), on retrouve la dimension du cosmos mais la structure organique d'accueil s'enrichit du terme « matière ». On voit déjà poindre la volonté de sortir de la seule enceinte du fascia comme intermédiaire de l'animation interne. La vie s'exprime dans tous les tissus du corps, quelle que soit son origine embryologique. Ce phénomène d'extension se retrouve dans les termes matière pour définir la participation de l'ensemble de la matière du corps comme structure d'accueil du principe de force et comme bras de levier. De la même façon, pour marquer ce phénomène d'extension, on retrouve la notion de motilité oscillatoire cellulaire (M.O.C) déjà abordée dans le premier livre. En effet, non seulement toute la matière est concernée par le principe de force, ou par le mouvement de la vie, mais aussi toutes les cellules de l'organisme. On perçoit les prémices d'une émancipation de l'ostéopathie. On voit l'émergence du modèle de la loi un tiers/deux tiers qui définit la participation active du patient à son processus de régulation. Au départ le praticien est interventionniste pour déclencher le principe d'autorégulation puis progressivement c'est le principe d'autorégulation qui fait son œuvre. A noter que celui-ci dépend autant de la force organique que de la participation du patient. Le point d'appui nommé pour la première fois, dans le geste comme des temps de repos et d'immobilité manuels apparaissent comme un

moment opportun de mettre en jeu cette force d'autorégulation qui permet à cette dialectique d'apparaître.

*Dans le troisième livre* (1989c), on retrouve la notion du cosmos « pouls cosmique », « artère du cosmos » ainsi que la notion de M.O.C, avec une particularité rythmique de douze fois par minute, rompant avec le rythme proposé par l'ostéopathie. C'est dans ce livre qu'apparaît la notion de « dynamique vitale », terme intermédiaire pour sortir de la dimension cosmique et être plus proche d'un principe inhérent au corps. Cette dynamique vitale est décrite comme un élan essentiel qui crée la vie organisée dans le corps de façon très matérielle. Il s'agit là d'un principe de force individualisé qui rencontre des obstacles à son expansion. Ce débat se retrouve au travers de la trilogie mental/corps/dynamique vitale mettant en jeu, au point d'appui deux forces dynamiques qui s'opposent et qui paradoxalement se potentialisent. On voit apparaître progressivement à travers ce concept une interaction entre les forces vives du corps et le mental qui s'y oppose. C'est en quelque sorte les prémices d'une vision plus globale de la fasciathérapie qui commence à s'intéresser à la personne elle-même et non plus seulement à ses forces organiques. Nous verrons que la notion de « point d'appui » apparaît pour la première fois dans ce livre à la lumière de cette dialectique opposition/potentialisation. Il est clair que le point d'appui qui jusqu'alors n'existait pas dans le discours de la fasciathérapie, contrairement à l'ostéopathie fonctionnelle, a été déclenché par la rencontre et l'étude de cette dialectique que D. Bois a rencontré sous sa main. De nombreux passages vont dans ce sens où d'un côté la dynamique vitale s'oriente vers la vie et le mental refuse de lâcher prise. C'est pourquoi on voit apparaître différentes natures de point d'appui qui seront développées plus tard. Avec le point d'appui apparaît une nouvelle formulation du principe de force qui s'incarne dans l'élasticité du tissu et de la matière et prend le nom de « tension régénératrice exponentielle ».

Une année après, en 1990 paraît le livre « *Thérapie manuelle de la profondeur* » dans lequel le concept du point d'appui prend forme. La dynamique vitale est toujours au premier plan ainsi que la dynamique contractile élastique des fascias. On note également des éléments de précision de la tension régénératrice exponentielle mais sous l'angle de la pratique.

En 2001, on note à travers la publication d'une conférence de mai 2000 parue dans un ouvrage collectif « *Thérapie et mouvement* » la notion d'un principe actif cinétique, principe

ontogénique qui se donne sous la forme d'une substance en mouvement. On retrouve dans cette vision du principe de force une substance cinétique indéterminée qui remplace la notion de cosmos et un mouvement déterminé qui s'exprime sous la forme d'un mouvement interne. Cette dernière notion devient essentielle dans la fasciathérapie et présage une nouvelle ère de cette méthode et confirme la rupture avec l'ostéopathie. Ce mouvement présente des caractéristiques qui participeront à une nouvelle dynamique de recherche. D'abord, ce mouvement interne est indissociable de la matière vivante. A ce moment précis, la fasciathérapie n'est plus représentative du travail essentiellement ciblé sur le fascia au point d'évoquer le changement de terminologie. En effet, le terme fascia contenu dans celui de fasciathérapie devient trop réducteur par rapport à la réalité organique mise en jeu dans le corps, y compris à l'intérieur de l'os. Après réflexion, il a été décidé de conserver le nom de cette méthode tout en privilégiant le modèle du mouvement interne comme principe de force d'autorégulation. Au fil des années, le modèle du mouvement interne a pris une nouvelle forme mais il est incontestable que son exploration a modifié considérablement la pratique. Avec l'arrivée du mouvement interne est apparue la vitesse lente du suivi dynamique manuel, une rythmicité de deux fois par minute, et une incarnation du mouvement dans la matière, l'ensemble constituant un principe de force organisé au service de la régulation.

La même année 2001 est paru un essai philosophique nommé « *Le sensible et le mouvement* » qui confère au mouvement ses lettres de noblesse. C'est aussi là qu'est traité de façon approfondie une nouvelle thématique « le sensible », donnée qui marque un tournant dans l'évolution de la fasciathérapie. Dans cet ouvrage on y retrouve la notion de mouvement substantiel comme principe de création et de force universel et le mouvement interne comme principe d'incarnation dans la matière. Une notion très importante accompagne la donnée du sensible est la capacité immanente de la matière à percevoir, sorte de septième sens. On voit apparaître des notions telles que paroxysme perceptif, de ressenti dans l'expérience du sensible et qui permettent le dévoilement d'une dimension constitutive de la nature humaine au cœur de sa matière.

Dans la foulée D. Bois écrit un autre essai philosophique « *Un effort pour être heureux, 2002* » qui apporte quelques précisions sur la nature du principe de force mise à l'œuvre dans la fasciathérapie. On comprend que le mouvement interne est une puissance de

vie autonome à la volonté de l'homme. Il est le support d'une force de résilience véhiculant, un principe de force, un principe de solution et un principe d'espoir dans la mesure où elle va toujours dans le sens de la résolution en l'absence de résistance. Cet ouvrage fait un plaidoyer de l'effort, donnant à l'homme le statut de sujet capable de prendre sa destinée en main. Il y a donc à travers ce livre la rencontre entre un principe de force autonome et le déploiement d'un effort individuel qui composent ensemble pour résoudre l'ensemble des problématiques physiques, psychiques et émotionnelles de l'homme.

Quatre années plus tard, en 2006, D. Bois écrit « *Le moi renouvelé* » qui synthétise la donnée du mouvement interne et fait de celui-ci le principe de force de régulation organique autonome mais qui, cette fois-ci, s'étend à l'équilibration somato-psychique.

En 2009, *dans le livre 9*, on retrouve quelques passages sur le principe de force qui reprend le principe du vivant sous l'angle de la potentialité. Le mouvement interne enrichit son statut et devient l'expression du principe d'autorégulation du vivant. Il s'agit d'un principe de force qui pousse ou tracte l'homme vers le meilleur ou pour le moins vers le plus grand. Cette dimension du mouvement interne liée à la potentialité englobe un principe de force, un principe de régulation de la matière, et un principe d'équilibre somato-psychique. Il ne s'agit plus ici d'explorer le plus grand que l'homme mais le plus grand de l'homme. Dans cette perspective, le principe de force s'est laïcisé dans la mesure où D. Bois questionne la potentialité de la nature humaine : le sens par lequel le corps de l'homme devient humain. Cependant, il apparaît une dimension supplémentaire qui met en jeu le caractère éducatif de la relation au mouvement interne. En effet, le mouvement interne est un principe d'évolutivité de par sa nature propre, mais la relation que la personne entretient avec lui, lui permet d'apprendre et de tirer du sens de cette relation sensible. Ce principe de force engendre des changements significatifs de son état d'être et de son ouverture à une réflexion plus riche.

*Aujourd'hui*, le principe de force est indissociable de la nature humaine. D. Bois pose la question : « que savons-nous de la nature humaine, et sait-on seulement ce dont elle est capable ? ». Il s'agit d'explorer la partie la plus grande de l'homme et non ce qui est plus grand que l'homme, en s'appuyant sur l'expérience du vivant en soi. Dans cette perspective, c'est l'expérience sensible de l'essence de la vie qui prime grâce à un tact intérieur capable de

convoquer et de dynamiser la nature sensible de l'homme. Dans ce cadre, le mouvement interne est considéré comme le premier pilier du paradigme du Sensible.

## **6.2. Analyse et interprétation de l'évolutivité du geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

---

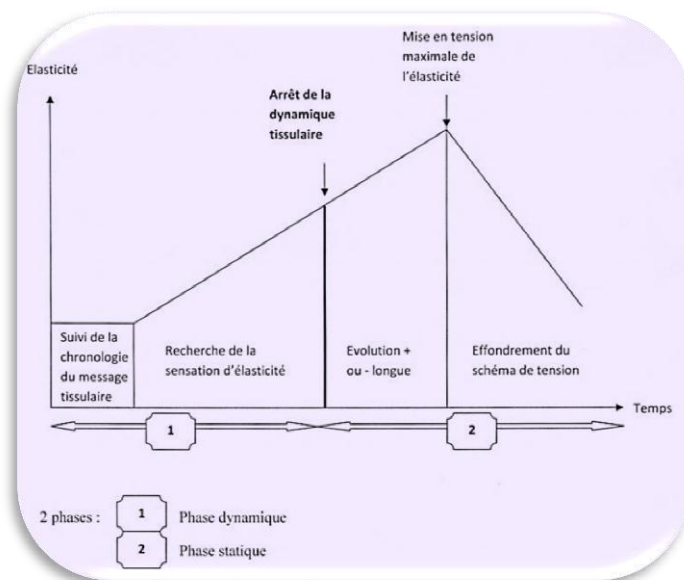
Curieusement dans le *premier livre* qui avait la vocation de poser les premiers concepts de la fasciathérapie le terme point d'appui n'apparaît pas. On peut s'étonner dans la mesure où le point d'appui est abondamment utilisé dans le champ de l'ostéopathie fonctionnelle. Plusieurs termes y définissent le point d'appui : le fulcrum, still point et sont entrevus de différentes manières selon les auteurs et selon le niveau d'application technique et d'implication spirituelle. Ainsi, on trouve dans la littérature des points d'appui physiques, physiologiques, spirituels, et de conscience. Ces points d'appui peuvent représenter des points d'équilibre naturels au sein d'une fonction du corps ou des supports au déploiement d'une force (bras de levier) ou entrevus comme immobilité ou point de repos ou de santé qui activent le potentiel inhérent du principe actif. On retrouve également les qualités nécessaires à instaurer un bon point d'appui manuel, la main ne doit pas rester rigide et doit accompagner tout le processus dynamique interne engendré par le point d'appui. La main est donc à la fois totalement immobile tout en s'adaptant au changement survenant dans les mouvements d'échanges rythmiques. Certains auteurs et notamment Becker proposent un contact avec le corps alerte, vivant, expérimentant, tranquille et constamment en situation de réajustement par rapport à la physiologie corporelle éveillée. L'ostéopathe dans cette situation est un acteur réflexif qui est capable d'évaluer le temps réactif qui sera nécessaire pour invoquer et induire l'échange rythmique dans les multiples couches du corps. On comprend alors que les points d'appui sont utilisés comme diagnostic-traitement et comme geste libérateur. Le point d'appui est pour Becker une étape correctrice vers la santé en sollicitant un schéma de coopération dynamique avec la physiologie globale du corps du patient. Ainsi, on retrouve la notion de point d'appui chez Sutherland, Becker, Duval, Tricot convoquant les dimensions que nous venons de synthétiser. Il est clair que ce point d'appui est senti, ressenti, partagé, expérimenté

par les praticiens qui l'appliquent. C'est bien à travers le point d'appui que l'ostéopathe définit un état de santé par rapport à un état de maladie et définit le processus vivant qui accompagne le temps de la régulation physiologique, rythmique.

On retrouve dans cette vision du retour à l'équilibre un moteur supérieur à l'homme dans la mesure où, pour Sutherland, les lois de l'équilibre n'ont pas été écrites par la main humaine. Finalement Sutherland propose de demeurer immobile afin de permettre à la fonction physiologique intérieure de se manifester. On note également que le point d'appui s'applique sur la motilité inhérente interne sur le mode du mécanisme respiratoire primaire grâce auquel la main va générer un moment d'arrêt qui servira de bras de levier à ce mécanisme d'ensemble.

Qu'en est-il du point d'appui dans la fasciathérapie ? Pourquoi cette notion n'apparaît-elle pas dans les premiers temps de l'émergence de la Fasciathérapie ? La réponse ne figure pas dans les ouvrages analysés excepté dans le premier ouvrage où D. Bois remet en cause le mécanisme respiratoire primaire dans son principe physiologique expliquant en partie l'absence du point d'appui manuel dans la mesure où celui-ci s'appuyait sur le seul modèle du mécanisme respiratoire primaire (M.R.P). On retrouve cependant dans le geste proposé en fasciathérapie des données qui évoquent le point d'appui ostéopathique, mais sans être relié directement au M.R.P « S'il est bon de pénétrer dans le tourbillon infini du fascia, il faut savoir y mettre fin en temps voulu » (Bois, 1984, p.211) ou encore « cette mise à terme s'effectue après avoir suivi l'envie de ...au moment jugé opportun » (Ibid., p.211). Le moment opportun s'exerce à deux niveaux, au moment de l'application du point d'appui et au moment de l'arrêt du point d'appui. Dans cette perspective, on note la présence de deux temps thérapeutiques, à savoir le suivi dynamique manuel et une phase statique qui résulte d'un moment d'arrêt jugé opportun. Cependant, on trouve une première différence au niveau de l'application du point d'appui manuel puisque le contact direct doit concerner un maximum d'éléments anatomiques à travers des butées, des tractions extrayant la capacité élastique des tissus « il faut travailler en même temps, dans une même prise, et non isolément le fascia et l'os » (Ibid., p.211). Le praticien devait dans ce cas rechercher la sensation d'élasticité du fascia et de l'os puis la mettre en tension maximum. Pendant le temps d'arrêt on note une pression profonde mais jamais immobile représentant ce que D. Bois appelait pression juste.

Figure 3 : Diagramme crée par Marie-Christine Marty de la courbe de mise en tension maximale des mouvements osseux et de l'élasticité des fascias à partir des données du livre « Concepts fondamentaux de fasciathérapie, et de pulsologie profonde » (Bois, 1984)



*Dans le livre 2*, on retrouve la notion de point d'appui « ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne » (Bois, 1985, p.87). Ici, le point d'appui prolonge ce qui est apparu dans l'analyse précédente. C'est à ce moment-là qu'apparaît la technique dite du « chien d'arrêt » appelée ainsi pour définir l'état de vigilance particulier qui accompagne le point d'appui.

Dans ce livre apparaît la première définition du point d'appui « arrêt circonstancié mettant volontairement un terme au voyage spontané des tissus » (Ibid.p.33). On retrouve également la notion d'élasticité, de suivi dynamique du tissu, la traction-butée et de globalité tensionnelle afin de créer un point de stabilité autour duquel se normalisera le corps. Le point d'appui est également utilisé pour définir l'état de tranquillité du praticien au sein de son action « être un point d'appui émanant d'une certaine tranquillité du thérapeute, parfois suffisante pour permettre au corps de s'autoréguler » (Ibid.p.33).

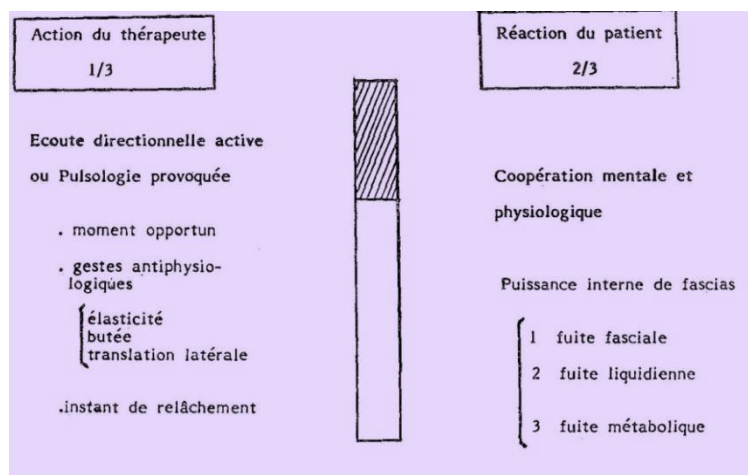


Figure 4 : Schéma de la loi 1/3-2/3 extrait de « Fascias/sang/rythmes » (Bois, 1985)

Dans le livre 3 on retrouve toutes les composantes analysées ci-dessus. On note cependant une précision de la définition du point d'appui « le point d'appui manuel est une résistance constructive offerte au corps pour lui permettre de solliciter son potentiel d'autoguérison » (Bois, 1989, p.74). Il apparaît clairement que la tension régénératrice est « perçue à la fois par le patient dans son corps et par le thérapeute sous ses mains » (Ibid., p.95). De cette manœuvre se dégage un premier niveau de bilan puisque plus la tension régénératrice apparaît et disparaît rapidement, plus la vitalité est importante ou encore plus l'intensité est stagnante, plus cela signe un refus du lâcher prise mental. Cette notion de résistance constructive présage de la tension régénératrice exponentielle qui apparaîtra dans le livre suivant et annonce la relation sur le mode de la réciprocité qui sera modélisée bien plus tard.

Par ailleurs, on remarque l'apparition d'un codifié dans le point d'appui qui concerne plusieurs natures de point d'appui, le point d'appui tissulaire, le point d'appui émotionnel, le point d'appui liquidien, le point d'appui mental qui annoncent la vision plus globale du point d'appui dans la mesure où, à travers lui est sollicité la vie émotionnelle et mentale de la personne traitée.

A travers ce livre on assiste à un changement de point de vue par rapport à la prise en compte de la personne. En effet, durant une certaine période le point d'appui s'exerçait sur la physiologie du corps puis, à travers le point d'appui émotionnel et mental le patient était

concerné par cette action et ressentait des tonalités de vécu corporel qui annoncent la « spirale processuelle du Sensible » qui sera modélisée en 2007 dans la thèse doctorale de D.Bois. Ainsi, on trouve dès 1989 la sensation de chaleur, de bien-être, de sensations savoureuses, une renaissance et plus ambitieux encore la redécouverte de la vie et cela du point de vue du patient.

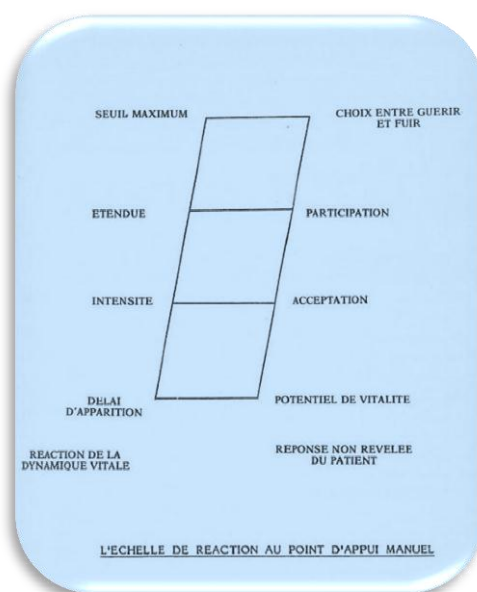


Figure 5 : Echelle de réaction au point d'appui manuel, extrait de « la vie entre les mains, 1989, p.91)

*Dans le livre 4*, « Thérapie manuelle de la profondeur » (Bois, 1990) on retrouve les mêmes critères développés ci-dessus avec en plus la notion de points d'ancrage et d'îlots tensionnels qui sont mis en jeu à travers l'élasticité du tissu, ce qui permet d'avoir une action plus globale sur l'ensemble des éléments anatomiques du corps. Cette technique permet d'augmenter considérablement l'étendue de l'impact thérapeutique tant en surface que dans la profondeur. C'est grâce au travail des zones à distance qu'a pu apparaître sous forme d'îlots de tension, un champ clos de travail autour du point d'appui et donner lieu à l'émergence d'un nouveau modèle que D. Bois a appelé la tension régénératrice exponentielle ou TRE (p.109). C'est donc en 1990 qu'au point d'appui s'est adjointe une définition très précise et très opérationnelle de la mobilisation de la force d'autorégulation incarnée dans le tissu. Apparaît alors cinq paramètres qui permettent au praticien de suivre l'évolution de la pertinence de son point d'appui. Parmi ces cinq paramètres, on trouve le délai d'apparition, l'intensité, l'étendue

et le seuil maximum puis l'effondrement donnant lieu à l'émergence d'un mouvement interne. Le modèle de la TRE a donné lieu à un diagramme qui permet de symboliser le processus de normalisation des tissus englobés dans le point d'appui y compris les os ou les zones non atteignables directement par la main, par exemple ou le poumon.

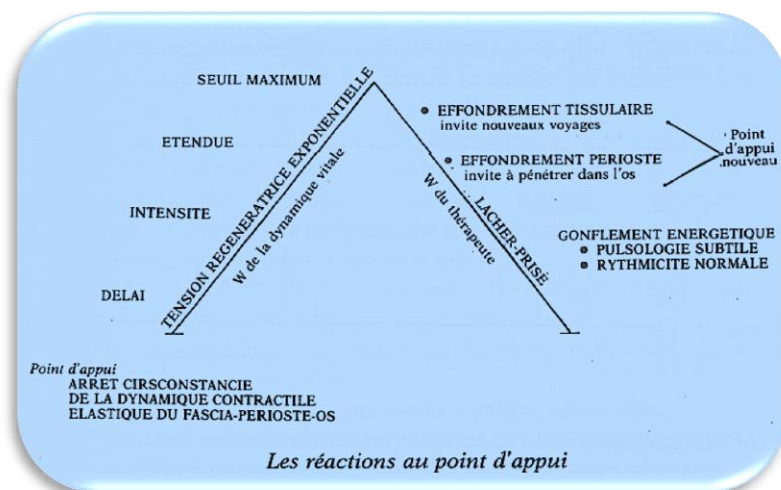


Figure 6 : Les réactions au point d'appui extrait de « Une thérapie manuelle de la profondeur » 1990, p.111

Par ailleurs, on voit très nettement apparaître la modalité relationnelle mise à l'œuvre dans le point d'appui nommé pour la circonstance pression de relation pour définir la pression qui répond à la demande du corps et qui suscite les confidences et la mise en confiance du corps. Le toucher relationnel trouve sa première définition : « un toucher relationnel respectant l'intensité, le moment et la localisation désirée par le patient » (Ibid., p.109). C'est ce même toucher relationnel qui va mettre en jeu le paramètre de l'intensité dans la TRE.

On note que grâce à la TRE le point d'appui est utilisé comme diagnostic et comme action curative. Plus précisément, ces deux fonctions sont réalisées simultanément et en temps réel de l'action par un jeu de réciprocité entre l'évaluation et la régulation qui en résulte et qui donne lieu immédiatement à une nouvelle évaluation suivie d'une nouvelle régulation remontant ainsi le schéma organisationnel de la pathologie.

**Les livres 5, 6, et 7** ne mentionnent rien à propos du point d'appui.

**Le livre 8** « le moi renouvelé » (Bois, 2006) reprend les données relevées ci-dessus mais le point d'appui change de statut. En plus de mobiliser les forces de régulation organique, le point d'appui a une action directe sur la régulation psychique ou plus précisément somato-

psychique. La TRE s'enrichit d'une composante tonique et apparait la notion de dialogue tonique à travers l'intermédiaire du jeu de modulations toniques en lien avec les paramètres de la TRE. Le délai d'apparition est associé à l'effet de résilience, l'étendue à la contagion tonique qui reflète la participation psychique de la personne au point d'appui, l'intensité reflète le sentiment d'implication de la personne à son processus de régulation, le seuil maximum de tension représente la potentialisation des deux forces opposées et l'effondrement représente la résolution tonique et la libération somato-psychique. Ainsi, le point d'appui actuellement est assimilé au toucher psychotonique dont le but est d'agir sur la modulation psychotonique sollicitée dans le point d'appui.

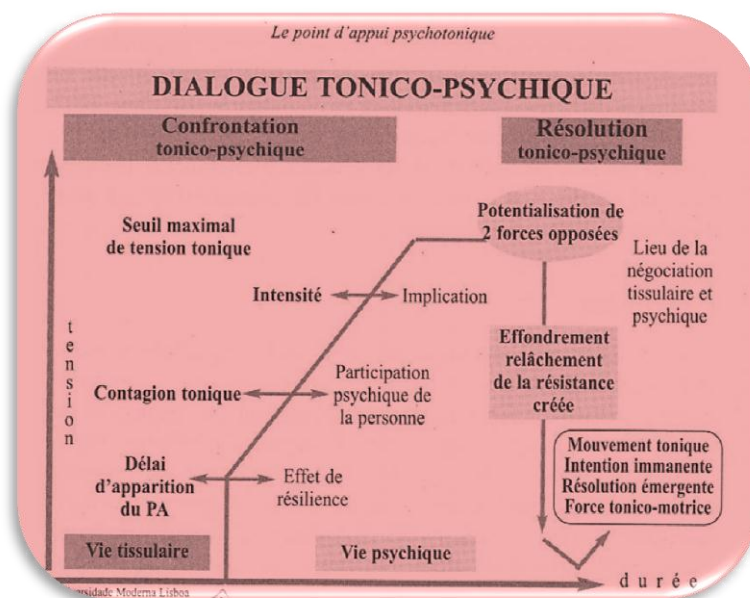


Figure 7 : « Le point d'appui psychotonique », p.207, extrait de « Le point d'appui à l'être » dans le livre « Vers l'accomplissement de l'être humain » (2009), identique à 2006

### 6.3. Analyse et interprétation de l'évolutivité de la posture adoptée dans la pratique du point d'appui

Nous l'avons esquissé, Becker donne quelques indices sur la posture que doit adopter l'ostéopathe dans le point d'appui. Chez Bois, la posture du praticien semble essentielle et on

retrouve de nombreux passages qui annoncent la posture de neutralité active qui constitue l'originalité de cette posture dans la fasciathérapie. Aujourd'hui, la posture de neutralité active est adoptée dans le paradigme professionnel mais aussi dans le paradigme scientifique. La présence de données précoces en faveur de la posture de neutralité active a été une surprise puisque *dès le livre 1* la question de la « neutralité » est soulevée et on accède à une première définition de ce terme « ne jamais préjuger mentalement ni autrement [...], ne pas projeter la moindre pensée directrice » (1984b, p. 142). En effet, selon D. Bois le degré de réceptivité d'un corps est directement proportionnel à la disponibilité du mental et du cœur. Cela se traduit par une présence sereine et une perception subtile voire « perception extra sensorielle » (Ibid.p.167). On retrouve dès 1984 les prémices du Sensible puisqu'il s'agit de percevoir autrement que par les cinq sens utilisés classiquement pour suivre la chronologie des informations internes et spontanées.

On voit apparaître contemporanément la donnée « active » qui définit l'action volontaire du praticien qui doit suivre en même temps une force autonome et l'accompagner de façon active sous la main, en l'accéléralant, en l'amplifiant, en sollicitant des moments d'arrêt ou des orientations différentes et en créant des compromis tissulaires. On note qu'à cette période l'action définit aussi le mode d'intervention manuel pour créer les conditions de mobilisation des ressources internes quand celles-ci sont absentes sous la main.

Puis les deux termes sont associés sous le vocable « posture neutre et active » pour montrer que ces deux temps sont appliqués simultanément dans un même geste et au cœur de l'action.

En 1985, *dans le livre 2* on retrouve cette nature de posture qui demande un état de vigilance particulier « technique du chien d'arrêt » (Bois, 1985, p.87) associée à la tranquillité, au respect et à la rigueur. La posture de neutralité active s'affine dans sa définition « la neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile » (Ibid., p.83). On comprend que l'écoute requiert une neutralité parfaite puisqu'elle accompagne scrupuleusement, sans action directrice le voyage intime du tissu et implique une action au cœur de cette neutralité en proposant un ralentissement, une accéléralation, des moments d'arrêt, des « contre-pieds » aux voyages spontanés, une sollicitation des degrés différents d'élasticité et des couches anatomiques selon des prises adéquates. Cette posture de neutralité active s'applique aussi dans le suivi dynamique

tissulaire. On voit dans cet ouvrage le déploiement de trois écoutes, l'écoute méditative neutre qui illustre la neutralité absolue, l'écoute amplificatrice semi-active qui représente l'association simultanée de la neutralité et de l'action et enfin l'écoute directionnelle active où l'action précède la neutralité en déclenchant l'émergence du voyage tissulaire spontané.

En 1989, *dans le livre 3* les termes solidité, humilité et conscience aiguisée font leur apparition. Là encore on retrouve la dimension de neutralité « les mains du fasciathérapeute se laissent guider » (Bois, 1989, p.88) et la dimension active s'enrichit d'un nouveau sens puisque D. Bois fait la différence entre le voyage tissulaire soumis à la loi de la physiologie organique et la demande du corps qui exprime le souhait profond et silencieux de la personne qui habite le corps. La main doit donc composer avec ces deux informations qui parfois apparaissent dans un même élan. Dans ce cas, la priorité est donnée à la demande du corps et nécessite donc une intervention active de la part du praticien lorsque les deux informations sont contradictoires. Là encore, les trois écoutes de base sont reprises.

En 1990, *dans le livre 4*, on retrouve les mêmes critères de neutralité active mais on accède à l'arrière scène des modalités pédagogiques qui sont mises à l'œuvre pour permettre au fasciathérapeute d'accéder à la posture de neutralité active. En effet, au-delà de la haute technicité qui doit être requise pour réaliser un bon point d'appui, on voit apparaître la dimension humaine du praticien « derrière une thérapie, il y a le thérapeute, et derrière le thérapeute, il y a l'homme » (Ibid., p.154).

*Dans les livres 6 et 7* le discours change et devient plus philosophique puisqu'on entre dans la philosophie du sensible agissante. Il est question dans ces ouvrages de paroxysme perceptif « je suggère un cadre de perception où la discrimination des détails s'annoncent » (Bois, 2001, p.36). Il s'agit ici de développer une attention et une intention spécifique et l'acte de perception est avant tout de nature pré-réflexive vouée et dévouée au présent. La résonance perceptive et l'écoute de ce qui est juste à venir privilégient la saisie des informations immédiates qui se donnent sous la main. On constate que percevoir de cette sorte demande d'installer une présence effective à soi en tant que praticien et que cette présence favorise le dialogue interne. Dans ces deux ouvrages, émerge un concept important dans la fasciathérapie « le concept de l'advenir » qui consiste à anticiper ou à, percevoir l'information à venir avant même qu'elle ne soit effective sous la main. On retrouve l'époche

qui permet d'être disponible et ouvert à toutes les informations qui se donnent sous la main en mettant en suspension tous ses a priori, ses présupposés, ses croyances.

Dans le moi renouvelé, *livre 8*, en 2006, l'accent est mis sur la présence à soi en tant que praticien « la qualité de présence va donc de pair avec la qualité de l'attention portés sur soi » (Bois, 2006, p.21). On voit très nettement dans tous les ouvrages la nécessité pour le praticien de faire un travail sur lui-même car la haute technicité manuelle est indissociable de la qualité de présence du praticien à ses actions, de l'attention qu'il porte sur l'intériorité du corps et nous sommes à l'ère du mouvement interne et de l'approche centrée sur la personne « ainsi lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité ; on ne s'adresse pas à un cœur, un foie, un os mais à un être vivant » (Ibid., p.72). Naturellement on retrouve la neutralité active en première place et qui est devenue un modèle à part entière de la fasciathérapie, c'est « l'attitude que doit respecter le thérapeute » (Ibid., p.77). Mais cette fois, la neutralité active est en quelque sorte plus humaine ou plus précisément elle demande que le praticien gagne en humanité dans sa main car il s'agit de toucher le patient, de l'impliquer et de lui permettre de se libérer de ses résistances. Finalement le fasciathérapeute prend le statut d'accompagnant qui doit permettre au mouvement interne de s'exprimer et solliciter les ressources personnelles pour dépasser les résistances propres au patient. Le point d'appui dans cette perspective est confrontant pour le patient puisque celui-ci se révèle à lui-même à travers le toucher psychotonique et la réaction psychotonique déclenchée dans le tissu.

On retrouve cette dimension humaine, *dans le livre 9* (Bois, 2009a) où la présence à soi, la perception, l'attention apparaît au premier plan. Là encore, la neutralité active est essentielle « La part de neutralité correspond à un 'laisser venir à soi' les phénomènes en lien avec le mouvement interne sans préjuger du contenu à venir et la part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille » (Ibid., p.113). On note l'importance de la posture du praticien dans cette action puisque le fasciathérapeute doit se tenir dans un 'ailleurs et un autrement' au sein de l'acte perceptif et doit s'ancrer profondément dans son rapport à lui-même pour accéder aux informations du patient. La neutralité réclame de garder l'équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active.

#### **6.4. Analyse et interprétation de l'évolutivité de la participation du patient dans le point d'appui**

---

Il est peu question de références à l'ostéopathie en ce qui concerne la participation du patient. Cependant, sa participation est implicite et de nature organique puisque le traitement ostéopathique vise à mettre en jeu un processus de régulation interne du patient. Seul Becker précisera que la vocation de l'ostéopathie est non seulement de permettre au corps de trouver un schéma de fonctionnement plus physiologique et à la personne un schéma de santé, mais qu'elle est de nature à permettre à la personne de prendre conscience de celui-ci. Chez Danis Bois, cette donnée apparaît progressivement et prend de plus en plus de place au fur et à mesure que l'on passe d'un paradigme biomédical au paradigme de l'accompagnement.

*Dans le livre 1* (1984b) il est clairement demandé au patient de rester passif c'est à dire immobile et dans un état de pré-endormissement pour favoriser le relâchement et diminuer ses défenses réflexes. C'est le processus même du geste thérapeutique qui fait que le patient est confronté. La participation du patient apparaît dans le lâcher-prise c'est à dire dans la décision d'accorder du crédit à la proposition de résolution qui se dégage du processus d'autorégulation.

*Dans le livre 2* (1985c), le schéma reste le même : il s'agit d'une « coopération mentale et physiologique » (1985c, p.88).

*Dans le livre 3* (1989c), la personne apparaît plus nettement avec la notion de trilogie mental/corps/dynamique vitale. Le geste thérapeutique ne met plus seulement en jeu un corps organique, mais sollicite la personne dans un « désir de guérir », une motivation qui sollicite ses capacités mentales et émotionnelles. Cette motivation trouve sa source dans l'accès à une perception consciente intérieure qui est sollicitée pour que le patient puisse « redécouvrir la vie » (1989c, p.103).

*Dans le livre 4* (1990), la participation du patient au point d'appui se développe au travers de la tension régénératrice exponentielle dont les phases décrivent le processus de sollicitation organique et psychique du patient. Les indicateurs de la réaction (intensité, étendue, seuil maximum) sont autant de signes qui permettent d'évaluer la participation du patient à son

processus d'autorégulation. On découvre que le patient a des enjeux et que sa présence est requise pour gérer ses enjeux.

*Dans le livre 5* (2001a), 6 (2001) et 7(2002), on ne retrouve rien sur la participation du patient au point d'appui.

*Dans le livre 8* (2006), la participation du patient prend toute sa valeur et la thérapie est centrée sur la personne. La réaction interne du patient se lit au travers de modulations toniques, réactions internes autant physiques que psychiques. Percevoir ces modulations devient l'enjeu du patient, puisque ces modulations se vivent en « éprouvés » de toutes sortes « éprouver les choses : éprouver son corps, son mouvement, ses perceptions, sa pensée » (2006, p. 134). Pour le patient il est ainsi question d'être acteur et spectateur, une posture nouvelle qu'il s'agit d'éduquer. On voit donc apparaître un enjeu d'apprentissage au point d'appui, qui se fait en trois phases : « je perçois », « je perçois que je perçois », « je perçois les effets de ma perception ». Le ressenti se donne en tonalités et ce sont d'elles que le patient apprend sur lui-même. Vivre les tonalités internes du Sensible devient un enjeu des outils de la Fasciathérapie et se vit simultanément à l'enjeu curatif tourné vers de la pathologie : le point d'appui est éducatif et curatif.

*Dans le livre 9*, D. Bois met l'accent sur le rapport au mouvement interne pour le patient qui définit le rapport au sensible dans le paradigme du Sensible : « C'est d'ailleurs pour nous ce qui définit la présence du sensible et la relation de la personne avec son sensible dès lors que la personne témoigne en pleine conscience du processus dynamique qu'elle sent en elle » (2009, p.108).

## **6.5. Analyse et interprétation de l'évolutivité du type de relation instaurée dans le point d'appui**

---

*Dans le livre 1* (1984b) et 2 (1985b), on trouve un mode relationnel proche de celui de l'ostéopathie dans lequel le praticien instaure les conditions d'un rapport empathique avec la personne par le biais d'une écoute tissulaire qui requiert présence, chaleur, osmose, neutralité et accompagnement respectueux. Le praticien se vit comme un observateur résonnant du

processus auquel il participe: « (...) rien ne peut plus profondément émouvoir l'observateur privilégié » (1985c. p.167).

*Dans le livre 3* « la vie entre les mains » (1989c) et le livre 4 « une thérapie manuelle de la profondeur » (1990), nous voyons apparaître la notion de « communion avec un patient » (1989 p.47) et surtout celle de « rencontre avec un être » (Ibid.p.101). La communication est tissulaire mais aussi de conscience à conscience. La relation prend en considération la dimension du rapport du praticien à lui-même et du praticien au patient avec la notion d'une intimité et une intensité de rapport qui comble les espaces (1990.p.89).

*Dans le livre 8* « Le moi renouvelé » (2006) livre, la relation sur le mode du dialogue tissulaire s'enrichit de la relation sur le mode du sensible du corps mais toujours fondé sur un langage silencieux (2006, p.71). Le jeu d'empathie ou de « communauté de présence » (Ibid., p.139) entre les acteurs de la relation est si important que D. Bois la nomme « réciprocité actuante » Ibid., p.139). La relation décrite habituellement comme asymétrique entre praticien et patient devient symétrique et partagée.

La réciprocité actuante est développée sous l'angle de plusieurs items : la notion de mise en commun des informations par le substratum subjectif du mouvement interne (D.Bois, 2007, Notes de cours cité par Bourhis, p. 294), la notion d'expérience partagée en conscience entre le praticien et le patient qui se traduit par le partage d'un fonds perceptif commun tout en conservant une singularité dans la saisie de la subjectivité corporelle (Ibid., p.295) et la notion d'influence réciproque par le substratum du mouvement interne et de la matière du corps. La notion d'implication est présente sous la forme de la notion touchant-touché. Sur le mode de la réciprocité actuante, la relation se vit sur le mode d'une information « qui circule entre le 'touchant' et le 'touché' et entre 'le touché' et le 'touchant', selon une boucle évolutive qui se construit en temps réel de la relation actuante » (Ibid., p. 295).

## CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET PRODUCTION DE CONNAISSANCES

---

Il m'a semblé pertinent de relever cette évolution à travers une analyse des différents ouvrages, en partant du début de la création de la fasciathérapie, et en respectant de façon chronologique l'évolution jusqu'au dernier ouvrage (2009). Cette exploration qui déroulait ainsi le temps, a permis de dégager les spécificités de cette approche.

Je constate que l'organisation que je me suis imposée dans le temps de l'analyse bibliographique m'a été précieuse pour dégager ces grandes lignes. Je note d'emblée le foisonnement d'informations qui se sont données à la lecture. Il me fallait les aborder de façon méthodique et l'approche catégorielle que j'ai utilisée s'est montrée pertinente pour répondre à ma question de recherche : **Quel est le processus évolutif du concept « point d'appui » et ses différents enjeux mis à l'œuvre en fasciathérapie Méthode Danis Bois ?**

### **7.1. En ce qui concerne les enjeux mis à l'œuvre dans le point d'appui**

---

Pour répondre à cette question de recherche, j'ai relevé les extraits qui étaient en lien avec le point d'appui manuel et dégager les différents enjeux qui étaient mis à l'œuvre dans cette pratique. J'ai dégagé cinq grands enjeux, à savoir le principe de force, la posture du praticien, le geste du point d'appui, la participation du patient, et le principe de réciprocité.

#### **7.1.1. Principe de force**

Ce premier mouvement de problématisation ne s'est pas donné d'emblée et a fait appel à une réelle discussion avec les données brutes. En effet, à titre de conclusion, je constate une association entre le point d'appui et le principe de force d'autorégulation et qui a donné lieu à cette réflexion « s'il n'y avait pas de force d'autorégulation, il n'y aurait pas de point d'appui. Et s'il n'y avait pas de point d'appui, il n'y aurait pas de stimulation de la force d'autorégulation ». Si, au début de l'émergence de la fasciathérapie le principe de force s'est,

appuyé sur celui proposé par l'ostéopathie, dès les années 1989 on voit un tournant de la vision du principe de force pour ensuite s'accomplir et devenir progressivement l'expression du principe du Vivant signant l'émancipation totale avec l'ostéopathie fonctionnelle.

### **7.1.2. Le geste du point d'appui**

Là encore, on note tout un processus progressif de l'émancipation du point d'appui réalisé en fasciathérapie de celui de l'ostéopathie. J'ai été surprise de noter l'absence du terme point d'appui dans le premier livre. Je me suis donc orientée vers la recherche d'indices qui annonçaient les prémices de ce terme. Au deuxième livre, le point d'appui fait son apparition donnant lieu à des convergences avec l'ostéopathie mais aussi et surtout à des points innovants au niveau de la pratique, de l'activation de la force d'autorégulation, et des impacts qui s'étendent à la globalité physique, psychique et émotionnelle. Aujourd'hui, le point d'appui manuel est inclus dans une 'théorie psychotonique' très éloignée du modèle de l'ostéopathie.

### **7.1.3. La posture du praticien**

Au fur et à mesure que je pénétrais dans les différents ouvrages, je voyais poindre dans les propos de D. Bois une posture du praticien qui prenait forme. J'avais accès à des indices qui, au départ, se présentaient sous une forme implicite et qui devenaient de plus en plus explicite. Cette évolution tranchait de plus en plus avec celle déployée dans l'ostéopathie fonctionnelle. On retrouvait des points de convergence tels que l'écoute, la non intervention, la présence, le respect de la force de régulation interne, la justesse dans la proposition manuelle. Je notais cependant la présence de données ciblées de façon particulière sur la posture du praticien comme point de départ à la performance du geste. Cette dimension, qui apparaissait en sous-teinte dans l'ostéopathie, prenait une place essentielle dans la fasciathérapie. Dans chacun des livres, on voit apparaître une posture novatrice constituée d'une attitude neutre associée à une attitude active de la part du praticien. Dans les derniers ouvrages, cette posture prend une forme définitive sous le nom de « posture de neutralité active » caractéristique de la fasciathérapie.

#### **7.1.4. Participation du patient**

Cette donnée constitue, par rapport à l'ostéopathie, une évolution certaine. On voit très nettement le processus évolutif qui caractérise la fasciathérapie par rapport à la participation du patient dans son processus de régulation. Au départ, on trouve un point de convergence avec l'ostéopathie puisque la prise en compte de la participation du patient se retrouve dans le processus de régulation sollicité dans et depuis le corps du patient. Dans cette perspective, la participation est somme toute de nature organique, et encore, cette donnée mériterait d'être discutée plus avant, dans la mesure où la force de régulation mobilisée est une force autonome au patient. On voit évoluer le modèle de la participation du patient à travers la prise en compte du champ émotionnel et mental du patient. A plusieurs reprises, et de façon assez précoce, cette dimension apparaît dans la fasciathérapie. Puis, de façon plus tardive, on voit apparaître la prise en compte de la personne marquant un tournant de la fasciathérapie, qui s'oriente résolument vers une approche centrée vers la personne. Et enfin, dans les derniers ouvrages, on note l'émergence puis la finalisation de la dimension éducative de la fasciathérapie qui sollicite activement le patient à reconnaître la nature de l'expérience qu'il vit au contact du toucher manuel, et invite à engager un processus réflexif autour de cette expérience corporelle.

#### **7.1.5. Principe de réciprocité**

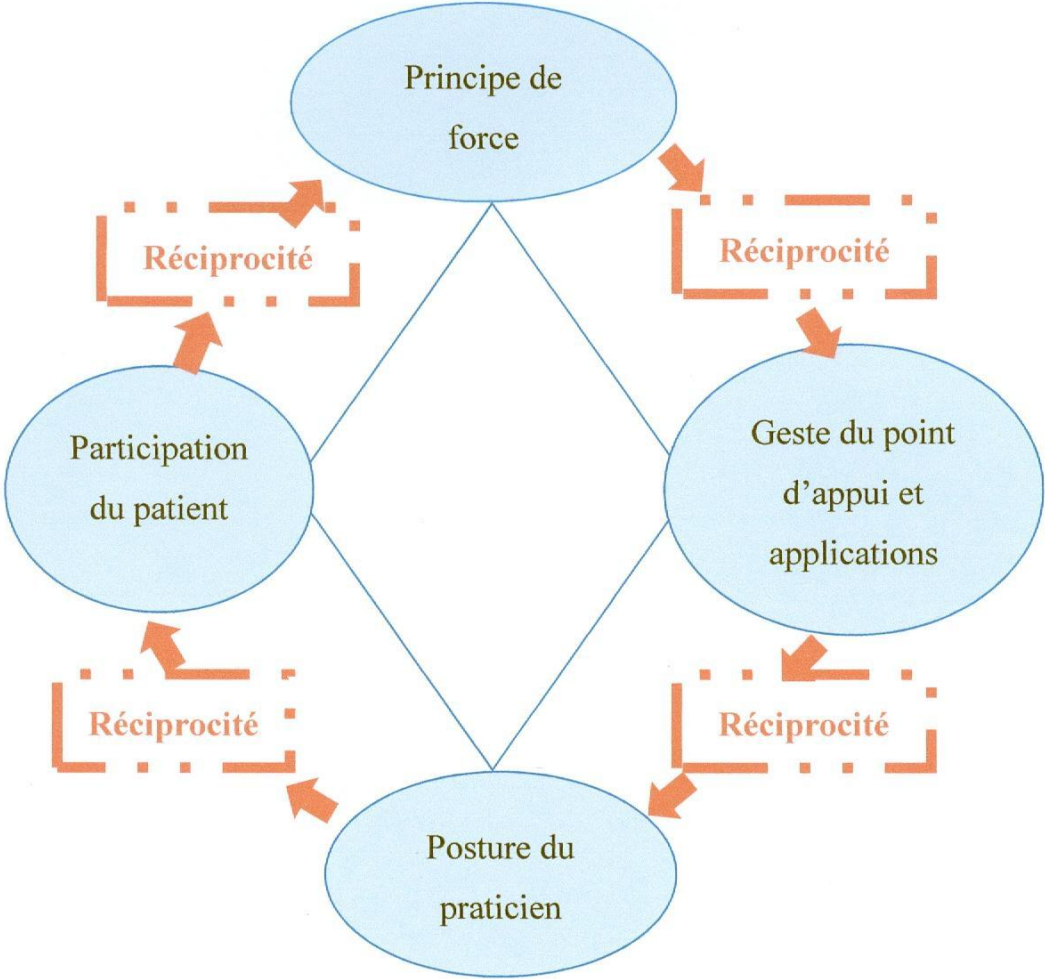
Le principe de réciprocité constitue le dernier modèle utilisé dans la fasciathérapie. Il s'agit d'une modalité relationnelle qui associe le principe de force, la posture du praticien, et la participation du patient. Le modèle de la réciprocité actuante se donne sous la forme d'une implication partagée entre le praticien et son patient et qui va au-delà de l'empathie et de l'intersubjectivité.

#### **7.1.6. Première conclusion**

En guise de premier résultat de recherche, il apparaît que le point d'appui manuel de la fasciathérapie associe dans un même geste et de façon simultanée cinq enjeux relevés ci-dessus. Sous l'angle de la fasciathérapie Méthode Danis Bois, le terme point d'appui englobe un principe de force spécifique, une posture particulière, un geste et des applications caractéristiques, une participation du patient impliqué et une modalité relationnelle sur le

mode de la réciprocité. Ainsi, ma recherche donne lieu à la création d'un premier modèle symbolisé par le diagramme qui suit.

Figure 8 : Diagramme de la réciprocité mise en jeu au point d'appui



## **7.2. En ce qui concerne le processus évolutif du point d'appui**

---

La fasciathérapie Méthode Danis Bois est une discipline émergente qui date des années 1980. Cette approche thérapeutique, pratiquée par les kinésithérapeutes, s'est considérablement développée au décours de ces trente années de découverte. Aujourd'hui, cette méthode possède ses propres concepts, ses modèles d'application. Comme cela est apparu dans l'analyse, la Fasciathérapie ne se limite pas à une thérapie ciblée sur le 'fascia', tissu conjonctif noble que l'ostéopathie a développée dans ses dimensions anatomiques, physiologiques et métaboliques et qui ont été présentées dans mon champ théorique. A la lumière de son évolution, et sous l'éclairage des différentes analyses effectuées sur le matériau de recherche constitué de neuf ouvrages, il apparaît que le terme 'fasciathérapie Méthode Danis Bois' porte, bien sûr, son action sur les fascias, mais surtout sur la personne elle-même. Il s'agit aujourd'hui d'une thérapie centrée sur la personne comme cela apparaît au décours de l'analyse. On note également, en guise de préambule à l'interprétation des données, qu'au départ, la fasciathérapie était très liée à l'ostéopathie, et cela de façon assumée par D. Bois. Cette filiation pose problème, car les ostéopathes continuent, d'une certaine manière, d'assimiler cette méthode à leur pratique et à leurs concepts. Or, comme nous l'avons constaté, si la fasciathérapie s'est appuyée sur l'ostéopathie fonctionnelle, on a vu se déployer tout un processus d'émancipation de l'ostéopathie pour devenir une pratique à part entière, avec ses propres concepts et modèles d'intervention. On voit très bien par exemple le renouvellement de la vision qui concerne la participation du patient. En effet, au tout début de l'émergence de la fasciathérapie la prise en compte de la participation du patient se limitait à sa force d'autorégulation organique en réponse au point d'appui ostéopathique ou fasciathérapeutique. Mais on voit progressivement une conversion des mentalités au niveau de la fasciathérapie où la prise en compte du patient concerne les secteurs émotionnels, affectifs et mental du patient et relève de la participation active au niveau de la réaction psychotonique.

On constate que les modèles maintenant accomplis dans l'approche de la fasciathérapie, à savoir la posture de neutralité active, le toucher psychotonique, la relation sur le mode la réciprocité engageant la participation du praticien et celle du patient se retrouvent assez précocement dans l'évolution de la fasciathérapie. Ainsi la notion de posture de

neutralité active apparaît dès 1984, ce qui constitue pour moi un réel étonnement car je n'avais pas pris la mesure d'une telle précocité de son apparition dans le champ de la fasciathérapie. De la même façon, dès 1989 on constate que le point d'appui manuel concerne la vie affective, le champ émotionnel de la personne et annonce les premiers pas vers une thérapie centrée sur la personne. Ce constat est renforcé par le paramètre d'intensité qui est sollicité dans la courbe de la tension régénératrice exponentielle. Puis, plus tard vers les années 2006 apparaît la modulation psychotonique qui est associée au point d'appui devenant du même coup un toucher qui implique le patient dans ses instances les plus profondes. C'est aussi assez précocement que l'on trouve des indices annonçant une relation entre le patient et le thérapeute sur le mode de la réciprocité actuante. Aujourd'hui, cette nature de relation est au cœur de toutes les actions du fasciathérapeute et permet de comprendre comment le fasciathérapeute peut engager un dialogue tissulaire en temps réel de l'action.

Ainsi, le point d'appui est utilisé dès 1989 comme instrument de bilan à travers la lecture de la tension régénératrice exponentielle permettant l'évaluation du processus de régulation organique. En 2004, apparaît la lecture du psychotonus qui se révèle dans le point d'appui et qui permet l'évaluation de la participation psychotonique de la personne au point d'appui. Cette évolution apparaît lentement vers les années 2000 pour se finaliser et socialiser en 2004. Le point d'appui apparaît également comme instrument curatif puisque son application a une incidence réelle sur la régulation du principe de force inhérent à l'organisme. On note le caractère simultané du geste évaluatif et curatif compris dans le point d'appui.

Par ailleurs, on voit nettement que les concepts actuels de la fasciathérapie se sont construits sur la base d'une réflexion menée sur la pratique. On constate une progressivité qui montre que la fasciathérapie n'est pas née d'un coup et qu'elle s'est enrichie au fil du temps de nouveaux modèles inspirés directement du « savoir-faire » et du « savoir être » de D. Bois. A chacun des livres apparaît une formulation plus aboutie de l'émergence d'un concept, c'est le cas, par exemple, du concept point d'appui où le voit évoluer et s'affiner. De la même façon, on voit très bien le concept « posture de neutralité » prendre forme au fil des livres. Il en est ainsi du concept de la « relation de réciprocité » qui est plus récent dans sa formulation accomplie où l'on voit de façon nette la participation du praticien au cœur de son humanité et

l'implication du patient. La qualité de présence du praticien sollicite la qualité de présence du patient générant un partage de réciprocité simultané.

### **7.3. Critiques**

---

J'ai conscience que le champ théorique a été d'une certaine manière sacrifié pour deux raisons. La première est de l'ordre d'un choix par rapport au nombre de pages exigées (entre 90 et 120 pages) pour ce mémoire. J'avais le choix entre développer le champ théorique de manière exhaustive et réduire par conséquent la section consacrée à l'analyse et à l'interprétation des données, ou donner la priorité aux données. J'ai donc choisi la deuxième solution. L'autre raison était due au caractère particulier de ma recherche dans la mesure où elle était résolument orientée vers une démarche conceptuelle sur la base d'une évaluation d'un processus émergent dont le résultat final et accompli devait figurer dans le champ théorique. J'ai donc opté pour une présentation sommaire du point d'appui manuel ostéopathique qui me permettait par la suite d'engager une discussion à propos du point d'appui proposé en fasciathérapie. J'ai opté également pour présenter le point d'appui dans son visage le plus accompli afin de ne pas trahir mon mouvement de recherche.

Au niveau de la méthodologie, j'aurais pu m'appuyer davantage sur des références bibliographiques mais j'ai préféré aller à l'essentiel au détriment du développement épistémologique et méthodologique de ma recherche. Il m'apparaît clairement que le manque de références et de déploiement de mon champ d'investigation constitue une faiblesse de ma recherche même si celle-ci a été assumée.

Et enfin, je suis consciente de ne pas avoir exploité toute l'amplitude des données qui se sont avérées très nombreuses et parfois un peu hors sujet. Pourtant certaines d'entre elles auraient mérité figurer dans mon interprétation finale.

## 7.4. Perspectives

---

J'ai en partie répondu à ma question de recherche et à mes objectifs. Je souhaite que cette recherche éclaire les chercheurs qui désirent étudier les points de convergence, de complémentarité et de spécificités de la fasciathérapie par rapport à l'ostéopathie fonctionnelle. Il me semble que cette recherche permet également de comprendre le processus évolutif du point d'appui et à travers lui, de la fasciathérapie. Cette recherche probablement permettra aux kinésithérapeutes de mieux comprendre la genèse de la fasciathérapie et l'appréhender dans toute sa dimension humaine.

Et enfin, la plupart de mes collègues fasciathérapeutes n'ont probablement pas pris la mesure des enjeux convoqués dans le point d'appui. J'espère que cette recherche va permettre d'étendre la définition du point d'appui qui est le plus souvent limité à cette phrase « arrêt circonstancié au bon moment, au bon endroit et une pression juste ». On comprend à travers cette recherche que le point d'appui englobe simultanément un principe d'autorégulation du vivant, une haute technicité sollicitant un « savoir-faire » et une « manière d'être », une posture active et neutre à la fois de la part du praticien, une participation active et impliquée du patient, l'ensemble étant sous l'autorité de la relation sur la mode de la réciprocité.

Cette recherche a été précieuse pour moi et bien qu'étant présente à l'évolution de la fasciathérapie, et par conséquent du point d'appui, j'ai été parfois nostalgique et souvent émerveillée de revisiter et de redécouvrir des étapes que j'avais oubliées.

## Bibliographie

---

- Angibaud, A. (2011). *Le mal-être et la somatisation sous l'éclairage de la fasciathérapie*. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Austry, D. (2009). *Le touchant touché dans la relation au sensible : une philosophie du contact dans "Sujet sensible et renouvellement du moi"*. Editions Point d'appui.
- Becker, R. (1997). *Life in motion : The Osteopathic Vision of Rollin E. Becker, D.O.* (R. Broocks, Éd.) Portland, Oregon: Stillness Press.
- Becker, R. E. (1997). *La vie en mouvement : La vision ostéopathique de Rollin E. Becker, D.O.* (P. Tricot, Trad.)
- Becker, R. E. (2000). *L'immobilité de la vie : la philosophie ostéopathique de Rollin E. Becker.* (P. Tricot, Trad.)
- Bertrand, I. (2010). *Accompagnement en somato-psychopédagogie et renouvellement du rapport à soi*. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Bois, D. (1984b). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Vendôme: Compte d'auteur.
- Bois, D. (1985c). *Fascias/sang/rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles*. SPEK.
- Bois, D. (1989c). *La vie entre les mains*. Paris: Editions Trédaniel.
- Bois, D. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris: Edition Trédaniel.
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement, essai philosophique*. Editions Point d'appui.
- Bois, D. (2001a). *Thérapie et mouvement, 1er congrès international Méthode Danis Bois. Un regard inédit sur le mouvement* (pp. 83-97). Yvry sur Seine: Editions Point d'appui.
- Bois, D. (2002a). *Un effort pour être heureux*. Paris: Ed. point d'appui.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé-Introduction à la somato-psychopédagogie*. Editions Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, département de didactique et organisation éducative, Université de Séville.
- Bois, D. (2007). *Littérature grise*.

- Bois, D. (2009). *Relation au corps sensible et potentialités de l'être humain dans 'Vers l'accomplissement de l'être humain : soin, croissance et formation'*. Ivry-sur-Seine: Editions Point d'Appui.
- Bois, D. (2009a). Sujet Sensible et renouvellement de soi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie. *De la Fasciathérapie à la Somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines* (pp. 47-72). Ivry sur seine: Editions Point d'Appui.
- Bois, D. (2011, octobre 12). *Itinéraire de praticien à praticien chercheur du Sensible : extrait de conférence du Pr. Danis Bois*. Récupéré sur <http://danis-bois.fr>.
- Bois, D., & Austry, D. (2007, Novembre). Vers l'émergence du paradigme du sensible. *Réciprocités n°1*, [www.cerap.org](http://www.cerap.org), pp. 6-22.
- Bois, D., & Austry, D. (2009b). Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie. *Vers l'émergence du paradigme du sensible* (pp. 105-135). Ivry sur Seine: Editions Point d'Appui.
- Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de Master 2 Recherche Sciences de l'éducation : Education tout au long de la vie, Université Paris 8.
- Boutin, J.-L. (2006, Décembre 29). <http://www.osteopathie-france.net/essai/therapeutique/osteo-cranien/626-cranien03>. Récupéré sur [www.osteopathie-france.net](http://www.osteopathie-france.net).
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide*. Mémoire de Master 2 Recherche en Psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne, Lisbonne.
- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. *Sujet sensible et renouvellement du moi*, pp193-219. Ivry sur Seine, France: Editions Point d'appui.
- Courraud, C. (2012, Mars 14). *La dynamique de professionnalisation de la fasciathérapie : une spécificité en acte*. Récupéré sur [www.ankf.fr](http://www.ankf.fr).
- Courraud, C., & Quéré, N. (2010, mars, avril, mai). La Fasciathérapie : intérêts en kinésithérapie. *Profession kiné plus n° 24*, pp. 10-14.
- Devillers, J. (2010, janvier). Fasciathérapie MDB, la dynamique des fascias. *Kiné Actualités n° 118*.
- Dilthey. (1992). *Introduction aux sciences de l'esprit* (Vol. tome 1). Paris: Cerf.
- Ducoux, B. (2009, mars 05). *La perception ostéopathique et le fulcrum vibratoire*. Récupéré sur <http://www.osteo-chartrons.net>.
- Duval, J. A. (2004,2008). *Techniques osteopathiques d'Equilibre et d'Echanges Réciproques ou Introduction à l'approche ostéopathique du Dr Rollin Becker, DO*. Editions Sully.
- KA. (1984, Mars 07). La TMOFP. *Kiné Actualités n° 78*.
- KA. (1985a, Avril 10). Fasciathérapie et Pulsologie. *Kiné Actualité n° 125*.

- Mesure, S. (1990). *Dilthey et la fondation des sciences historiques*. Paris: PUF.
- osteos.net. (2003). [http://www.osteos.net/actu/bul22/bul22\\_21.html](http://www.osteos.net/actu/bul22/bul22_21.html). Récupéré sur [www.osteos.net](http://www.osteos.net).
- Pépin, F. (2008). *Oeuvrement et transcripture : de l'oeuvrement heuristique à l'oeuvre mosaïque, de la trace à la transcripture*. Thèse de doctorat en Etudes et pratiques des Arts, Montréal.
- Quéré, N. (2004). *La Pulsologie Méthode Danis Bois : Action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation en approche manuelle*. Paris: Editions Point d'appui.
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles : Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biologiques*. Mémoire de Master 2 Recherche : Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Ricoeur, P. (1986). *Phénoménologie et herméneutique*, in *Ricoeur, Du texte à l'action (pp.61-81)*. Paris: Points Seuil.
- Schooley,&Magoun.(2007,02,03).[http://www.approchetissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/pt\\_partenaire\\_silencieux.pdf](http://www.approchetissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_partenaire_silencieux.pdf). Récupéré sur [www.approche-tissulaire.fr](http://www.approche-tissulaire.fr).
- Still, A. (1998). *Autobiographie (1897)*. (P. Tricot, Trad.) France: Editions Sully.
- Sutherland, G. (1998, 02 03). *Contributions of Yhought*. Portland: Ruda Press.
- Sutherland, W. G. (1944a). *Conférence sans titre*. Récupéré sur <http://approche-tissulaire.fr>.
- Sutherland, W. G. (1944b). *La promenade du vairon*.
- Tricot, P. (2007, 02 03). *Partenaire silencieux et approche tissulaire*. Récupéré sur [www.approch-tissulaire .fr](http://www.approch-tissulaire.fr).
- Trudelle, P. (2007, octobre). Le traitement de la lombalgie. *Kinésithérapie scientifique n° 481*.
- [www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org). (s.d.). <http://www.osteopathie.org/definition.html>. Consulté le 06 2011, sur [www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org).

## Annexes

---

### Annexe 1 : Analyse classificatoire livre par livre

*Tableau : grille classificatoire prospective et ses indicateurs*

<i>Catégories émergentes</i>	<i>Indicateurs en correspondance avec la catégorie émergente</i>
<i>Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Point d'appui, arrêt circonstancié, pression juste ...</i></li> </ul>
<i>L'intention visée par le praticien</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Curative, diagnostique, éducative, relationnelle ...</i></li> </ul>
<i>Les effets déclenchés par le point d'appui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Psychotonus, résistance, TRE....</i></li> </ul>
<i>Le principe de force mis en jeu au point d'appui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>principe actif, mouvement autonome, force d'autorégulation, mouvement interne, mouvement de vie, force d'autorégulation du vivant ...</i></li> </ul>
<i>La posture adoptée dans la pratique du point d'appui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>qualité d'écoute, neutralité active, distance de proximité, non prédominance ...</i></li> </ul>
<i>Le type de relation instaurée dans le point d'appui</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>réciprocité, empathie, résonance, concernation, confrontation, participation du patient ...</i></li> </ul>
<i>le processus de réflexion créatif de l'auteur</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>repères temporels, les tournants créatifs, les changements d'orientation, les prises de conscience ...</i></li> </ul>

## **I- Analyse classificatoire dans « Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde » D. Bois-1984**

### **1. le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

« Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum, ce qui implique obligatoirement un couple de force » (1984b, p. 177) ; « Là encore, il convient d'isoler la sensation d'élasticité » (1984b, p. 178).

« Une fois la mise en tension obtenue, le praticien demande au patient un temps respiratoire, dans le cas où la force vitale n'est pas suffisante » (p.177) ; « Une fois la mise en tension obtenue, le thérapeute demande au patient d'effectuer de petits temps respiratoires » (p.179).

« L'appui est profond et suit scrupuleusement l'envie de... » (p. 177) ; « [...] la direction de la pression anticipe l'envie de... » (p.178) ; « Dans l'expiration, le thérapeute enfonce un peu plus profondément sa main. Dans l'inspiration, il la maintient » (p.179) ; « Dans tous les cas, la pression est profonde et jamais immobile et doit suivre le fascia, (...) après avoir, au préalable, isolé la sensation d'élasticité et la conserver durant toute la manœuvre » (p.220).

« L'écoute sensorielle utilise une approche identique à celle de l'écoute méditative neutre. Cette fois, le test d'écoute utilise une contre-force fixe d'une main, tandis que l'autre main enregistre passivement l'envie d'aller de l'os ou de la matière à traiter » (p.182).

« S'il est bon de pénétrer dans le tourbillon infini du fascia, il faut savoir y mettre fin en temps voulu. Cette mise à terme s'effectue après avoir suivi l'envie de ...au moment jugé opportun » (p.211)

« [...] il faut travailler en même temps, dans une même prise et non isolément, le fascia et l'os. (p. 211) ; « Chacun des doigts a une action spécifique à remplir et la pensée a une disponibilité totale (...) Les dix doigts, plus les paumes, doivent jouer une véritable symphonie ou aucune mauvaise note n'est permise » (p.221).

« Le geste thérapeutique du fasciathérapeute est très simple ; il lui faut toutefois respecter certains principes fondamentaux :

- Isoler la sensation d'élasticité des fascias
- Mise en tension des mouvements mineurs involontaires des os et des fascias environnants
- Prise en étau et pression juste » (pp.213-214).

### **2. l'intention visée par le praticien**

**Curative :** « En fait, quelle que soit l'écoute utilisée, elle possède toujours une action curative. Tout dépend de l'investissement du thérapeute » (p.176) ; « Le patient est sur la voie de la guérison certes, lorsqu'il y a soulagement ou disparition des symptômes » (pp.189-190) ; « stimuler les défenses naturelles et inhérentes de l'organisme » (p.14). «Le patient est sur la voie de la guérison certes, lorsqu'il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur et des énergies subtiles provenant de la vie intime de la particule la plus élémentaire de l'organisme » (p.190) ; « L'art de maintenir la santé est de

*conserver l'équilibre des cellules entre, d'une part, l'activité rythmique des différents éléments de l'organisme entre eux et, d'autre part, l'activité rythmique cosmique » (p. 78)*

**Association du curatif et du diagnostique :** « *Il semble difficile de dissocier diagnostic et thérapeutique, car le fait d'observer influence déjà la matière à traiter » (p.176).*

**Diagnostique :** « *Cette force vitale s'explore en évaluant la qualité de réponse à la stimulation digitale des mouvements mineurs involontaires, le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, et, enfin, la qualité énergétique dans le sens acupunctural du terme » (p.170)*

« *Par convention, la qualité de la force vitale est proportionnelle à la durée du temps qui sépare la stimulation de la fuite de l'organe du fascia ou de l'organe testé, et le retour de son activité rythmique perçue sous nos doigts [...] Plus le retour est lent, ou plus la réponse à la stimulation est nulle, moins la force vitale est importante » (p.170) ; « Il convient également de percevoir, outre la durée du voyage, la puissance de retour » (p.170)*

« *Un thérapeute digne de ce nom doit être capable de pénétrer dans cette sphère indéterminée et d'accompagner, de sa présence sereine, ce voyage, et d'en évaluer les subtilités » (p.170)*

### **3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

**Effet sur la globalité :** « *il est facile de comprendre combien l'impact d'une force appliquée en un point quelconque de ce réseau se prolonge à l'ensemble de toute la structure de l'organisme » (p.35) ; « (Le fascia)... apparaît comme étant l'outil essentiel capable de transformer les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle » (p.35).*

**Effet sur la tension :** « *Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum» (1984b, p. 177) ; « Dès lors, apparaîtra une sensation d'effondrement ou de fuite dans un espace indéterminé » (p.232).*

**Effet sur le tissu :** « *dès lors, apparaîtra une sensation d'effondrement ou de fuite dans un espace indéterminé. une sensation d'éponge sèche s'engorgeant de liquides exprimera alors une sensation de délivrance, accompagnée de l'apparition d'une pulsologie, véritable onde de choc de l'activité énergétique des liquides, immédiatement suivie d'une apparition de tiédeur liquidienne indiquant la merveilleuse phase de régénération, laquelle sera suivie d'une diminution ou soulagement de la douleur ou des manifestations pathologiques » (p.232) »*

**Effets expérientiels et existentiels :** « *Une sensation d'éponge sèche s'engorgeant de liquides exprimera alors une sensation de délivrance » (p.232). « Le patient est sur la voie de la guérison, certes, lorsqu'il y a soulagement ou disparition des symptômes, mais aussi et surtout lorsqu'il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur et des énergies subtiles émanant de la vie intime de la particule la plus élémentaire de l'organisme » (pp.189-190).*

### **4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** « *La vie, c'est être vivant ; être vivant, c'est posséder en soi une motilité inhérente. L'arrêt de cette activité inhérente signifie la mort » (p. 77)*

**Structure d'accueil organique :** *Dr Still : Le fascia...est la matrice probable de la vie et de la mort » (p. 18) ; « Le fascia est le laboratoire de la vie animale », ou bien encore : « Il est omniprésent dans l'homme et dans tous les êtres de la terre et de l'eau. » (p.25) ;*

**Expression de la vie dans le corps :** *« (...) danse du mouvement de la vie » (p. 77) ; « La danse du mouvement de la vie se transmet à notre organisme par les fascias, autrement dit la vie intime des fascias reflète le mouvement cosmique » (p. 77). « Il est utilisé...la perception de la force vitale » (p. 20); « Plus la force vitale est importante, plus la réponse curative est rapide » (p. 169); « Cette force vitale s'explore en évaluant la qualité de réponse à la stimulation digitale des mouvements mineurs involontaires, le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, et, enfin, la qualité énergétique dans le sens acupunctural du terme » (p. 170) ; « (...) MOC issue de l'activité rythmique propre au cœur. [...] se perçoit sous forme de respiration cellulaire de 8 à 14 fois par minute, curieusement identique à celle enregistrée par l'activité du MRP » (pp. 79-80) ; « Cette motilité oscillatoire cellulaire s'exprime sous forme de « respiration cellulaire » perçue en tant que dilatation et rétraction du corps énergétique, perçue sous forme de courants, de vides ou de trop-pleins, de chaleur, de froid, et, enfin, perçue sous forme de couleurs » (pp. 79,80,81,166,172) ; « Énergie qui anime le sang » (p. 19) ; « (...) activité rythmique inhérente » (p. 16) ; (...) activité rythmique involontaire (p.84).*

**Processus de matérialisation du vivant :** *« Toutefois, cette activité rythmique cosmique se transmet également à l'organisme grâce à un processus progressif de matérialisation allant du plus subtil au plus densifié » (p.78) ; « L'idée est que la vie est une force rythmique extérieure à l'homme (force du vivant) et que cette force se matérialise progressivement dans tous les tissus du corps par une activité rythmique propre aux tissus » (p.78) ;: « Chaque cellule, [...] possède une mémoire permettant de transmettre cette dualité originelle en une phase de dilatation et de contraction ou en une phase d'inspiration ou d'expiration cellulaire » (p.79).*

**Notion d'équilibre de forces :** *« Taylor cite, à ce propos : ''Un système et son environnement sont en équilibre de telle façon que tout changement dans l'énergie du système amènera un changement dans l'énergie environnante'' » (p.20) ; « si la santé est synonyme de bonne articulation de l'organisme avec la nature, les conditions pour devenir un fasciathérapeute et pulsologue sont requises » ( p.23) ; « L'art de maintenir la santé est de conserver l'équilibre des cellules entre, d'une part, l'activité rythmique des différents éléments de l'organisme entre eux et, d'autre part, l'activité rythmique cosmique » (p. 78) ; « En effet, le fascia est toujours l'élément de liaison, de jonction et d'intermédiaire, faisant de lui l'élément dynamique qui harmonise et orchestre les micromouvements » (p. 81 ; « partager la vie intime du fascia, véritable point de jonction entre la structure et la fonction, mais aussi entre la matière et l'esprit » (p.23).*

## **5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

### **5.1. posture générale**

*« Approche essentiellement manuelle » (p.15) ;*

*« Une invite à rentrer dans le monde du ressenti » (p.12) ; « se hisser au niveau vibratoire du champ énergétique du patient et de la matière » (p. 143) ;*

*« Le véritable fasciathérapeute et pulsologue doit être en mesure de percevoir toutes ces subtilités et être capable de les exploiter au maximum » (p. 172) ; « une école de l'écoute » (p.23) ; « [...] développement sensoriel intime du thérapeute » (p.143)*

*« [...] construire ses propres référentiels à partir d'une théorie » (p.184) ; « Le fasciathérapeute doit mener conjointement une vie intérieure lui permettant d'expérimenter et un savoir intellectuel lui permettant d'expliquer » (p.184) ;*

## **5.2. qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active**

**Disponibilité :** « Le véritable fasciathérapeute et pulsologue [...] doit avoir une disponibilité du cœur » (p.13) ; « le degré de réceptivité d'un corps est directement proportionnel à la disponibilité du mental et du cœur » (p.23) ; « elle nécessite une disponibilité totale » (p.168) ; « le cœur entrouvert » (p.167) ; « ceci requiert un feeling particulièrement développé » (p.167) ;

**Perception :** « l'acquisition d'une perception subtile » (p.143) ; « Percevoir les manifestations subtiles de l'organisme du patient à travers la perception du propre pouls du thérapeute » (p.168) ; « il convient de percevoir toutes ces activités subtiles » (p.167) ; « en fait, il s'agit d'une perception subtile consistant à percevoir un mouvement infiniment mineur situé à la limite du subjectif et de l'objectif » (p.182) ;

« [...] percevoir les éléments autrement que par les cinq sens utilisés classiquement » (p.143) ; « [...] observer les yeux fermés » (p.167) ; « [...] perception extra sensorielle qui consiste non plus à accompagner l'envie de ..., mais à la deviner » (p.175)

**Contemplation :** « En fait, il existe plusieurs formes d'écoute, une écoute méditative neutre » (p.172)

**Action :** « Le véritable fasciathérapeute et pulsologue doit être en mesure de percevoir toutes ces subtilités et être capable de les exploiter au maximum » p.172) ; « une écoute amplificatrice semi-active et enfin une écoute directionnelle active » (p. 172)

**Neutralité :** « ceci requiert une neutralité afin de ne jamais préjuger mentalement ni autrement, sans quoi des réactions réflexes de défense gêneraient le travail en profondeur » (p. 142) ; « une écoute méditative neutre » (p.172) ;

**Neutre et actif :** « Certes, la neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile » (p.175)

**Anticipation :** « Cette écoute directionnelle active demande une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias [...] La grande difficulté d'une telle écoute réside surtout dans le fait d'anticiper son diagnostic manuel par cette sorte de perception extra-sensorielle qui consiste non plus à accompagner l'envie de..., mais à la deviner » (p.175)

**Introspection :** « d'effectuer une véritable introspection minutieuse de l'ensemble de l'organisme » (p.186)

## **5.3. qualité d'écoute du tissu**

**Respect d'un protocole :** « Il existe une hiérarchie palpatoire consistant à évaluer les différentes manifestations émises par les énergies, les liquides, les membranes et les os » (p.142) ; « La pulsologie met en jeu une chronologie d'enchaînements précis » (p.164) ; « le geste correcteur devra suivre la chronologie de l'apparition du message » (p.182)

**Mise en action :**

Neutre : « Le thérapeute est entraîné dans le tourbillon infini de l'activité des fascias sans projeter la moindre pensée directrice, son but étant d'indiquer la direction et la localisation de certaines adhérences et la direction et la localisation du point de ralentissement » (p. 173) ; « Le geste correcteur dans sa recherche de la mise en tension maximum des mouvements mineurs devra suivre la chronologie de l'apparition du message » (p.181).

*Impliquée* : « écoute directionnelle active demande une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias » (p.175)

*amplificatrice* : « Elle demande, pour parvenir à cette qualité d'écoute, de s'intégrer à la vie intime des fascias afin d'exercer un compromis en sollicitant ces fascias à aller profondément dans le sens de leurs lésions » p.174); « permet au praticien d'accélérer, d'amplifier l'envie de... en demandant la permission au tissu d'accepter cette sublime promenade » (p.174) ; « écoute amplificatrice semi active : En fait, il s'agit, pour le thérapeute, de créer une stimulation suscitant le voyage. Dès lors, il lui suffit d'amplifier respectueusement l'aller et de respecter scrupuleusement le retour » (p.174) ; « l'écoute est active, amplificatrice ».

## **6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

### **6.1. Relation instaurée dans le point d'appui entre patient et thérapeute**

*Confiance* : « Il est indispensable de créer un climat de confiance et de sérénité entre le patient et le thérapeute » (p. 139); « Il s'agit là d'un véritable dialogue de mise en confiance qui permet au praticien d'accélérer, d'amplifier l'envie de... en demandant la permission au tissu d'accepter cette sublime promenade » (p.174)

*Chaleur* : « Durant le traitement, le thérapeute doit avoir une main chaleureuse afin d'exercer un compromis permanent entre le refus qu'a le patient d'accepter sa douleur et le désir profond de l'effacer » (p.192)

*Sympathie* : « créer un état de sympathie ou un état d'« optimisme fondamental » afin d'obtenir de la part du patient une relaxation musculaire et mentale » (p.143)

*Identification* : « Dans un second temps, il est nécessaire de se hisser au niveau vibratoire du champ énergétique du patient et de la matière à traiter » (p.142)

*Considération* : « quelle que soit la maladie, il faut toujours prendre en considération le message intérieur » (p.191).

*S'intégrer, s'identifier, se laisser toucher* : « Elle demande, pour parvenir à cette qualité d'écoute, de s'intégrer à la vie intime des fascias afin d'exercer un compromis en sollicitant ces fascias à aller profondément dans le sens de leurs lésions » (p.174) ; « Cette écoute directionnelle active demande une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias [...] La grande difficulté d'une telle écoute réside surtout dans le fait d'anticiper son diagnostic manuel par cette sorte de perception extra-sensorielle qui consiste non plus à accompagner l'envie de..., mais à la deviner » (p.175) ; « (...) rien ne peut plus profondément émouvoir l'observateur privilégié » (p.167)

### **6.2. Participation du patient**

*Passivité* : « rester le plus passif possible, physiquement et mentalement, durant toute la séance » (p.139) ; « demander au patient d'effectuer un minimum de mouvements » (p.143)

*Relâchement* : « Le patient se trouve dans un état de pré-endormissement ou d'endormissement total ; cette condition est souhaitable car le fascia est le reflet du psychisme, [...] Plus le sujet est détendu, moins les défenses réflexes empêchent la main du thérapeute d'aller dans la profondeur des fascias » (p.140) ; « obtenir de la part du patient une relaxation musculaire et mentale proche de la période de pré-endormissement » (p.143) ;

**Confrontation** : « sollicitée par la poussée manuelle et mentale du thérapeute, le patient est confronté à son désir profond d'affronter sa personnalité authentique et son désir profond de fuir » (p.172)

**Respiration** : « une fois la mise en tension obtenue, le praticien demande au patient un temps respiratoire » (pp.177-178)

**Lâcher-prise** : « Dans tous les cas, sans le lâcher-prise total du patient, aucune thérapeutique n'est efficace » (p.142)

**Une relation à lui-même** : « une disponibilité à l'écoute des messages toxémiques rejetés par l'organisme, et, par voie de conséquence, une certaine prédisposition à ressentir des sensations nouvelles suscitées par le traitement » (p.190) ; « une maîtrise parfaite de son corps, mais aussi et surtout une totale inaptitude à percevoir les messages et les agonies internes » (p.190).

## **II - Analyse classificatoire de « Fascias, rythmes, complices dans les pathologies fonctionnelles » D. Bois - 1985**

### **1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

« La main prend contact, découvre, amplifie, déclenche un processus et redevient docile » (p.32) (p.86)

« Une autre notion est importante : celle du POINT D'APPUI : rien à voir avec un contact rigide, passif. Cela peut être un point d'appui émanant d'une certaine tranquillité du thérapeute, parfois suffisante pour permettre au corps de s'autoréguler. Cela peut être un point d'appui manuel autour duquel se déclenche tout un processus interne qui, dans un premier temps, fait intervenir la puissance physiologique des fascias » (p.33)

« Une autre notion est fondamentale : L'ELASTICITE, reflet de la vitalité et facteur entraînant le point d'appui nécessaire à l'autoguérison (p. 33) ; « (...) l'élasticité est isolée en imposant un **arrêt circonstancié** mettant volontairement un terme au voyage spontané des tissus » (p. 33) ; « (...) les difficultés majeures se situent dans le choix du moment opportun de mettre un terme au tourbillon des fascias, dans la qualité de traction élastique et dans l'instant du relâchement » (p.34)

[Ecoute directionnelle active] : grâce à cette approche, le thérapeute en allant volontairement dans le sens contraire à la lésion, au moment opportun, réalise un geste antiphysiologique associant les paramètres de traction élastique, butée, translation latérale. Ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne » (p.84) ; « (...) la main du thérapeute suit la mobilité spontanée du tissu, parfois l'amplifie et décide au moment opportun de contrarier l'envie de... en exerçant volontairement une traction élastique ou une butée coaptive afin de créer un point de stabilité autour duquel se normalisera le corps » (p.85) (p.86) ;

« La mise en traction élastique s'effectue dans le respect de l'orientation des fibres musculaires (...). Son intensité est d'une subtilité extrême (...). Durant cette manœuvre, il arrive fréquemment de rencontrer des zones de résistances pathologiques à distance. La mise en traction élastique doit être alors rigoureusement identique à la résistance apparue au niveau de la zone pathologique » (p.87)

Loi 1/3 2/3 : « C'est au stade de l'écoute directionnelle active que se réalise la loi 1/3 2/3, créneau dans lequel le thérapeute intervient directement et rompt "le voyage physiologique spontané" du fascia en exerçant au moment opportun des composants antiphysiologiques » (p. 87)

*Approche chronologique :*

*1<sup>er</sup> temps : « La mise en traction élastique s'effectue dans le respect de l'orientation(...). (...) la traction quoique très douce, s'étend progressivement à l'ensemble d'un segment, d'un hémicorps ou du corps entier » (p. 87)*

*2<sup>ème</sup> temps : « (...) la technique dite ‘du chien d'arrêt’ appelée ainsi car elle reflète un état de vigilance particulier. Le patient se trouve alors dans un véritable équilibre tensionnel et dans l'incapacité d'utiliser des fuites compensatrices dans son propre corps à moins de le désirer vraiment » (p. 87)*

*Autre temps : « Il convient, dès lors, de rechercher une butée sans se départir de l'élasticité dans le sens inverse de la traction dont le but est [...] d'offrir un nouveau point d'appui au corps autour duquel une réaction interne intra-osseuse apparaîtra » (p. 88)*

## **2. L'intention visée par le praticien**

**Curative :** *« En suscitant l'élasticité, une véritable action en chaîne de toute la toile fasciale se déclenche, permettant ainsi à la physiologie interne du patient de lutter contre les points de fixité osseux, membraneux, liquidiens et énergétiques » (p.33) ; (...) dialogue intérieur d'un toucher parfois exceptionnel capable de déceler et de créer le processus capable d'offrir ce point d'appui indispensable à la guérison » (p.98) ; « ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne » (p.84) ; « Certains passages (du livre) mettent l'accent sur le dialogue intérieur d'un toucher parfois exceptionnel capable de déceler et de créer le processus capable d'offrir ce point d'appui indispensable à la guérison » (p.98) ; « Une autre notion est fondamentale : le point d'appui nécessaire à l'autoguérison » (p. 33).*

**Diagnostique :** *« (...) la qualité de l'élasticité indique l'état de vie intime des tissus et de leur potentiel énergétique » (p.33) « Plus la réaction interne se fait rapidement dans le temps, plus forte est la réaction physiologique interne du patient » (p.65)*

**Les deux :** *« Bilans et gestes curatifs sont contemporains [...] la main prend contact, découvre, amplifie, déclenche un processus et redevient docile. Je fais là allusion aux trois écoutes fondamentales qui sont l'écoute méditative neutre, l'écoute amplificatrice semi-active, l'écoute directionnelle active » (p. 83) (p.86).*

## **3. Effets tissulaires**

**Effet sur la globalité :** *« Cette élasticité est véritablement une voie royale et offre à notre geste une action globale sur plusieurs articulations, sur un membre, un hémicorps ou un corps entier selon la qualité de la traction élastique ; tout geste effectué en l'absence d'élasticité reste 'pauvrement localisé » (p.33) ; (...) la traction quoique très douce, s'étend progressivement à l'ensemble d'un segment, d'un hémicorps ou du corps entier » (p. 87) ; « une véritable réaction en chaîne de toute la toile fasciale » (Ibid., p.33) ; « Le patient se trouve alors dans un véritable équilibre tensionnel et dans l'incapacité d'utiliser des fuites compensatrices dans son propre corps à moins de le désirer vraiment » (p. 87)*

**Effet de transformation du tissu :** *« Le tissu oscille lentement, s'immobilise à nouveau [...] puis se met à respirer amplement, traduisant la régulation [...], le patient ressent une tiédeur liquidienne générale » (p.88)*

**Effet expérientiel et existentiel :** « *le patient ressent une tiédeur liquidienne générale* » (p.88.)

#### **4. Principe de force**

**Principe du vivant :** « *[...] force en action* » (p.23) ; « *l'énergie met en mouvement la matière* » (p.24) ; *Concernant notre approche, le terme physiologie interne doit être interprété de la manière suivante : l'énergie met en mouvement la matière ; elle est aussi la traduction du souffle ou de la puissance physiologique* (p.24) ;

**Structure organique d'accueil :** « *les vecteurs principaux sont le sang concernant la fonction et l'élasticité du fascia concernant la force motrice de la structure* » (p.24) ;

**Expression de la vie dans le corps :** « *tourbillon originel lui-même pulsatil qui se produit de la périphérie à la profondeur et inversement, en des phases de raccourcissement avec élargissement suivies de phases d'élongation avec rétrécissement* » (p.24) ; « *flux et le reflux énergétiques dans le sens haut/bas* » (p.24) ; « *une véritable pharmacie ambulante* » (p.23) ;

**Processus de matérialisation du vivant :** « *L'organisme est soumis à deux éléments : l'un dynamique, l'autre condensé d'où la notion énergie/masse ou fonction/structure qui sont en fait les deux aspects d'un seul élément : la vie* » (p.24). : « *La fonction correspond à l'énergie en mouvement. La masse ou la structure correspond à la densification de l'énergie. Il existe des échanges permanents entre ces deux éléments* » (p.24). ; « *Ceci permet au corps de trouver un point d'appui et de déclencher une véritable réaction en chaîne de la puissance interne* » (p. 84) ; (...) *puissance physiologique interne* (p. 84) ; *processus de défense interne* » (p. 85) ; « *ressources* » (p. 19)

#### **5. La posture du praticien**

##### **5.1. Posture générale**

« *[...] tranquillité du thérapeute* » (p.33)

##### **5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active**

**Présence :** « *(...) la technique dite 'du chien d'arrêt' appelée ainsi car elle reflète un état de vigilance particulier* » (p.87)

**Perception : Contemplation :**

**Action :** « *Elle fait intervenir une participation active de la part du thérapeute* » (p.83)

**Neutralité :** « *Cette écoute requiert une neutralité parfaite puisqu'elle accompagne scrupuleusement sans action directrice, le voyage intime du tissu* » (p.83) ; *La neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile* » (p.83)

**Anticipation :** « *Elle consiste non plus à accompagner l'envie de..., mais à la deviner* » (p. 84)

### 5.3. **Qualité d'écoute du tissu**

**Respect** : « la sensation d'élasticité est extraite lorsque la pensée profonde du thérapeute est synchronisée avec le geste qui suit scrupuleusement le mouvement intime du tissu » (p.33) ; relancer le système rythmique conforme à la physiologie du patient » (p.86) ;

**Rigueur** : (...) il convient cependant d'être rigoureux, ordonné dans les différentes investigations utilisées dans l'engagement de ce dialogue » (p.82) ;

**Amplificatrice** : « (...) l'élasticité est extraite lorsque la main accompagne l'envie du tissu mais avec une composante de vitesse plus rapide » (p.33)

## 6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

### 6.1. **Entre patient et thérapeute**

**Douceur** : « écoute méditative neutre [...] permet d'entrer en communication douce avec le patient » (p.83) ;

**Considération** : (...) préparer la séparation entre le thérapeute et le patient » (p.86)

**Relation privilégiée** : « Faire partager la relation privilégiée entre une main et un tissu vivant de toute façon unique et individuelle est délicat. Si les sensations perçues ne sont jamais identiques en raison de cette individualité, il convient cependant d'être rigoureux, ordonné dans les différentes investigations utilisées dans l'engagement de ce dialogue » (p.82) ; « la thérapie manuelle reste une relation privilégiée entre le thérapeute et le malade mais aussi entre ce qui émane d'une main et la souffrance d'un tissu » (p.98)

**S'intégrer, s'identifier, se laisser toucher** : « cette écoute (amplificatrice semi-active) demande de s'intégrer à la vie intime des fascias afin de les solliciter à aller profondément dans la direction de leurs lésions » (p.83) ; « écoute directionnelle active [...] demande une osmose totale avec la vie intime du tissu (p.84) ;

### 6.2 **Participation du patient**

**Participation active** : considérer « le bras de levier immense que peut être la participation du patient face à la maladie » (Ibid., p.20) ; « le patient se prend en charge, le thérapeute agissant d'un tiers et le patient des 2/3 dans le mécanisme de guérison » (p.25)

**Confrontation** : « Le patient se trouve alors dans un véritable équilibre tensionnel et dans l'incapacité d'utiliser des fuites compensatrices dans son propre corps à moins de le désirer vraiment » (p. 87) ; « durant la tension maximum, le patient est confronté à son désir profond de fuir la réalité (p.87)

**Forces sur laquelle il s'appuie** : « plus la réaction interne se fait rapidement dans le temps, plus forte est la réaction physiologique interne du patient » (p. 65) ; « coopération mentale et physiologique » (p. 88).

### **III- Analyse classificatoire de « La vie entre les mains » D. Bois et E. Berger 1989**

#### **1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

*« Le point d'appui manuel est une résistance constructive offerte au corps pour lui permettre de solliciter son potentiel d'autoguérison. Il a pour vocation de créer un éveil de la conscience à la dynamique vitale, afin de propulser le patient, si cela est possible, vers un point d'appui réel » (p.74) ;*

*« Le point d'appui incite toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise. Cette manœuvre fait naître une tension régénératrice perçue à la fois par le patient dans son corps et par le thérapeute sous ses mains. Elle est la manifestation du travail de la dynamique vitale pour provoquer un lâcher prise » (p.95)*

*« Quand la tension continue à croître, elle arrive à son seuil maximum où intervient le lâcher-prise. [...]A chaque lâcher-prise, le thérapeute suit une nouvelle indication du corps, guidé ainsi vers les grandes dates de la maladie » (p.96)*

*« (...) les points d'appui devinrent de plus en plus codifiés, répondant à tous les cas de figure. Ainsi furent développés les points d'appui tissulaire et périosté, à visée essentiellement mécanique, le point d'appui liquidien, concernant la pulsologie et intéressant les fatigues chroniques, les déficiences immunitaires, les dérèglements neuro-végétatifs par exemple, et surtout le point d'appui de la dynamique vitale, sollicitant toutes les composantes du potentiel d'autoguérison » (p.22)*

*Ce point d'appui (tissulaire) s'exerce sur le fascia par l'intermédiaire de sa dynamique contractile élastique » (p.85)*

*« Offrir un point d'appui tissulaire consiste à effectuer un arrêt circonstancié de l'enroulement ou du déroulement, à un moment indiqué par le corps lui-même. La dynamique vitale se trouve ainsi mobilisée et libère la crispation du fascia. Le lâcher-prise tissulaire donne lieu à un rythme ayant retrouvé toute son intégrité » (p.85)*

*Point d'appui périosté : « le point d'appui émotionnel : une sensation réintégrée » (p.86) ; « La main consciente du thérapeute va partir à la recherche de ces zones de ralentissement et exercer, quand le corps le lui demandera, un point d'appui émotionnel. Celui-ci comporte impérativement une pression juste ; elle doit s'appliquer exactement là où le corps la réclame, et selon une intensité correspondant rigoureusement à son attente. Le rôle de la pression est fondamental » (pp.85-86) » ; « Il n'existe pas deux pressions identiques ; elles sont plus ou moins profondes selon le désir du tissu. Dans tous les cas, la pression n'est jamais un banal appui, mais une puissance de pénétration à l'intérieur de l'os, toujours accompagnée par la conscience » (p.86)*

*« Le geste thérapeutique parfait est censé englober dans le même temps les points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien : la résultante des trois constitue le point d'appui mental. Celui-ci révèle à quel point la Fasciathérapie-Pulsologie MDB sollicite la participation du patient dans le processus de sa guérison » (p.88)*

*« Le point d'appui spécifique à la dynamique vitale ne peut être effectué que par un thérapeute conscient de sa propre dynamique vitale. Sa main capte la dynamique vitale dans tous les tissus, dans un contact direct, et la « dirige » vers des zones endormies, restituant ainsi le véritable pouls de la vie » (pp.89-90)*

## 2. L'intention visée par le praticien

**Curative :** « Votre point d'appui de base a été atteint et vous avez besoin d'un point d'appui curatif : le fasciathérapeute peut vous l'apporter » (p.84) ; « Sos point d'appui » (p.92) ; « La Fasciathérapie-Pulsologie MDB vous propose un point d'appui manuel curatif destiné à se substituer au point d'appui que vous avez perdu » (pp.73-74) ; « Le point d'appui incite toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise » (p.95) ; « Toute la vocation de la Fasciathérapie est d'extraire la dynamique vitale, de la stimuler afin de permettre aux défenses naturelles du corps de participer à la guérison » (p.89) ; « Le thérapeute doit être capable au fil des point d'appui de faire danser à nouveau le corps au rythme de la dynamique vitale, grâce à ses mains guidées par sa conscience éveillée » (p.95) ; « Le lâcher-prise qui fait suite s'accompagne d'une tiédeur liquidienne. L'émotion rendue vivante a été cette fois pleinement acceptée » (p.86)

**Diagnostique :** « Le délai d'apparition de la tension indique très précisément le degré de vitalité du patient : plus il est court, plus la vitalité est importante » (p.95) ; « Son intensité est également révélatrice du potentiel de vitalité, mais aussi et surtout du poids du mental ; une intensité stagnante signe bien souvent un refus du lâcher-prise mental » (p.95) ; « Déceler, interpréter et libérer toutes les zones de ralentissement du flux sanguin est le but primordial du fasciathérapeute » (p.87)

**Educative :** « Il [le point d'appui manuel] a pour vocation de créer un éveil de la conscience à la dynamique vitale, afin de propulser le patient, si cela est possible, vers un point d'appui réel » (p.74).

## 3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui

**Effet sur la tension régénératrice :** « Le point d'appui manuel est une résistance constructive offerte au corps » (p.74) ; « Le point d'appui incite toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise. Cette manœuvre fait naître une tension régénératrice perçue à la fois par le patient dans son corps et par le thérapeute sous ses mains. Elle est la manifestation du travail de la dynamique vitale pour provoquer un lâcher-prise » (p.95) ; « Quand la tension continue à croître, elle arrive à son seuil maximum où intervient le lâcher-prise. [...] A chaque lâcher-prise, le thérapeute suit une nouvelle indication du corps, guidé ainsi vers les grandes dates de la maladie » (p.96)

**Effet sur la transformation du tissu :** « Le point d'appui incite toute la puissance, toute la vitalité du corps à libérer les tissus de leur emprise » (p.95) ; « le lâcher-prise tissulaire donne lieu à un rythme ayant retrouvé toute son intégrité » (p.86). « (...) sensation élastique, sorte de mouvance intérieure de l'os. Comme si la matière se « déstructurait » (p.54) ; « Lorsque le point d'appui émotionnel est parfait, la dynamique vitale se mobilise entièrement pour libérer la densification du périoste » (p.86) ; « Le lâcher-prise rétablit l'intégrité physique et énergétique du flux sanguin » (p.88)

« Une libération liquidienne accompagne toujours un lâcher-prise émotionnel » (p.88) ; « L'élasticité des fascias est à la dynamique vitale (en tant que conscience) ce que les neurones sont au système nerveux : elle assure par ses réactions autonomes, l'adaptation juste à l'événement » (p.45) ; « Le patient sent alors une chaleur l'envahir comme si son corps était heureux d'être débarrassé d'un poids » (p.96)

« Le lâcher-prise rétablit l'intégrité physique et énergétique du flux sanguin : une chaleur douce envahit le corps du patient, lui procurant une sensation de grand bien-être » (p.88) ; « C'est la fameuse rencontre : le patient perçoit une sensation savoureuse émanant de toutes ses cellules, une énergie chaleureuse réchauffant son corps, et un sentiment de bien-être particulièrement régénérateur. » (p.90) ; « [...] le rendez-vous conscient avec la dynamique vitale est réellement une renaissance pour le patient qui sent son corps participer pleinement à la guérison. Il ne se sent plus seul face à la maladie. Il a le sentiment profond que son corps a acquis une puissance capable de gagner des paris impossibles. Son corps a simplement retrouvé la vie. Le patient peut partir à la conquête de la guérison totale ; guérir sa vie devient son principal objectif... » (p.90)

« La pression juste peut aider le patient à intégrer une émotion jusqu'alors gelée. Il ressent alors une « souffrance agréable ». Il le dit lui-même : « Ça me fait mal, mais si vous saviez comme ça me fait du bien ! » (pp.85-86) ;

#### **4. Le principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** « (...) un pouls cosmique, universel » (Bois D. , 1989c, p. 48) ; « (...) d'une énergie qui sous-tendrait la vie » (p. 42) ;

**Processus de transmission de la force du vivant :** « Toutes les cellules de l'organisme sont en fait animées par un pouls cosmique, universel, capté et « dispatché » dans tout le corps par le cœur énergétique, véritable « artère du cosmos ». p.48

**Structure d'accueil organique :** « A ce niveau (le non-révéle), la dynamique vitale se rencontre dans son état énergétique [...]. Elle s'exprime également sous sa forme physiologique tissulaire : conscience du sang, mobilité oscillatoire cellulaire, activité contractile élastique des fascias, mouvance périostée » (p. 23) ; Cette " individualisation " de la dynamique vitale se fait par les tissus nobles de l'organisme : le fascia, le sang et l'os » (p. 49) ; « Le sang est en effet le vecteur de la vie sous toutes ses formes jusqu'à la plus subtile : il transporte la conscience de la dynamique vitale » (pp. 87-88) ; Selon une organisation très précise, sa (DV) matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le moc : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os » (p. 48)

**Expression de la vie dans le corps :** « La dynamique vitale, dont nous venons d'explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, se manifeste dans le corps et contribue à l'animer » (p.48) ; « En définitive, la dynamique vitale est à la fois une conscience qui capte (fonction réceptive), une pensée originelle qui informe (fonction informative), une énergie qui anime (fonction rythmique) » (p. 45) ; « La dynamique vitale se manifeste en effet à ce niveau (tissus) par une succession de mouvements invisibles à l'œil nu, d'enroulement et de déroulement, selon une vitesse, une orientation et une cadence particulières » (p. 85) ; « (...) l'énergie originelle correspond à l'intelligence de la dynamique vitale, et se manifeste sous une forme spiralée. (Bois D. , 1989c, p. 55)

**Equilibre des forces dans le corps :** « Les forces qui s'opposent à la dynamique vitale (pensées mentalisées et émotions fixées) vont constituer des freins qui transforment ce potentiel universel en capital individuel » (p.49).

#### **5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

##### **5.1 Posture générale**

: « [...] la solidité du praticien » (p.84) ; « neutralité, humilité » (p.100)

##### **5.2 Qualité d'écoute**

**Conscience :** « Seule une écoute accompagnée d'une conscience aiguisée peut capter ce code » (p.50)

**Perception :** « seule la conscience, attitude d'observation de l'infiniment profond, peut déjà la capter » (p.23) ; « Ceci est révélé dans le silence, quand le mental se tait » (p.48) ; « Seule une attitude d'intériorisation et en particulier le silence peut le capter » (p.15)

**Respect** : « La main d'un fasciathérapeute professionnel doit être le prolongement de sa conscience. Et la conscience est une écoute exceptionnelle qui respecte toujours la demande » (p.101) ; « Seuls l'écoute et le respect de la part du thérapeute savent renoncer à une libération trop précoce » (p.95) ; « C'est pourquoi le point d'appui émotionnel demande une écoute parfaite et un respect total de la demande du corps : il sait, lui, ce qu'il peut s'autoriser » (p.86) ;

**Mise en action neutre** : « La main ne dirige pas le mouvement ; elle se contente d'accompagner scrupuleusement le voyage du fascia. Celui-ci connaît son malaise mieux que quiconque » (p.85) ; « Les mains du fasciathérapeute se laissent guider » (p.88)

## 6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

### 6.1. Entre patient et thérapeute

**Confiance** : « La confiance d'un corps se mérite. Le corps du patient sait toujours repérer en vous une parcelle de jugement. Seules, la neutralité et l'humilité peuvent rompre la méfiance et susciter la confiance » (p.100)

**Disparition des clivages** : « la capacité à la rencontre avec un être est en quelque sorte innée. Elle se produit quand vous avez annulé tous les espaces : espace entre votre conscience et votre main, espace entre votre main et le corps de l'autre » (p.101) ; « S'il a particulièrement aiguisé sa conscience, la barrière osseuse disparaît totalement, et laisse libre accès à l'intériorité réelle de l'être. Il n'y a alors plus aucun espace entre le praticien et sa propre intériorité, entre le praticien et le corps de l'autre, entre la dynamique vitale de l'un et celle de l'autre » (p.54) ;

**Communion** : « Communier avec un patient suppose une relation intemporelle entre la conscience de la dynamique vitale de l'un et celle de l'autre » (p.47)

### 6.2. Participation du patient

**Echelle de réaction au point d'appui** : « Le délai d'apparition de la tension indique très précisément le degré de vitalité du patient : plus il est court, plus la vitalité est importante » (p.95) ; « Son intensité est également révélatrice du potentiel de vitalité, mais aussi et surtout du poids du mental ; une intensité stagnante signe bien souvent un refus du lâcher-prise mental » (p.95)

**Confrontation** : « Le point d'appui mental met le patient face à lui-même de manière consciente ou inconsciente, mais toujours incontournable. Mobilisé dans toutes ses possibilités d'autoguérison, il est en effet forcément confronté à la cause originelle de sa maladie et à sa capacité à l'intégrer. En lui se heurtent alors deux désirs contradictoires (souvent inconscients) : la dynamique vitale veut aller vers la vie, le mental refuse de lâcher-prise et désire conserver son ascendant sur le corps. Lequel va l'emporter ? » (pp.88-89)

« Si le mental ne cède pas, le patient « fuit » par divers moyens : sa respiration se bloque, ses tissus se crispent, il a froid, il ouvre les yeux ou se met à parler... Le thérapeute devra alors proposer d'autres points d'appui plus conformes aux capacités présentes du patient » (p.89)

**Lâcher prise** : « La guérison est en effet toujours une affaire de lâcher-prise dont la responsabilité revient au patient » (p.84) ; « (...) le désir profond de guérir » (p.84) ; « le lâcher-prise véritable exige une libération conjointe du tissu, de l'émotion, et du mental. Si l'un de ces paramètres fait défaut, il n'y a pas lâcher-prise mais soulagement temporaire. p.84 ; « Pour obtenir une guérison complète, j'ai donc développé différents points d'appui manuels, chacun visant à déclencher un lâcher-prise correspondant » (p.85) ; « En revanche, quand la solidité du thérapeute le permet et que le moment est le bon, le mental peut lâcher prise. La libération obtenue concerne alors tous les paramètres du problème traité » (p.89)

## **IV - Analyse classificatoire « Une thérapie manuelle de la profondeur » Danis Bois et Eve Berger - 1990**

### **1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

« (...) il est un geste thérapeutique offrant au corps une résistance suffisamment constructive pour mobiliser son potentiel d'autoguérison, c'est-à-dire la volonté physiologique de la dynamique vitale. Il est dès lors évident que le point d'appui engendre une véritable confrontation entre cette volonté et la vitalité lésionnelle tissulaire. Le pronostic dépendra de la prédominance de l'une ou de l'autre » (p.79) ; « Dans ce toucher élastique, le geste de normalisation est soit une traction [...], soit une butée [...]

« (...) obtenir une réelle réaction interne de normalisation suppose de mettre le corps en position de s'auto-guérir. Pour cela, le geste thérapeutique proprement dit est un point d'appui manuel curatif. Il consiste à offrir au corps une résistance suffisamment constructive pour mobiliser localement ou à distance toutes ses capacités de défense naturelles énergétiques. Selon le niveau sur lequel il s'applique (tissulaire, périosté, vasculaire, ou de la dynamique vitale), il provoque un ensemble de réactions en chaîne plus ou moins profondément efficaces » (p.108) ;

« 1 main va jusqu'au bout de l'amplification et englobe ainsi, soit en traction, soit en butée, le plus grand nombre de points d'ancrage situés à distance » (p.120) ; « La main qui monte, elle, rencontre une butée précoce en rapport avec un point d'ancrage sus-jacent ; dans le même temps, elle exerce une mise en traction correspondant à un point d'ancrage sous-jacent » (p.136).

**Protocole d'action** : « Pour susciter une réaction de qualité, le point d'appui manuel doit allier : — un toucher relationnel respectant l'intensité, le moment, et la localisation désirés par le patient ; — une pression périostée juste ; — et surtout : un arrêt circonstancié de la dynamique contractile élastique dans ses paramètres tissulaires et énergétiques, verrouillée par la solidité posturale et la qualité de présence du thérapeute. En d'autres termes, proposer un point d'appui consiste, après avoir accompagné le voyage tissulaire et énergétique jusqu'au bout, à le stopper dans ses paramètres extrêmes. Cet arrêt lui-même doit obéir à une demande profonde du corps, qu'il faut donc savoir capter » (pp.108-109) ; « le thérapeute stoppe son geste et crée un arrêt circonstancié de la dynamique tissulaire : c'est la phase du point d'appui curatif manuel » (p.138) ; « Le point d'appui sollicite le potentiel d'autoguérison du patient : celui-ci se manifeste par l'apparition sous les doigts d'une tension régénératrice exponentielle (T.R.E.) englobant la région concernée par le point d'appui » (p.109)

« Le praticien sent apparaître sous ses mains la tension régénératrice exponentielle, qui envahit d'abord la zone fermée prédominante, puis l'autre zone fermée. Il attend que le travail se soit établi de manière égale sous les deux mains, et qu'il se soit étendu à toute la région circonscrite par les quatre points d'ancrage à distance » (p.139)

« Après le seuil maximum d'intensité de la tension régénératrice exponentielle, le thérapeute sent la tension disparaître sous ses mains, alors même qu'il a parfaitement maintenu son point d'appui : c'est le lâcher-prise, qui signe la normalisation du point d'ancrage travaillé. Le thérapeute suit alors le nouveau voyage indiqué par le tissu à la sortie du lâcher-prise, et effectue un nouveau point d'appui » (p.113) ; « Lorsque le thérapeute

parvient à obtenir un travail des points d'ancrage et des îlots tensionnels, le lâcher-prise concerne tous les niveaux : tissulaire, liquidien, énergétique, rythmique et émotionnel. Le thérapeute est alors emmené vers d'autres points d'appui, dont la nécessité se révèle au cours du lâcher-prise » (pp.141-142) ; « Le lâcher-prise final intervient après une succession de suivis dynamiques et de points d'appui préparatoires » (p.142)

## 2. L'intention visée par le praticien

**Curative :** « obtenir une réelle réaction interne de normalisation suppose de mettre le corps en position de s'auto-guérir » (p.108) ; « Le point d'appui sollicite le potentiel d'autoguérison du patient » (p.109) ; « le point d'appui constitue la phase durant laquelle le corps se met en travail pour se normaliser » (p.139)

**Bilan :** « Dans une optique de bilan, ce point d'appui va permettre de déterminer la zone fermée prédominante, c'est-à-dire celle qui est le plus directement responsable de la souffrance tissulaire. La zone fermée prédominante se manifestera de la manière suivante : elle sera la première concernée par la tension régénératrice exponentielle qui apparaît suite au point d'appui ; c'est dans cette zone que la tension régénératrice évoluera le plus vite et comblera le plus rapidement l'espace contenu entre la main et le point d'ancrage concerné » (pp. 138-139) ; « une T.R.E. apparaissant très rapidement sous les doigts signe une bonne vitalité » (p.109) ; Son intensité : [...] elle permet de mesurer le degré d'acceptation du patient face au point d'appui.

**Diagnostique et curative :** « (...) notre approche thérapeutique ne dissocie pas la phase de bilan du geste de normalisation proprement dit » (p.92) ; « simultanéité bilan manuel/geste thérapeutique » (p.92) ;

**Relationnelle :** « le point d'appui constitue un élément intermédiaire, ou plutôt de jonction, entre le langage de la profondeur et le langage tissulaire » (p.111)

## 3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui

**Effet sur la globalité :** « Les zones de travail à distance peuvent être sollicitées volontairement grâce à l'élasticité tissulaire ; elles peuvent aussi apparaître spontanément sous forme d'îlots de tension qui créent un champ clos de travail autour du point d'appui » (p.111) ; [apparition des points d'ancrage] « Tout geste thérapeutique englobe cette étendue : c'est là la spécificité de notre geste, qui permet la normalisation à distance par le biais de l'élasticité tissulaire » (p.140) ; [îlots tensionnels] « Leur participation au processus de normalisation est primordiale : ils augmentent considérablement l'étendue de l'impact thérapeutique, tant en surface qu'en profondeur » (p.141) ; « Lorsque le travail de libération du corps est ainsi installé dans toute la zone intéressée, apparaissent des îlots tensionnels. Ce sont des zones qui spontanément participent au travail de normalisation, alors qu'elles n'entretiennent aucune relation anatomique avec la zone actuellement en tension : les îlots tensionnels reflètent les chaînes fonctionnelles d'accommodation » (p.140)

**Effet sur la tension régénératrice :** « La tension régénératrice exponentielle est l'expression directe de la dynamique vitale qui se mobilise à travers l'élasticité des fascias. On voit ici combien le point d'appui constitue un élément intermédiaire, ou plutôt de jonction, entre le langage de la profondeur et le langage tissulaire » (p.109-110) ; « Cette tension [TRE] reflète l'action normalisatrice tissulaire et énergétique : la dynamique vitale dans toutes ses expressions se mobilise pour venir libérer le point de fixité artificiel imposé par la main » (p.109) ; La tension régénératrice possède un certain nombre de paramètres très codifiés, riches d'informations, que le thérapeute doit savoir interpréter :

— Son délai d'apparition : il est proportionnel au degré de vitalité du patient ; une T.R.E. apparaissant très rapidement sous les doigts signe une bonne vitalité.

— *Son intensité* : elle est également révélatrice du potentiel de vitalité ; par ailleurs, elle permet de mesurer le degré d'acceptation du patient face au point d'appui.

— *Son étendue* : la T.R.E. englobe dans son travail une zone plus ou moins étendue, selon la qualité du point d'appui mais aussi selon le degré de participation du patient à la guérison

— *Son seuil maximum* : il est la phase ultime de la tension régénératrice, et représente toujours un moment critique durant lequel le patient est confronté à la fois à son désir de guérir et à son désir de fuir. Si le désir de guérir l'emporte, intervient alors la phase du lâcher-prise.

**Normalisations** : « le lâcher-prise, qui signe la normalisation du point d'ancrage travaillé » (p.113) ;

#### **4. Principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant** : « (...) potentiel énergétique de la vie elle-même » (p. 85) ; « (...) puissance de vie au service du corps » (p. 44)

##### **Expression de la vie dans le corps :**

**Dynamique vitale** : « Toutes les cellules du corps sont pour moi animées par un même moteur : la dynamique vitale. Dynamique, parce qu'il s'agit d'une puissance énergétique en mouvement : vitale, car l'intégrité physiologique de tout l'organisme dépend de sa libre circulation » (p. 58) ; « L'existence de la dynamique vitale ne relève pas d'une quelconque hypothèse ; elle est une réalité vécue, rendue palpable par une conscience posée sur elle. Elle ne concerne pas seulement le domaine de la santé : elle est surtout la clé de la redécouverte de la vie » (p. 58) ; « (...) apparaît alors une analogie entre soi et l'autre : la dynamique vitale en tant que puissance physiologique de vie et de santé constitue la part universelle de chaque être humain, et possède des caractéristiques identiques chez tous » (p. 86)

**Conscience autonome** : « (...) la conscience fondamentale autonome, autonome parce qu'elle capte, enregistre et informe [...] sans utiliser le support des substratums anatomophysiologiques » (p. 59) ; « Sa particularité essentielle est d'être une conscience juste au vu des exigences les plus profondes de notre être » (p. 59) ; « (...) la conscience fondamentale, elle, vise la vie elle-même, c'est à dire l'installation d'un état intérieur au contact permanent de la dynamique vitale » (p. 59) ; « (...) génère dans l'instant une réaction silencieuse qui se produit hors de la conscience intellectuelle de l'individu : cette réaction traduit l'adaptation autonome de notre organisme aux événements, adaptation hélas trop souvent non révélée » (p. 60)

**Onde énergétique** : « Sous-jacent à la dynamique tissulaire existe une onde énergétique en mouvement qui précède le voyage tissulaire, s'incarne à travers lui, le prolonge, et finalement revient à la matière par une sorte "d'effet boomerang" » (Bois D. , 1990, p. 107)

**Structure organique d'accueil** : « Le fascia est en effet animé d'une dynamique contractile élastique (ou D.C.E.), qui se manifeste par d'infimes mouvements rythmiques d'enroulement et de déroulement du tissu. Ce sont les expressions linéaires, organisées, transmises par l'élasticité tissulaire, de la puissance de vie au service du corps » (Bois D. , 1990, p. 44) ; « Dans le corps du patient s'exprime la rythmicité profonde du fascia : mouvements d'enroulement et de déroulement, mouvance tridimensionnelle » (Bois D. , 1990, p. 87)

**Equilibre des forces dans le corps** : « deux lois contraires » (Ibid., p.73) ; « volontés » (Ibid., p.73) ; « la volonté physiologique de la dynamique vitale qui va vers la vie et la santé » (Ibid., p.73) ; « la volonté lésionnelle du tissu, qui par ses crispations et ses points d'ancrage reflète toujours les compensations pathologiques » (Ibid., p.73).

## 5. Posture adoptée dans la pratique du point d'appui

### 5.1. Posture générale

**Aptitudes :** « (...) savoir pour décider » fait place à « prendre conscience pour agir » ; « la main consciente est plus le fait de l'homme que du thérapeute : elle doit être le prolongement direct de la conscience, elle-même capable de capter le mouvement profond de la dynamique vitale » (p.86) ; « (...) une main intelligente au service d'une conscience aiguisée » (p.85) ; « (...) capter le présent tissulaire du patient et percevoir les manifestations énergétiques, tissulaires et corporelles de son propre corps » (p.86)

### 5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active

**Perception :** « la main consciente capte et vit le présent tissulaire » (p.86) ; « la main consciente est capable de déceler, d'interpréter et d'agir sur ces manifestations dynamiques tissulaires » (p.107) ; « une conscience particulièrement aiguisée » (p.107)

**Présence :** « une présence » (p.26) ; « La qualité de présence du patient garantit les conditions de normalisation à ce niveau de profondeur » (p.90)

### 5.3. Qualité d'écoute du tissu

**Respect/rigueur :** « aux manipulations répond le point d'appui manuel » (p.20) ; « le seul fil conducteur de nos traitements est l'adéquation parfaite entre une demande, une réponse, et une présence » (p.26) ; « la main suit scrupuleusement » (p.89) ; « (...) la rigueur qui conduit le traitement consiste à rechercher l'adéquation parfaite entre une demande infiniment profonde et silencieuse du corps, et le respect de la conscience autonome du patient qui dicte le geste thérapeutique » (p.91) ; « ainsi est réalisé un geste extrêmement respectueux : la communion de conscience à conscience éveille le potentiel d'auto-guérison du patient, et la normalisation se fait "de l'intérieur" » (p.91) ; « la pression doit respecter scrupuleusement l'intensité silencieusement souhaitée par le corps » (p.93) ; « (...) suivre ces voyages en respectant scrupuleusement 4 paramètres fondamentaux » (p.95)

**Mise en action :** « susciter par la main les confidences du fascia » (p.90) ; « (...) contact [...] avec la conscience autonome » (p.91)

**Amplificatrice :** « il suffit peut-être cela que la main accompagne et amplifie l'étendue du voyage tissulaire » (p.96) ; « ici le thérapeute ne tracte pas mais accompagne et prolonge le vouloir spontané du tissu » (p.97)

## 6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

### 6.1. Entre patient et thérapeute

**Comblent les espaces :** « Il convient pour cela de « combler les espaces » existant entre la main du thérapeute et sa propre conscience autonome, entre la main du thérapeute et le tissu du patient, entre la conscience autonome du thérapeute et celle du patient » (p.89) ; « (...) la communion de conscience à conscience éveille le potentiel d'auto-guérison du patient, et la normalisation se fait "de l'intérieur" » (p.91) ;

**Mise en confiance :** « (...) la pression de relation est avant tout une mise en confiance du corps ; celui-ci sait qu'il peut se laisser aller à parler, et que la main du thérapeute répondra à ses attentes » (p.93) ; « susciter par la main les confidences du fascia » (p.90)

**Présent tissulaire :** « (...) capter le présent tissulaire du patient et percevoir les manifestations énergétiques, tissulaires et corporelles de son propre corps » (p.86) « Dans l'écoute tissulaire, [...] chaque information captée est ainsi une prise directe avec la réalité dans l'instant de la vie tissulaire » (p.89) ; le thérapeute devient peu à peu un musicien qui découvrirait sa partition au fur et à mesure de son jeu » (p.93) ;

**Evolutivité du contenu :** « Lorsque le thérapeute parvient à obtenir un travail des points d'ancrage et des îlots tensionnels, le lâcher-prise concerne tous les niveaux : tissulaire, liquidien, énergétique, rythmique et émotionnel. Chacun de ces niveaux transmet un message qui lui est spécifique. Le thérapeute est alors emmené vers d'autres points d'appui, dont la nécessité se révèle au cours du lâcher-prise » (pp.141-142)

## **6.2. Participation du patient**

**Sollicitation :** « le potentiel d'autoguérison du patient [...] se manifeste par l'apparition sous les doigts d'une tension régénératrice exponentielle (T.R.E.) englobant la région concernée par le point d'appui » (p.109) ; une T.R.E. apparaissant très rapidement sous les doigts signe une bonne vitalité » (p.109) ; « la T.R.E. englobe dans son travail une zone plus ou moins étendue, selon la qualité du point d'appui mais aussi selon le degré de participation du patient à la guérison » (pp. 109-110)

**Confrontation :** « Il est dès lors évident que le point d'appui engendre une véritable confrontation entre cette volonté et la vitalité lésionnelle tissulaire. Le pronostic dépendra de la prédominance de l'une ou de l'autre » (p.79) ; La qualité de présence du patient garantit les conditions de normalisation à ce niveau de profondeur « (p.91) ; « [TRE] Son seuil maximum il est la phase ultime de la tension régénératrice, et représente toujours un moment critique durant lequel le patient est confronté à la fois à son désir de guérir et à son désir de fuir » (p.111) ; « le point d'appui confronte cette volonté à la mobilisation du potentiel énergétique d'autoguérison » (p.111)

**Lâcher-prise :** [TRE] Son intensité : [...] elle permet de mesurer le degré d'acceptation du patient face au point d'appui » (p.109) ; « Si le désir de guérir l'emporte, intervient alors la phase du lâcher-prise » (p.111) ; « Lorsque le thérapeute parvient à obtenir un travail des points d'ancrage et des îlots tensionnels, le lâcher-prise concerne tous les niveaux : tissulaire, liquidien, énergétique, rythmique et émotionnel. Le thérapeute est alors emmené vers d'autres points d'appui, dont la nécessité se révèle au cours du lâcher-prise » (pp.141-142) ; « Le lâcher-prise final intervient après une succession de suivis dynamiques et de points d'appui préparatoires » (p.142)

## **V - Analyse classificatoire « Thérapie et mouvement » sous la direction de D.Bois - 2001**

- 1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**
- 2. L'intention visée par le praticien**
- 3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**
- 4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant : notions de substance :** « Je voudrais maintenant aborder une notion qui me tient à cœur, celle de la substance. Certains philosophes confèrent à la substance un principe actif. Je suis en accord avec cette donnée. Mais encore une fois, je confère à cette substance un principe cinétique. Le mouvement ontogénique procède d'une essence cinétique ou d'une substance cinétique. Cette substance cinétique est soit indéterminée quand elle n'est pas intégrée dans la matière organique, ou soit déterminée lorsqu'elle est incarnée » (p.89) ; « Je peux dire qu'il m'est arrivé de faire l'expérience, quotidiennement, d'un mouvement indéterminé. Il y a un mouvement indéterminé et il se trouve que ce mouvement possède une extrême lenteur. Ce que David Bohm, un des fondateurs de la physique quantique, appelait un mouvement intemporel, c'est-à-dire un mouvement qui serait immobile, ou un mouvement immobile qui serait mobile » (p.89).

**Structure d'accueil organique :** « *Ce mouvement existe dans la matière et également dans les fascias et dans les os* » (p.89) ; « *Vous comprenez bien qu'il s'agit d'un tissu stratégique qui nous restitue des informations de mouvement interne incontestables pour celui qui veut bien faire l'expérience de ce sensible en mouvement* » (p.88).

**Expression de la vie dans le corps :** « *Malheureusement, ce mouvement interne n'est pas perçu. Nous allons devoir entreprendre toute une stratégie de perception qui permettra à la personne d'entrer en relation active avec ce mouvement subtil* » (p.89) ; « *Lorsqu'on traite une personne, notre outil principal est le mouvement interne. Notre objectif prioritaire est de nous connecter avec la vitesse du mouvement. Sans cette vitesse, je le rappelle, il n'y aurait pas d'amplitude, pas d'orientation et pas de cadence. C'est un fait. C'est la vitesse qui crée la forme avant de dire que c'est le mouvement qui crée la forme* » (p.89) ; Or, la vitesse représente à mes yeux la force motrice du mouvement. De la vitesse dépend l'orientation, l'amplitude et la cadence » (p.88) ; « *Généralement on attribue à la vitesse rapide un pouvoir. Par exemple, dans les arts martiaux, on privilégie la vitesse rapide, alors que de mon point de vue, la lenteur constitue un bras de levier bien plus important* » (p.89) ; « *J'ai travaillé intensément sur cette lenteur, jusqu'au moment où j'ai compris que cette lenteur était de nature sensorielle* » (p.89) ; « *Autrement dit, si on confère un système d'autorégulation au mouvement, il faut envisager son principe actif: la vitesse. Ainsi, pendant toute une première période, j'ai axé mon travail sur l'étude de la vitesse. Il se trouve que cette vitesse était une lenteur extrême, presque proche de l'immobilité. Si bien qu'à certains moments, on ne sait pas si c'est une immobilité qui bouge ou si c'est une mobilité qui est immobile* » (p.88) ; « *Le mouvement porte en lui un principe organisé, et pas seulement un principe de force* » (p.90).

## **VI – Analyse classificatoire « Le sensible et le mouvement, essai philosophique » D. Bois - 2001**

- 1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**
- 2. L'intention visée par le praticien**
- 3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

### ***Effets existentiels***

« *L'être qui apparaît dans cette relation, dans cette présence de soi à l'absolu, à l'intemporel, est un être qui appartient à l'immuable, au permanent. Et pourtant, l'être du sensible est aussi dévoilement d'un potentiel sans contenu qui, dans son devenir, s'ouvre à tous les possibles* » (p.115) ;

- 4. Le principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** « [...] la nature de la substance qu'est la matière est douée de force et de perception » (p.33) ;

**Une subjectivité immanente :** « [...] une certaine étude du mouvement révèle l'existence d'une subjectivité immanente, [...] qui appartient au principe même de vie incarné dans le corps » (p.61) ; « le sensible de la matière nous semble [...] dévoiler son potentiel pensant » (p.37) ; « Le mouvement porte en lui une connaissance primitive qui contient la genèse de la connaissance » (p.66) ;

**Principe de mobilité :** « [...] au cœur du corps s'éveille un mouvement qui est la source du mouvement ontogénique » (p.63) ; « [...] l'essence cinétique [...] livre simultanément le contenu d'un présent qui se déroule et la prospection d'un "juste à venir" » (p.68) ; « [...] la perception du sensible nous restitue un "mouvement

substantiel indifférencié, et que c'est ce mouvement même qui est l'expression vivante de l'unité du tout » (p.103) ; « [...] la force organisatrice portée par la matière » (p.91) ; « Dans tous les cas, qu'il s'agisse du mouvement indéterminé qui anime le tout, ou du mouvement déterminé qui anime la matière de l'homme, le mouvement engendre un principe de mobilité » (p.109) ; « Pourquoi substantiel? Tout d'abord parce qu'il apparaît réellement à la perception comme une substance en mouvement » (p.110) ; « je vous parle ici [...] d'une vitesse extrêmement lente (p.113) ; « [...] notre expérience de l'essence cinétique : [...] mouvement continu et uniforme, véhiculant un principe évolutif » (p.114) ; « [...] cette force intemporelle peut s'exprimer au sein d'une temporalité » (p.114) ; « [...] il s'agit bien en effet d'une force capable d'engendrer un changement perpétuel de tout ce qui est en contact avec elle » (p.114) ; « une sorte de mouvement sans déplacement [...], une intensité qui se déploie partout et nulle part à la fois » (p.138) ;

**Principe premier :** « [...] d'où vient l'impulsion première de ce mouvement. Pour répondre à cette question, il imagine un système de mobiles, dans lequel chaque mobile est mû par un autre jusqu'à un mobile premier qui met en mouvement les suivants sans être mû lui-même par un autre mobile » (p.107) ; « ce mobile premier, à l'origine du mouvement de toute chose » (p.107) ; « l'expérience du sensible m'enseigne qu'il y a une matière première, qu'elle est mouvement, un mouvement agissant partant d'un point pour s'étendre progressivement à tous les espaces puis à tout l'univers. A moins que ce mouvement soit d'emblée partout à la fois » (p.108) ;

**Principe de création :** « Le mouvement substantiel m'apparaît animé d'un principe de création et d'un principe de force » (p.110) ; « Au niveau du principe de création, le mouvement [...] est la source, le principe moteur qui anime toute vie » p.113) ; « [...] chaque moment du présent transmet la force de la création sans aucune dissipation. Le mouvement substantiel s'y déploie dans une lenteur majestueuse, aussi bien dans l'univers que dans la matière du corps » (pp.113-114) ; « [...] tout mouvement se caractérise par quatre paramètres : une vitesse, une orientation, une amplitude et une cadence. Ces paramètres sont présents dans l'étendue visible du mouvement déterminé comme dans l'invisible du mouvement indéterminé. [...] De ces quatre paramètres, le plus fondamental semble être la vitesse: elle porte en elle la force cinétique du mouvement, sans laquelle aucun des autres paramètres n'existerait. C'est donc en elle que nous reconnaissons le principe de création » (pp.111-112) ;

**Processus de transmission de la force du vivant :** « Lorsque le mouvement immobile et intemporel se détermine dans la matière de l'homme » (p.132) ;

## 5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui

### 5.1. Posture générale

« [...] on entre dans une philosophie du sensible agissante : la raison est à son paroxysme sans pour autant réfléchir, sorte de conscience irréfléchie » (pp.135-136) ; « nous observons, dans l'intériorité la plus profonde qui soit, la totalité. Nous sommes, tout en étant immobile en un point donné, au contact d'un mouvement intemporel, en lequel, [...], l'immobilité et le mouvement se fondent pour donner l'illusion d'un déplacement » (pp.137-138) ; « [...] réduire toute distance entre l'objet et le sujet, entre le corps propre et le corps objectif, entre corps pensant et pensée corporée, entre perception et pensée » (p.139)

### 5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active

**Attention :** « [...] grâce à une attention et une intention spécifiques découvrir un imperçu, identifier des détails de ce mouvement qui jusqu'alors passaient inaperçus » (p.65)

**Perception :** « Seules certaines conditions de paroxysme perceptif peuvent rendre compte de la totalité du phénomène ressenti dans l'expérience du sensible » (p.36) ; « je suggère pour ma part un cadre de perception où la discrimination des détails s'annonce dans l'effectuation d'un geste exécuté dans des conditions de

*paroxysme perceptif* » (p.64) « L'acte de perception est avant tout de nature pré-réflexive » (p.67) ; « Avec l'immédiateté de l'acte perceptif vient aussi une évidence [...], le "c'est cela même" » (p.68) ; « le principe d'immédiateté se trouve au cœur de l'acte de perception ; c'est un acte voué et dévoué au présent » (p.68) ; « [...] la perception n'est pas seulement un acte, mais une faculté intrinsèque de toute matière organique » (p.91) ; « entrer en résonance perceptive avec le contenu du mouvement, avec les détails du mouvement » (p.111)

**Contemplation :** « cette attitude (paroxysme perceptif), que l'on pourrait dire de contemplation perceptive » (p.64) ;

**Présence :** « être présent à lui. En étant présent à cette totalité en mouvement, on en découvre le potentiel évolutif » (p.115) ;

**Neutralité :** « [...] une attitude spécifique (paroxysme perceptif) pour devenir ce "spectateur impartial" dont rêvait Husserl » (p.64) ; « demande d'abord une suspension des croyances, idées et acquis » (p.64)

**Anticipation :** [...] se rendre disponible à l'attente protentionnelle (Husserl), écoute de ce qui est juste à venir » (pp64-65) ;

## 6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui

# VII- Analyse classificatoire « Un effort pour être heureux » D. Bois – 2002

1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui
2. L'intention visée :
3. les effets déclenchés par le point d'appui

**Effets expérientiels et existentiels :** « Cette rencontre, dont l'enjeu se fait au cœur du corps, offre à vivre un nouveau gout de la vie souvent inédit .Face à l'intensivité de cette expérience, la pensée change de cap et se livre à tout un processus de transformation » (p.66)

## 4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui

**Principe du vivant :**

A propos de Maine de Biran « cette force, il l'appelle la force hyperorganique, et pour lui, elle est intrinsèquement liée au mouvement, c'est à dire à l'action » (p.31) ; « Présence divine ou tout simplement force hyperorganique...je ne prendrai pas position. Mais lorsque nous entrevoyons cet effort actif au sein de la matière vivante, nous avons le sentiment de toucher au plus près à ce que devrait être Dieu » (p.32) ;

« La puissance de vie qu'il m'a été donné de percevoir et d'expérimenter dans ce cadre est une volonté autonome (p.32) ;

« Il y a de toute évidence dans l'être humain une force de survie qui répond dans l'instant à une situation de l'instant » (p.95) ; « La force vitale véhiculée par le mouvement est donc le support d'une résilience fondamentale » (p.98) ; « [...] un principe de force, un principe de solution, un principe d'espoir, un

*foisonnement d'activité qui ne capitule jamais, à la manière d'un volcan qui, même silencieux, conserve en lui un potentiel d'explosion naissante ou renaissante. Un effort qui accomplit le sens de la vie présente dans chaque être humain » (pp.97-98) ;*

*Notion d'effort ( première fois que la notion de force est vue du côté de ce qu'elle représente pour l'individu et intégrée dans son comportement = psychotonus) : « Au-dedans ou au-delà de l'effort de volonté de l'homme, j'entrevois l'existence d'une tension, d'une poussée, et même plus : d'une véritable force intérieure qui le pousse à agir et à penser » (p.30); « quelle que soit son origine, une chose est sûre : il s'agit bien d'un 'ailleurs', d'un autre chose'' qui vit en moi et qui est capable de me fournir des impulsions d'action et de réflexion » (p.30) ; « J'aime à penser que cette nature majestueuse d'effort porte en elle un principe de force capable d'engendrer des changements significatifs de notre état d'être, notre état de pensée et notre état de santé »(p.33) ; « Cette rencontre, dont l'enjeu se fait au cœur du corps, offre à vivre un nouveau goût de la vie, souvent inédit. Face à l'intensité de cette expérience, la pensée change de cap et se livre à tout un processus de transformation » ( p.66) ;*

### **Expression de la vie dans le corps :**

*Un mouvement invisible, interne : « La puissance de vie [...] est une volonté autonome qui se propulse à partir d'un mouvement invisible, interne au corps » (p.32) ; « une impulsion de mouvement véhiculée par une force qui semble décider du mouvement, indépendamment de soi » (p44) ; » que penser d'une impulsion de mouvement véhiculée par une force qui semble décider du mouvement, indépendamment de soi ? » (notion de prémouvement) ; « Dans l'immobilité de repos émerge alors du corps un puissant mouvement invisible qui traverse la matière. Il se dilate au-delà des limites physiques du corps, dans ce que j'appelle le « ni-dedans, ni-dehors », quand la frontière délimitée par l'étendue du corps s'estompe. Cependant, sentiment étrange, cette infinitude mouvante s'écoule lentement dans la profondeur de ma finitude. Je suis alors totalement présent. Je suis moi, dans un corps pensant, percevant et ressentant » (p.108) ; « [...] la rencontre entre ce mouvement invisible, lent et majestueux, et le sensible de la matière donne naissance à une nouvelle conscience perceptive de soi et de son corps » (p.49) ; « [...] une activité foisonnante faites de subtiles variations d'états et de mouvements internes » (p.48) ; « [...] la présence en mouvement » (p.97) ;*

*Lenteur du mouvement : « [...] un mouvement extrêmement lent, si lent qu'il n'engendre pas nécessairement de déplacement physique » (p.43) ;*

*Mouvement immobile : « [...] un état de 'mouvement immobile'. C'est un fait : un mouvement interne s'anime au sein de la matière corporelle alors même que le corps est encore en situation d'immobilité » (p.43) ;*

## **5. La posture adoptée dans la pratique du point d'appui**

### **5.1. Posture générale**

*« Percevoir cette essence demande d'installer une présence effective à soi . C'est grâce à cette présence que l'on peut capter une partie de soi jusqu'alors ignorée, et accéder à une conscience spécifique inhérente au corps et au mouvement » (p.32)*

### **5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active**

***Attention** : « Lorsque l'attention se porte sur le corps, elle éveille miraculeusement les fibres sensibles de la matière » (p.66) ;*

**Conscience :** « [...] cette sorte d'intuition éphémère qui offre une réponse adéquate, rapide, préréflexive » (p.97) ; « Le plus difficile à comprendre pour les personnes non averties de cette présence interne est que ce mouvement est le véhicule d'une certaine qualité de conscience sensible, immédiate et surtout anticipatrice » (p.98)

**Distinct mais proche :** « En pénétrant dans la vie précoce de la force hyperorganique, nous nous laissons conduire vers le « ce qui est à venir », le « ce qu'il faut faire ». Dans ce lieu d'expression, d'action, le geste est prompt, la décision rapide. Nous pénétrons dans un sentiment d'étrangeté qui vient du fait que l'implosion ressentie ne part pas de soi, mais néanmoins, est réellement soi » (p.98) ;

## **VIII - « Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie » D.Bois - 2006**

### **1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

« En pratique, ce dialogue silencieux comprend deux phases : la première, dynamique, consiste en un accompagnement manuel méthodique des différentes orientations et amplitudes du mouvement interne qui s'offrent dans le tissu ; la seconde correspond au point d'appui, arrêt circonstancié du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, à la bonne pression » ( pp.70-71) ;

« Le point d'appui est l'outil essentiel de mon approche thérapeutique ; C'est ce geste technique qui permet en effet de mobiliser toutes les forces de régulation organiques et psychiques de la personne, moment intense qui sollicite une réflexion interne tissulaire, palpable sous la main » (p.72)

### **2. L'intention visée par le praticien**

**Totalité de la personne :** « Ainsi lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité ; on ne s'adresse pas à un cœur, un foie, un os mais à un être vivant, avec ses peurs comme avec sa potentialité » (p.72)

**Mobilisation de la force interne :** « le point d'appui, comme espace de sollicitation facilitant la force de régulation de l'organisme et du psychisme (p. 77)

**Sollicitation du dialogue tonique:** « Toute notre action thérapeutique sollicite prioritairement le dialogue tonique autant sur le plan physiologique que sur le plan psychologique. Cette action se fait par l'intermédiaire du jeu des modulations qui se manifestent au cours de l'accordage somato-psychique manuel et gestuel, notamment durant la phase du point d'appui » (p.142)

**Enjeu :** « Le point d'appui manuel est, en effet, tout à la fois une confrontation avec l'immobilité stagnante dans le tissu et aussi l'opportunité pour la vitalité profonde de s'exprimer » (p.155)

**Diagnostique :** « Il est possible à un somato-psychopédaogogue de repérer par le biais du dialogue tissulaire des résistances révélatrices de conflits internes : [...] sous la main du thérapeute, la réponse au point d'appui se met à stagner » (p.72)

### 3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui

**Sur le mouvement des tissus :** « apparaissent alors, au niveau du tissu, des orientations qui se libèrent, propulsées par le mouvement interne » (p.72) ; Au contraire, quand l'écoute manuelle est de qualité, apparaissent alors, au niveau du tissu, des orientations qui se libèrent, propulsées par le mouvement interne » (p.72)

**Effet de transformation du tissu :** « Alors la vie biologique du corps se réharmonise, le système neurovégétatif retrouve son équilibre, la circulation sanguine répond à nouveau à la demande des tissus, les crispations des fascias cèdent, ainsi que les immobilités » (pp.173-174)

**Modulations toniques :** « Toute notre action thérapeutique sollicite prioritairement le dialogue tonique autant sur le plan physiologique que sur le plan psychologique. Cette action se fait par l'intermédiaire du jeu des modulations qui se manifestent au cours de l'accordage somato-psychique manuel et gestuel, notamment durant la phase du point d'appui » (p.142)

« Le thérapeute prend en compte ces modulations et les harmonise au fil des traitements ; le patient, quant à lui, est invité à les percevoir et, par la voie de l'éprouvé, à en comprendre la signification » (p.142) ; « [...] Ces effets sont ressentis notamment sous la forme d'états d'âme particuliers qui émergent de la profondeur du corps. C'est ce que j'appelle les tonalités » (p.136)

**Apaisement et relâchement physique et psychique :** « Quand le tonus du corps se détend sous l'effet du geste thérapeutique, le patient se détend aussi. Il ressent un relâchement des tensions psychiques [...]. A présent je me sens apaisé, comme posé dans moi et optimiste » (p.169) ; « La main du praticien n'est pas seulement soulageante pour la douleur, elle apaise l'angoisse, fait fondre les oppressions, répand une chaleur bienfaisante » (p.171) ; « [...] le tonus excessif se relâche » (p.174) ;

« Notre première action thérapeutique aura lieu au cours du traitement manuel ; la lenteur de déroulement du mouvement constitue un véritable anxiolytique naturel dans ce sens qu'elle installe une ambiance de confiance et de sécurité propice au relâchement tonique. Au moment du point d'appui, les modulations toniques spontanées du corps se réharmonisent : les zones hypertoniques se détendent, tandis que les zones hypotoniques retrouvent un dynamisme interne » (p.228)

#### Effets expérientiels et existentiels :

**Apparition des résistances à la transformation:** « il est possible à un somato-psychopédagogue de repérer par le biais du dialogue tissulaire des résistances révélatrices de conflits internes : la respiration se bloque, ou au contraire s'amplifie, le pouls s'accélère, une vasoconstriction apparaît. Quand l'ensemble du système neurovégétatif réagit, la personne se met à avoir froid, tourne parfois la tête comme si elle voulait se dégager de la résistance, ouvre les yeux ou se met à parler; sous la main du thérapeute, la réponse au point d'appui se met à stagner.

**Eprouvés :** « La sensorialité est réactivée, rendant à nouveau perceptible la présence du mouvement interne. Le mal être disparaît » (p.174) « [...] j'ai choisi, pour décrire ce sentiment d'existence<sup>34</sup>, le mot "éprouvé". Aucun autre terme ne me semble mieux restituer l'exactitude de la tonalité reliée au vécu conscient du mouvement interne » (p.19) ; « Il s'agit plutôt d'une tonalité interne, d'un arrière-plan émotionnel qui donne goût à la vie. Cette tonalité résulte, selon moi, de la mise en jeu de ce que j'ai appelé "la corde sensible de notre être" ; elle se dégage de la rencontre avec le mouvement interne » (p.21) ; « C'est ce que j'appelle les

---

<sup>34</sup> Une subjectivité vécue à travers une perception active

tonalités. C'est ici qu'intervient l'éprouvé, quand la personne devient capable de capter ces tonalités et de se laisser toucher par elles, au point de parfois se laisser transformer par elles » (p.136)

« Quand toutes ces modifications d'état liées au processus actif du mouvement interne sont accompagnées par la conscience, la personne pénètre dans le monde du sensible et devient capable de suivre en direct tout le processus qui la rapproche de son être » (p.40)

« Le contact avec le mouvement interne produit des changements intérieurs permanents, à travers lesquels on se découvre plus humain, plus proche de soi. On vit alors depuis le dedans de soi, quelque chose de plus grand que soi...porteur d'un questionnement profond » (p.22) ; « [...] la personne peut découvrir sa véritable place et participer pleinement à l'œuvre de sa vie » (p.22) ; « [...] l'entretien manuel décèle des voies de passage inédites au sein du corps qui influencent la pensée et l'action de la personne » (p.73) ; « Certaines pensées véhiculaient un sens nouveau pour leur vie, leur offraient des solutions, des intuitions, voire des inspirations profondes. D'autres semblaient venir du tréfonds de leur mémoire, ranimant des situations qu'ils avaient fini par oublier avec le temps et qui pourtant, dans cet instant, revêtaient un sens particulier » (pp.94-95) ;

#### **4. le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** « Quelle est la force naturelle qui propulse la vie ? » (p.33) ; « Mais alors, ce sensible du corps qui se dévoilait sous mes mains, quelles en étaient la nature et l'origine ? Je me demandais s'il n'y avait pas un lien entre cet éprouvé et le " plus grand que soi " dont parle la philosophie » (p.18)

**Structure organique d'accueil :**

**Expression de la vie dans le corps :**

Lenteur du mouvement : « Ce mouvement m'apparaissait beaucoup plus lent, profond, global. Beaucoup plus lent que le MRP, ce mouvement interne est animé d'une rythmicité de deux cycles par minutes » (p.35).

Force de régulation organique : « Il existe, dans le corps, un mouvement interne, une force de régulation organique autonome » (p.18) ; « les paramètres de l'animation interne » (p.35) ; « Confrontée au champ mental et émotionnel, la dynamique vitale peut-elle conserver son élan, essentiel à la vie organisée dans le corps ? » (p.33) ; « [...] la réalité tangible du mouvement interne tissulaire » (p.33) ; « cette force interne » (p.35) ;

Potentiel de transformation et potentialité : « Le mouvement interne ne participe pas seulement à l'autorégulation organique, physiologique du corps mais il participe aussi à la régulation psychique de la personne » (p.36) ; « Le mouvement interne devint ainsi, [...] acteur essentiel participant au processus de transformation de la personne. Le mouvement interne devenait le maître d'œuvre de la potentialité » (p. 37) ; « Incarner en soi la potentialité du mouvement interne » (p.38) ; « La potentialité cesse d'être une énigme pour se révéler sous la forme du mouvement interne envisagé dans sa fonction de principe de renouvellement. C'est une force de changement qui conduit toujours vers une amélioration, un mouvement interne au corps qui invite aussi à la modifiabilité cognitive. Plus qu'un contenu de compétences en attente d'être activé, c'est une faculté propre l'être vivant de capter le contenu et le sens des événements du présent et de s'y adapter » (p.38) ; « [...] j'aborde la notion de mouvement interne comme étant une animation de la profondeur de la matière portant en elle une "supra conscience" et constituant un nouveau mode de connaissance » (p.39) ; « [...] la potentialité [...] : une force évolutive qui conduit l'homme à ressentir son corps, à malléabiliser sa matière, à développer sa perception et à enrichir ses points de vue » (p.40) .

## 5. la posture adoptée dans la pratique du point d'appui

### 5.1. Posture générale

**Intention :** « Ainsi lorsqu'on touche un corps, on ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité ; on ne s'adresse pas à un cœur, un foie, un os mais à un être vivant, avec ses peurs comme avec sa potentialité » (p.72)

### 5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active

**Attention :** « De quelle attention s'agit-il ? [...] Il faut [...] déployer une conscience capable de réceptionner ces tonalités internes subtiles, des faits de conscience insoupçonnés » (p.21) ; « La subtilité des informations qui apparaissent dans le corps appelle à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité » (p.22) ; ( [...] l'attention possède aussi la capacité de s'élargir, de devenir plus globale, plus panoramique » (p.123)

**Présence :** « la qualité de présence va donc de pair avec la qualité de l'attention portée sur soi » (p.21) ; « [...] seule la vie peut capter la vie » (p.35)

**Neutralité active :** l'attitude que doit respecter le thérapeute « (p.77) ; « [...] je définissais cette attitude comme devant être simultanément "neutre" et "active" : neutre pour permettre au mouvement interne de s'exprimer, et active pour lui permettre de se libérer des résistances tissulaires s'opposant à son expression. La phase de neutralité s'accomplissait quand la main du thérapeute accompagnait le flot continu du mouvement interne et la phase active dans le point d'appui qui confrontait le patient à sa propre résistance et l'incitait à mobiliser toutes ses ressources personnelles pour dépasser cette résistance » (p.78)

**Introspection :** « C'est grâce à cette attitude introspective que le mouvement interne apparaît, si j'ose dire, en « chair et en os », à la conscience de la personne » (p.22) ; « La somato-psychopédagogie fait appel à une véritable « virtuosité introspective » (p.22)

**Point d'appui de la pensée dans l'empathie verbale:** « Dans cet instant de suspension de toute réflexion, le somato-psychopédagogue réalise un point d'appui au niveau de sa propre pensée, de manière à recevoir dans son entièreté la confiance qui lui est faite » (p.96)

**Dans l'entretien verbal :** « Tous les sens du somato-psychopédagogue sont ainsi tenus en éveil, afin d'enregistrer le moindre geste, la moindre attitude, la moindre mimique du patient. Il écoute attentivement la prosodie, faite d'intensité, de rythmes et de silences parfois criants de vérité ; il entend le contenu de ce qui est dit ; il ressent l'effet produit en lui par le discours de son patient ; il est sensible à la qualité de l'empathie qui circule entre eux » (p.96)

## 6. le type de relation instaurée dans le point d'appui

### 6.1. Entre patient et thérapeute

**Réciprocité actuante :** « Ce jeu d'empathie est tellement important dans l'accompagnement du patient que j'ai choisi de nommer cette relation [...] relation de réciprocité actuante : actuante parce qu'elle résulte d'un acte conscient des deux partenaires ; et réciprocité parce que, quand patient et thérapeute sont aussi bien en relation avec leur propre sensible qu'en relation l'un avec l'autre, l'asymétrie patient-thérapeute s'efface au profit d'une communauté de présence » (p.139)

**Dialogue tissulaire :** « Lorsque la main du thérapeute suit le mouvement tissulaire, c'est un véritable dialogue qui s'engage entre le thérapeute et le sensible du corps, dialogue fondé sur un langage silencieux » (p.71)

## 6.2 Participation du patient

**Confrontation :** « Il est possible à un somato-psychopédagogue de repérer par le biais du dialogue tissulaire des résistances révélatrices de conflits internes : la respiration se bloque, ou au contraire s'amplifie, le pouls s'accélère, une vasoconstriction apparaît. Quand l'ensemble du système neurovégétatif réagit, la personne se met à avoir froid, tourne parfois la tête comme si elle voulait se dégager de la résistance, ouvre les yeux ou se met à parler » (p.72) ;

**Attention :** « Les patients saisissaient des pensées qu'ils n'avaient pas élaborées eux-mêmes, qui jaillissaient de leur corps, presque à leur insu ; des pensées de toute nature, ..., une forme d'émanation d'eux-mêmes qui émergeait d'un lieu de confiance » (p.94) ; « C'est à partir d'une attention aiguisée posée sur son mouvement et sur son corps que le patient découvrira son ressenti et lui donnera un sens. Grâce au développement de son attention, il "réapprend à apprendre" » (pp.123-124) ;

**Conscience :** « [...] prendre conscience de ce qui est ressenti de façon claire et distincte, plus approfondie ; en extraire des caractéristiques, des composantes, par exemple pour en cerner les contours ou en comprendre la signification » (p.135) ; « Quand toutes ces modifications d'état liées au processus actif du mouvement interne sont accompagnées par conscience, la personne pénètre dans le monde du sensible devient capable de suivre en direct tout le processus qui la rapproche de son être » (p.40).

**Acteur et spectateur :** « [...] "éprouver" les choses : éprouver son corps, son mouvement, ses perceptions, sa pensée » (p.134) ; « [...] être présent en même temps à son expérience et à soi dans l'expérience » (p.135) ; « [...] être en relation avec l'expérience (ce que pourrait être le ressenti) mais aussi s'apercevoir au sein de l'expérience (ce qui en est l'éprouvé) » (p.135) ;

**Étapes de sensations :** La première correspond à "je perçois". [...] Il ressent sans forcément faire quelque chose de cette sensation. [...] La deuxième étape correspond à « je perçois que je perçois" : le patient prend pleinement conscience de sa perception, il en prend acte, il est présent à sa perception. La troisième étape est celle du "je perçois les effets de ma perception" : [...] Ces effets sont ressentis notamment sous la forme d'états d'âme particuliers qui émergent de la profondeur du corps. C'est ce que j'appelle les tonalités. C'est ici qu'intervient l'éprouvé, quand la personne devient capable de capter ces tonalités et de se laisser toucher par elles, au point de parfois se laisser transformer par elles » (p.136) ; (modulations « le patient, quant à lui, est invité à les percevoir et, par la voie de l'éprouvé, à en comprendre la signification » (p.142)

## ***IX – Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie »***

Collectif sous la direction de D. Bois, MC Josso et M. Humpich – 2009

### ***2 contributions de D. Bois***

***De la Fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines (D. Bois, pp.47-72)***

***Vers l'émergence du paradigme du sensible (D.Bois, D.Austry, pp.105-135)***

#### **1. Le geste technique mis à l'œuvre dans le point d'appui**

Après un rappel d'écrivant le point d'appui comme un geste créant un contact propre à solliciter la personne : « *J'introduisis alors [...] le 'toucher relationnel' ou 'le point d'appui' consistant à réaliser un 'contact manuel' qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication* » (p. 54) D. Bois introduit la notion de point d'appui en introspection du sujet à lui-même : « *Cette vie riche et variée possède, comme nous le disions ci-dessus, sa propre évolutivité et l'outil principal favorisant cette évolutivité est le point d'appui que réalise le sujet de lui-même à lui-même (Bois, 2005, 2007 ; Berger, 2006 ; Bourhis, 2007 ; Courraud, 2007)*. La qualité de ce point d'appui est de mobiliser l'attention du sujet et de le maintenir dans ses limites perceptives : « *Ce point d'appui fait que l'attention du sujet se stabilise, qu'il se tient ainsi dans une attente ouverte (protentionnelle, disait Husserl), aux frontières du connu et de l'inconnu* » (p.112).

#### **2. L'intention visée par le praticien**

***Visée curative et éducative :*** « *Dans le contexte de la somato-psychopédagogie, les instruments pratiques – qui étaient, dans la fasciathérapie, essentiellement tournés vers le soin- devenaient le prétexte à vivre l'expérience du sensible à partir de laquelle le sujet questionnait son vécu corporel* » (Bois D. , 2009a, p. 58) ;

***Visée éducative :*** « *J'appelai cette reconstruction identitaire psycho-tonique 'accordage somato-psychique'. L'accordage somato-psychique devenait donc l'action pédagogique par laquelle le praticien rétablissait un dialogue entre le psychisme et le corps* » (Bois D. , 2009a, p. 61) ;

« *[...] toutes mes interventions pédagogiques convoquaient une perception paroxystique de nature corporelle invitant la personne à saisir la subjectivité corporelle au cœur de l'acte perceptif* » (Bois D. , 2009a, p. 61) ;  
« *La mobilisation attentionnelle convoquée par le psycho-tonus permettait à la personne de déployer une activité d'auto-observation sur une modalité sensible. [...] elle apprenait ainsi à écouter son corps et sa pensée à travers ses modulations toniques* » (Bois D. , 2009a, pp. 60-61) ;

#### **3. Les effets tissulaires déclenchés par le point d'appui**

***La réaction psychotonique :*** « *[...] j'utilisais le toucher manuel déjà en place mais, cette fois ci, orienté vers l'architecture tonique de la personne. En effet, j'avais remarqué l'apparition d'une modulation tonique sous mes mains au point d'appui* » (p. 60) ; « *Le praticien perçoit, sous sa main, une modulation psychotonique qui se manifeste d'abord par un délai d'apparition de la tension tonique suite à un toucher relationnel adéquat. Progressivement, il assiste en direct à une diffusion de cette tension dans l'étendue du corps (contagion tonique). Puis il perçoit l'implication de la personne à travers l'intensité de la réponse tonique qui atteint un seuil maximum traduisant la confrontation entre la force de renouvellement du corps et la force de préservation*

(moment intense de confrontation perceptivo-cognitive : constructivisme immanent). Enfin, la main perçoit un relâchement tonique donnant lieu à un mouvement interne de résolution de la résistance tissulaire et cognitive » (p. 61) ;

**Les effets somatiques et psychiques simultanément :** « [...] la fasciathérapie avait une influence simultanée, par le jeu d'une modulation psychotonique interne, sur les plans somatiques et psychiques » (Bois D. , 2009a, p. 55) ; « [...] le toucher de relation soulageait la douleur physique et, en même temps, permettait à la personne de prendre conscience de la transformation de son état psychique. Durant la séance, son état de tension physique laissait place à un état de détente, et son état d'anxiété était remplacé par un état de calme » (pp. 54-55) ;

### **Effets existentiels**

**Sens nouveau et valeur nouvelle :** « Cette subjectivité corporelle prenait la forme d'un mouvement interne, d'une variation d'états porteurs d'informations signifiantes pour le sujet qui la questionnait » (p. 48) ; « Enfin, la nature de sens véhiculée par le sensible est aussi particulière. En effet, comme nous avons commencé à le décrire ci-dessus, les informations qui émergent de la relation au sensible ne sont pas seulement des informations liés au ressenti (exemples «je sens une chaleur nouvelle », je sens le mouvement dans mes viscères », ...), mais ont une valeur pour la personne elle-même, elles parlent de sa vie, de la potentialité de sa vie (exemples : « c'est une nouvelle présence à moi », « qu'attends-tu de la vie ? » (p.119)

**Rencontre avec soi et sentiment d'existence :** « C'est généralement à l'occasion d'un tel point d'appui que le sujet fait l'expérience d'une nouvelle rencontre avec lui-même. Rencontre qui lui fait découvrir un sentiment fondamental de l'existence, l'existence de la vie dans le corps, l'existence d'une subjectivité incarnée, l'existence de sa propre vie se déployant au regard de sa propre présence » (p.112)

**Effet sur la globalité :** « Le sensible devient aussi un lieu de soi où s'unifient les séparations tranchées corps/esprit, sensation/pensée, subjectivité/objectivité, intériorité/ extériorité, visible/invisible. Ainsi, lorsque le sujet accède au lieu du sensible, le sujet expérimente un univers entrelacé, interpénétré, enchevêtré qui le surprend » (p.120) ;

**L'expérience du chiasme de la non opposition des contraires :** « Alors que, la relation au sensible, si elle nous fait voir effectivement en permanence cette notion de recouvrement et de mélange de deux forces opposées, se fait, elle, dans un processus dynamique continu qui potentialise ces contraires pour faire émerger une troisième dimension, ouverture créative de nouveaux sens » (p.121).

**L'expérience du chiasme immobile dehors /mobile dedans :** « Par exemple, lorsque le sujet perçoit son mouvement interne, il le perçoit au sein de l'immobilité de son corps ; l'expérience de ce chiasme lui révèle une nouvelle nature de présence à lui-même, l'immobilité lui révélant sa globalité et la mobilité une profondeur inconnue » (pp86-87).

**Confrontation et état transitionnel :** « Au moment où cette immobilité se remettait en mouvement, et où l'insensibilité redevenait sensible, la personne traversait parfois un état d'instabilité transitionnelle qui méritait d'être accompagné » (p. 56) ;

## **4. Le Principe de force mis en jeu au point d'appui**

**Principe du vivant :** « Mes mains captent une animation d'une autre nature, plus lente et concernant non seulement la matière, mais aussi la personne dans sa totalité (Journal, 1980)» (p. 53) ; « A force d'écouter le mouvement interne sous mes mains, j'ai fini par admettre qu'il est non seulement l'organe de la communication silencieuse du corps, mais qu'il est aussi le sens par lequel le corps de l'homme devient humain (Journal 1980) » (p.53) ;

**Structure d'accueil organique :** « Cette force interne, je l'explorais partout dans le corps de mes patients, mais plus spécifiquement dans les fascias » (Bois D. , 2009a, pp. 52-53) ;

**Expression de la vie dans le corps :** « Le mouvement interne est, pour nous, l'ancrage premier d'une subjectivité corporéifiée. Sous ce rapport, le sujet découvre un autre rapport à lui-même, à son corps, et à sa vie, il se découvre sensible, il découvre la relation à son sensible » (p.107). ; « Le premier pilier, fondamental, du paradigme du sensible est donc le mouvement interne » (p.108) ; « Nous abordons le mouvement interne comme une animation de la profondeur de la matière portant en elle une force qui, non seulement participe à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme. De notre point de vue, nous sommes plutôt en présence d'une substance en mouvement que d'une essence achevée. En effet, ce qui apparaît dans cette relation de perception n'est pas déterminé de manière définitive; au contraire, cela apparaît toujours sous la forme d'un processus évolutif, en devenir permanent » (p.108) ;

« Pour nous, et dans ce sens-là, le mouvement interne est immanent à la matière, puisque nous estimons que c'est le mouvement interne qui est responsable de l'animation des tissus du corps » (p.123)

**Processus de matérialisation du vivant :**

**Equilibre des forces dans le corps :** « L'évolutivité même de la relation au sensible, que nous avons présenté ci-dessus, est une autre expression vivante de cette potentialité qu'incarne le mouvement interne. Le mouvement interne est principe d'évolutivité de par sa nature propre, mais la relation qu'entretient le sujet avec son mouvement interne est tout aussi évolutive. Ce qui permet à celui-ci de découvrir pas à pas la force de transformation portée par le mouvement interne » (p.111)

## 5. la posture adoptée dans la pratique du point d'appui

### 5.1. Posture générale

**Présence :** « La dimension du sensible est née d'un contact direct et intime avec le corps et c'est à partir de cette expérience que se construit progressivement, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde, et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance. Un rapport que nous pouvons qualifier de créatif, et qui place, comme nous le verrons, la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance.» (2009, pp. 105-106) (2007, p. 6) ; « [...] la nature de la présence qui est mise à l'œuvre dans notre approche est une présence à soi, à partir d'un contact conscient avec l'intériorité du corps » (p. 49)

### 5.2. Qualité d'écoute : présence, attention, contemplation, perception, action, neutralité active

**Perception** « [...] je soupçonnais la présence d'une perception qu'il fallait redécouvrir en plongeant dans soi » (p. 51) ; « [...] la perception du Sensible explore, quant à elle, le lien vivant entre un sujet et son propre corps impliquant le déploiement d'une modalité perceptive paroxystique capable de pénétrer l'intériorité vivante du corps » (p. 50) ; « Il nous faut donc maintenant présenter la nature de rapport adéquat pour pénétrer le monde du sensible. Cette notion de rapport nous fait voir le sensible comme étant aussi un acte spécifique de perception » (p.111)

**Attention :** « [...] la subtilité des informations qui apparaissaient dans le corps appelait à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité » (p. 59) ; « On assiste alors à une mutation de l'attention, posée par le sujet, en une attentionnalité où le sujet n'est plus actif de manière volontaire, mais où son attention est « aspirée », en quelque sorte, par le phénomène qui émerge et qui s'impose de lui-même dans son champ perceptif (p. 113).

**Neutralité active :** « Il nous donc faut maintenant spécifier le type d'attitude que le sujet doit incarner pour pénétrer l'univers du sensible. Cette posture, qui est un des piliers fondamentaux du paradigme du sensible, nous l'avons définie comme relevant d'une neutralité active, résultat d'un équilibre délicat entre neutralité et activité » (pp.111-112)

« La part de neutralité correspond à un « laisser venir à soi » les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu à venir. Dans ce cadre d'observation, le mouvement interne prend « corps » pour le sujet qui perçoit et imprègne aussi bien sa matière, sa conscience et sa pensée. Le « laisser venir à soi » est un « savoir attendre » qui consiste d'abord à ne pas anticiper ce qui va advenir. Ce « savoir attendre » est ce qui permet aussi de respecter le principe d'évolutivité du sensible qui se déploie à la mesure des capacités perceptives du sujet » (p.113)

« La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille. Ces réajustements sont aussi nécessaires pour « coller » à l'évolutivité du sensible » (p.113).

« De plus, nous constatons que la dimension de neutralité change de nature en relation avec l'activité du sujet : c'est grâce à la suspension de toute anticipation que le « savoir attendre » est en mesure de donner sa pleine mesure. De même, la dimension d'activité ne se comprend qu'imprégnée de neutralité, différente par nature d'un acte volontaire classique. Ainsi, cette posture procède d'une infinité de précautions afin de ne pas peser sur les phénomènes qui émergent de la relation au sensible » (p.113).

« Nous ne parlerons donc pas d'épochè, la posture d'observation proposée par la phénoménologie (Husserl, 1965, 1996 ; Varela, Vermersch, Depraz 2000), mais plutôt de neutralité active (Bois, 2005, 2007 ; Berger, 2006h). Celle-ci invite le sujet à se tenir dans un « ailleurs » et un « autrement » au sein de l'acte perceptif. La neutralité active invite le sujet à s'ancrer profondément dans un rapport à lui-même, [...]. Il s'agit donc de soigner au contraire la présence à soi et d'habiter le lieu du sensible où l'apparaître se donne sous une forme perpétuellement mouvante. Une autre différence, qui nous semble essentielle et sur laquelle nous reviendrons plus bas, est que la neutralité dont nous parlons repose paradoxalement sur une totale implication du sujet dans l'acte perceptif, une totale implication dans la relation au sensible » (p.113) ;

La neutralité active, décrite ci-dessus, représente un autre exemple de chiasme. En effet, celle-ci réclame de garder l'équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active; l'effet de cette posture est de faire découvrir au sujet une proximité intime inédite et unique avec les vécus internes ; unique qu'éphémère, éphémère parce que toujours reposant sur cet équilibre fragile entre neutralité et activité (p.121).

## **6. Le type de relation instaurée dans le point d'appui**

### **6.1 Entre patient et thérapeute**

**Réciprocité de résonance :** Nous parlons alors de réciprocité de résonance entre contenu observé et observateur. Au sein de cette réciprocité sensible se dévoilent des allers/retours spontanés qui se potentialisent mutuellement et simultanément par l'entremise de l'attentionnalité » (p.113).

« Cependant nous ne recherchons pas le vide, mais au contraire la plénitude de sens émergeant d'une proximité radicale du sujet avec sa corporéité sensible. Dans ce contexte, l'immédiateté est en somme ce qu'il y a de plus profondément perçu au cœur de la réalité présente. Retenons ici la notion de profondeur qui évacue l'idée d'une immédiateté périphérique qui n'apprend rien qui soit spontanément formateur » (p.113).

**Réciprocité actuante :** « Cette remarque nous a amené à caractériser précisément le type de rapport par lequel le sensible se donne : nous l'avons dénommé réciprocité actuante (Bois, 2007; Bourhis, 2007a et b; Courraud, 2007). Nous avons choisi le terme de « réciprocité » pour insister sur le fait que le sensible se donne sur un mode

*d'implication partagée, du pédagogue avec son étudiant, du thérapeute envers son patient, et même du sujet envers son propre mouvement interne. En effet, c'est par l'implication totale du sujet dans la relation de perception de soi que le sensible se dévoile le sensible n'est pas un objet extérieur au sujet, le sensible est le sujet lui-même dans son devenir actualisé. L'évolutivité qui naît de cette implication dans la relation au sensible, de cause en effet, d'effet qui devient cause effectrice, est alors un signe de la réciprocité entre percevant et perçu » (p.115).*

*« Enfin, nous avons précisé la réciprocité par le terme 'actuant' pour mettre en valeur les faits suivants : la relation au sensible résulte toujours d'un acte conscient, dans une situation spécifiée ; il y a mise en oeuvre d'une action précise; il y a des conditions d'accès précises. De plus, 'actuant' rappelle aussi la notion d'évolutivité propre au sensible : le sensible est une potentialité qui s'actualise par le rapport d'implication que le sujet instaure avec lui-même » (p.115).*

*« Ce mode traduit donc un rapport d'implication et d'influence entre le percevant et la chose perçue. La réciprocité actante constitue pour nous le prima de la relation qu'un sujet instaure avec lui-même mais aussi avec autrui, pensons à la relation de toucher dans un cadre thérapeutique, par exemple. Elle donne lieu à des variations infinies, à des passages d'état vers d'autres états, à une circulation de sens qui se donne au sujet qui en est la cause. L'observé et l'observant cheminent ensemble et s'inter influencent en permanence dans la clarification sensorielle et cognitive de ce qui émerge du rapport au corps sensible » (p. 115)*

**Être touché :** *« Entrer en relation avec le mouvement interne d'un sujet, par le toucher manuel, demande de la part du « touchant » une implication dans son geste qui va au-delà de l'empathie classique et qui s'appuie sur la relation que celui-ci instaure avec son propre mouvement interne, le touchant devient touché ; l'effet résultant de cette réciprocité de résonance, que nous avons déjà évoqué, est l'émergence d'un fonds perceptif commun, partagé en toute conscience, par les deux acteurs » (p.122).*

## **6.2. Participation du patient**

*« Jusqu'alors le patient était passif sous les mains du praticien et confiait son langage intérieur dans la confidentialité tissulaire, un langage inaudible, mais aussi invisible à l'œil nu » (Bois D. , 2009a, p. 55) ;*

*« Dans le contexte de la somato-psychopédagogie, les instruments pratiques – qui étaient, dans la fasciathérapie, essentiellement tournés vers le soin- devenaient le prétexte à vivre l'expérience du sensible à partir de laquelle le sujet questionnait son vécu corporel » (Bois D. , 2009a, p. 58) ;*

*« [...] la subtilité des informations qui apparaissaient dans le corps appelait à poser l'attention de façon intense et soutenue sur l'intériorité » (Bois D. , 2009a, p. 59) ;*

*« [...] toutes mes interventions pédagogiques convoquaient une perception paroxystique de nature corporelle invitant la personne à saisir la subjectivité corporelle au cœur de l'acte perceptif » (Bois D. , 2009a, p. 61) ;*

*« Je posai aux personnes une série de questions durant le déroulement de la séance manuelle [...]. Cette attitude pédagogique obligeait la personne à poser son attention de façon active sur les manifestations internes de son corps, accédant à des informations qui, jusqu'alors, échappaient à sa perception » (Bois D. , 2009a, pp. 64-65) ;*

*« Qu'est-ce qui apparaît quand le sujet se tourne vers son intériorité, vers le « dedans de lui-même » ? Il découvre la présence d'un mouvement interne qui se meut au sein de la matière et qui porte en lui le principe premier de la subjectivité. C'est d'ailleurs pour nous ce qui définit la présence du sensible et la relation de la personne avec son sensible dès lors que la personne témoigne, en pleine conscience, du processus dynamique qu'elle sent en elle » (p.108).*

*« Cependant nous ne recherchons pas le vide, mais au contraire la plénitude de sens émergeant d'une proximité radicale du sujet avec sa corporéité sensible. Dans ce contexte, l'immédiateté est en somme ce qu'il y a de plus profondément perçu au cœur de la réalité présente. Retenons ici la notion de profondeur qui évacue l'idée d'une immédiateté périphérique qui n'apprend rien qui soit spontanément formateur » (p.113).*

*« Mais ce qui étonne le plus est certainement l'expérience vécue et conscientisée d'une mobilité qui se meut lentement et de manière incarnée au sein d'une immobilité intérieure » (p.112).*

**Annexe 2 : Livre « Les concepts fondamentaux de  
fasciathérapie et de pulsologie profonde »**

---

Concepts fondamentaux

de fasciathérapie et  
de pulsologie  
profonde

DANIS BOIS



« A DANIS, L'HOMME PAR QUI LES COURANTS PASSENT »  
MAXIME LE FORESTIER

A FRANÇOISE,  
SANS QUI CE LIVRE N'AURAIT JAMAIS VU LE JOUR...

A LIONEL VERRIER,

POUR NOS LONGUES RÉFLEXIONS.

A MAÎTRE RAM CHANDRA,

POUR L'EXEMPLE VIVANT DE LA SAGESSE QU'IL FUT.

DANIS BOIS

SOMMAIRE

PRÉFACE	11
AVANT PROPOS	13
INTRODUCTION. — <i>La fasciathérapie et la pulsologie ou la Thérapie Manuelle Originale des Fascias</i>	15
A / Généralités	15
B / Les différents paramètres de lésions	20
C / Dialogue avec le tissu	22
D/ Fascia : matrice probable de la vie et de la mort	24
E/ Rappels succincts embryologiques	25
F / Rappels succincts histologiques	26
G/ Différenciation du tissu conjonctif	27
PREMIÈRE PARTIE	
LES QUATRE CONCEPTS FONDAMENTAUX DE LA TMOFP	
CHAPITRE PREMIER. — <i>L'être humain est une unité dynamique de fonction</i>	33
A / Généralités	33
p.8	
B / Fascia superficialis	38
C / Fascia principal ou fascia superficiel	39
D / Fascia axial profond	51
E / Fascia dure-mérien	66
CHAPITRE II. — <i>L'activité rythmique involontaire est la condition de la vie et de la santé</i>	77
A / Généralités	77
B / La MOC ou motilité oscillatoire cellulaire	78
C / Le MRP ou mécanisme respiratoire primaire	80
D / Les attaches directes des fascias	82
E / Les trois diaphragmes	85
CHAPITRE III. — <i>Nécessité de préserver l'unité liquidienne régnant dans l'organisme</i>	91
A / Généralités	91
B / Le sang	95
C / La jonction artério-veineuse terminale	99
D / La lymphe	101
E / La microcirculation lymphatique	104
F / Le LCR ou liquide céphalo-rachidien	106
G / Principaux lieux d'échanges des différents liquides extra-cellulaires	112

H / Incidence des fascias sur les liquides	115
CHAPITRE IV. — <i>Nécessité impérative d'ouvrir les portes du système vasculaire</i>	121
A / Généralités	121
B / Conséquences des oppressions du système artério-veineux	125
p.9	
DEUXIÈME PARTIE	
MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Méthodes de diagnostic</i>	139
A / Anamnèse	140
B / Ecoute méditative	142
C / Pulsologie à des fins de diagnostic	143
Généralités	143
Buts	146
Définition	147
Protocole d'action	147
Le temps de réponse	148
Les adhérences	150
La qualité de la pulsologie	150
Les désynchronisations	151
Les localisations électives	153
Les enchaînements	156
D/ Perception des rythmes inhérents de notre organisme	166
a / Evaluation de la MOC	166
b / Evaluation de l'activité rythmique des fascias et des os	172
E/ Perception des changements de la structure	186
CHAPITRE II. — Traitement proprement dit	189
A / Généralités	189
B / Traitement	199
a / Rééquilibration du système neuro-végétatif et endocrinien	200
b / La pulsologie curative	201
c / La normalisation membraneuse et osseuse	209
d / La normalisation énergétique	226
CONCLUSION GÉNÉRALE	231
BIBLIOGRAPHIE	235

## PRÉFACE

*Brève présentation d'une conception nouvelle ou reconsidération globale de la thérapie manuelle, tel aurait pu être le sous-titre de l'ouvrage.*

*La fasciathérapie ou traitement manuel du tissu conjonctif, telle que la pratique l'auteur, a pour singularité d'être conduite sous contrôle de la pulsologie ou étude et coordination tout à la fois des pouls énergétiques (subtils) et matériels (sanguins).*

*Le jaillissement surprenant d'un pouls caractéristique, tissulaire, dit encore capillaire, car situé hors de tout axe artériel, et par là même perceptible en tout point du corps, indique à l'opérateur la réharmonisation totale « des libres rythmes inhérents » de l'organisme, et ce depuis l'échelon cellulaire (MOC).*

*Si l'appellation de massage convient parfaitement en ce qui concerne les manoeuvres très matérielles, et par nécessité puissantes, de libération de fascias fortement densifiés, quoique sans violence et en respectant un seuil de douleur acceptable, le vocabulaire de la langue commune fait défaut pour exprimer la part subtile et concomitante de l'art du fasciathérapeute !*

*Le lecteur doit réaliser alors que si, dans un premier temps, cet exposé demande un effort de compréhension en ce qu'il est une tentative louable de rattacher à un savoir scientifique actuel une connaissance intuitive et sensible de l'homme, dans un second temps, il se veut une invite à entrer dans le « monde du ressenti » hors de portée de la communication verbale qui, ne procédant que du mental, reste à jamais inadéquate.*

*Ceci impliquant pour le patient désireux de vivre pleinement son traitement d'avoir œuvré sur lui-même pour affirmer sa sensibilité, et de surcroît pour l'impétrant fasciathérapeute d'être à même de réaliser une écoute de grande attention dite méditative lui permettant de se fier à ses perceptions. Performance d'accessibilité malaisée mais bien à la mesure de ce que doit être une thérapie holistique authentique !*

Docteur Bernard ROUDIÈRE

## AVANT-PROPOS

Cet ouvrage aurait pu s'intituler « Ostéopathie liquidienne ». Tel ne fut pas le cas, car l'ostéopathie en France est devenu le pâle reflet de la philosophie préconisée par Still, fondateur de l'ostéopathie.

D'autre part, la Thérapie Manuelle Originale des Fascias et de la Pulsologie (TMOFP) possède des originalités évidentes par rapport aux différentes méthodes manuelles, y compris celles de l'ostéopathie.

Toutefois, la volonté de structurer cette méthode affaiblit et déforme parfois le sens profond de la réalité.

J'ai écrit cet ouvrage à la suite d'un ensemble d'observations rigoureuses issues d'un acquit scientifique et d'un vécu intuitif. Comme il en est fait état dans le livre, le véritable fasciathérapeute et pulsologue, outre ses connaissances scientifiques indispensables, doit avoir une disponibilité du cœur.

Le savoir scientifique, je le dois à cinq années d'études ostéopathiques. La connaissance du cœur, je la dois à la méditation

rigoureuse et à la rencontre avec des maîtres remarquables en Asie.

Dès lors, ma recherche s'est portée sur la neutralité ou les éléments intermédiaires. Ainsi, le sang est l'intermédiaire entre l'énergie et la matière et le fascia est l'intermédiaire entre la structure et la fonction.

Ce livre, je le souhaite profondément, parviendra peut-être à toucher votre être profond et à susciter en vous le désir sincère d'en savoir plus.

## INTRODUCTION

La Fasciathérapie

et la pulsologie

ou la thérapie manuelle

originale des fascias

### A / GÉNÉRALITÉS

La Thérapie Manuelle Originale des Fascias et de la Pulsologie ou TMOFP s'inscrit dans le cadre des thérapies naturelles par son approche essentiellement manuelle.

Ses buts sont en priorité de stimuler les défenses naturelles et inhérentes de l'organisme avec vocation prioritaire : LA LIBÉRATION DES OPPRESSIONS DES SYSTÈMES ARTÉRIO-VEINEUX ET ÉNERGÉTIQUES, et de restaurer la mobilité là où il y a fixité membraneuse, aponévrotique et ligamentaire, et, par voie de conséquence, articulaire.

Cette méthode s'adresse à toutes les maladies, qu'il s'agisse de déficiences dues au terrain ou de traumatismes récents, ou qu'il s'agisse de troubles chroniques ou aigus.

Il convient de définir le terme FASCIA. IL s'agit d'un mot latin signifiant bande, bandelette, zodiaque, zone de la terre. Il est, dans l'optique médicale classique, une membrane aponévrotique recouvrant les muscles ou les

p.16

régions anatomiques. Dans le langage ostéopathique, il appartient aux trois premières subdivisions du tissu conjonctif proprement dit (lâche, semi-modelé et modelé).

Contrairement à son acceptation classique, la TMOFP en étend son interprétation : PAR FASCIA ON ENTEND TOUTE FORMATION CONJONCTIVE ET NON EXCLUSIVE-MENT LES DIFFÉRENTS TYPES DE TISSUS ARRANGÉS EN NAPPES. L'étendue de cette interprétation intéresse le tissu sanguin et vasculaire, le tissu conjonctif interstitiel, les aponévroses, les ligaments, les membranes, le périoste, etc. Dans tous les cas, le rôle du fascia est fondamental mais, outre ses rôles de jonction, de protection, d'enveloppe, de coordination, de soutien de l'ensemble des éléments constituant l'organisme et de courroie de transmission à l'activité rythmique inhérente, le fascia est LE LIEU GÉOMÉTRIQUE DES ÉCHANGES CELLULAIRES ET TISSULAIRES, par ses influences directes et indirectes qu'il exerce sur le fleuve de vie que sont les liquides de notre organisme.

Au plan purement structurel, le fascia est omniprésent dans le corps ; il prolonge anatomiquement et fonctionnellement les membranes intracrâniennes pour se répandre aux confins de l'organisme, constituant ainsi une véritable toile fasciale qui ne s'interrompt jamais vraiment, ceci en une organisation allant de la périphérie à la profondeur, à savoir le fascia superficialis, le fascia principal ou superficiel avec ses attaches peu nombreuses directes et ses attaches indirectes représentées par

les cloisons intermusculaires, et le fascia axial profond représentant l'enveloppe, le soutien et le relais des différents

p.17

organes et viscères, et enfin le fascia dure-mérien constitué par les membranes intracrâniennes et le manchon dure-mérien de la colonne vertébrale. Le corps apparaît dès lors comme étant une véritable unité fonctionnelle qui exclut toute vision segmentaire.

Le FASCIA n'est pas la propriété exclusive des ostéopathes ; il est, en effet, surprenant de le voir assimilé à l'ostéopathie systématiquement. Car, par ailleurs, le Rolfing, thérapie physique découverte par Ida Pauline Rolf, repose également sur la manipulation du tissu conjonctif avec les mains, les doigts et les coudes, dans le but de rétablir le réaligement de la structure psycho-physique dans le champ que constitue la gravité. Autrement dit, il y a différentes approches du fascia, l'une STRUCTURELLE, utilisée par les méziéristes, les ostéopathes structurels, l'autre STRUCTURELLE et PSYCHIQUE, utilisée par les rolfeurs et la méthode Struyf-Denis, pour d'autres encore l'approche est essentiellement FONCTIONNELLE avec une vocation prioritaire métabolique : c'est le cas du massage-réflexe, et, enfin, seul parfois le fascia PSYCHIQUE est pris en considération : c'est le cas des techniques reichiennes, de la bio-énergie et de la Gestalt-thérapie.

La TMOFP prend en considération toutes ces approches différentes, celles-ci étant indissociables, car, en fonction de l'impact souhaité, l'approche du fascia sera différente.

La TMOFP n'a pas la prétention d'avoir découvert l'importance fondamentale du fascia dans le maintien de

p.18

la santé. Le Dr Still, par exemple, dès la fin du siècle dernier, avait déjà pressenti l'impact du fascia sur la maladie et n'hésitait pas à écrire : « LE FASCIA EST L'ENDROIT OÙ IL FAUT CHERCHER LA CAUSE DE LA MALADIE », et « IL EST LA MATRICE PROBABLE DE LA VIE ET DE LA MORT. »

Autre concept chèrement défendu par Still et que l'ostéopathie actuelle a trop souvent oublié au profit de l'os et du liquide céphalo-rachidien : « DITES-MOI OÙ LE FLUX SANGUIN EST RALENTI ET JE VOUS DIRAIS OÙ COMMENCE LA MALADIE. »

Et enfin, plus tard, la notion de RYTHMES INHÉRENTS A L'ORGANISME, émise par les Drs Sutherland, Becker, Frymann, offre une dimension holistique (relation corps/cosmos) à l'ostéopathie. C'est en cela qu'il existe des convergences évidentes entre l'ostéopathie et la TMOFP. C'est pourquoi, qu'elle qu'en soit la pathologie, l'association inévitable de la triade FASCIA/SANG/RYTHM intervient dans tout geste thérapeutique.

Toutefois, les convergences avec l'ostéopathie sont d'ordre essentiellement philosophique et physiologique, car le geste thérapeutique fait état de grandes originalités.

D'une manière générale, le fascia et le sang sont soumis à deux facteurs pathologiques : soit par un traumatisme physique occasionnant des réponses ostéo-articulaires et myo-fasciales engendrant des barrières sanguines ; soit par un stress physico-psycho-émotionnel engen-

p.19

drant des troubles psychosomatiques et des modifications du schéma corporel.

Mais cependant, dans tous les cas, le système liquidien et notamment sanguin est influencé. C'est pourquoi cette méthode utilise LA PULSOLOGIE qui permet de dresser une véritable cartographie des zones de ralentissement du flux sanguin ou de l'énergie qui anime le sang.

Cette méthode n'emprunte pas les voies traditionnelles de la médecine orientale mais s'adresse à la qualité des ondes de choc du système liquidien et à la qualité de la réponse de la vasomotricité artérielle.

Cette perception originale utilise deux concepts fondamentaux :

- perception spontanée provoquant par des pressions manuelles appliquées directement une réaction vasoconstrictive et vaso-dilatatrice artérielle ;
- perception provoquée entraînant une libération artérielle indirecte par une normalisation des barrières fasciales, osseuses, responsables du ralentissement de l'énergie qui anime le sang.

C'est pourquoi la fasciathérapie et la pulsologie sont indissociables pour obtenir la libération impérative de toutes les portes qui amènent le sang aux différents organes.

En second lieu, la pulsologie peut être utilisée à des fins curatives en sollicitant par des pressions une vaso-dilatation réflexe du système artériel susceptible de rétablir une bonne irrigation localisée ou générale.

---

p.20

Quelle que soit la pulsologie utilisée, elle emprunte un protocole d'action rigoureux qui consiste à évaluer le temps de réponse, la durée, les désynchronisations, la qualité de l'onde de choc qui anime le sang.

Ainsi la PULSOLOGIE agit sur la fonction en restaurant la qualité des liquides et des énergies et la THÉRAPIE MANUELLE ORIGINALE DES FASCIAS exerce son action sur la structure en rétablissant les troubles membraneux et osseux.

En effet, une maladie est le reflet d'une désynchronisation des rythmes osseux, membraneux, liquidiens, énergétiques, provoquée par une distorsion fasciale, et dont la conséquence majeure s'exprime par un ralentissement du flux sanguin.

Il convient dès lors d'être en mesure de déceler toutes les différentes pathologies de ces différents paramètres.

A cette fin, il est utilisé, outre la pulsologie, la perception des mouvements osseux, membraneux et énergétiques, la perception de la force vitale, l'évaluation des changements de structure et la modification de la morphologie. En réalité, diagnostic et traitement sont imbriqués et indissociables.

## B / LES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES DE LÉSION

Une altération osseuse se définit par une restriction de mobilité maintenue par une distorsion fasciale dans sa fourchette physiologique. Dans ce cas, l'os ne veut pas revenir dans sa position neutre initiale et désire aller dans

---

p.21

le sens de sa lésion. Cette altération de mobilité atteint la bonne intégrité des mouvements mineurs involontaires et sera la conséquence d'une pathologie des mouvements majeurs volontaires.

Une altération membraneuse se définit par des tensions, des points de ralentissement, des adhérences au niveau de tous les fascias. Cette lésion est le point de pivot autour duquel s'articulent tous les autres paramètres lésionnels.

Une altération liquidienne se traduit par une modification du rythme, du volume et de la vitesse de fluctuation ou de la diminution du débit de la circulation occasionnée par un frein circulatoire, qu'il soit d'origine mécanique ou psychique.

Une altération énergétique est indissociable du paramètre précédent. Taylor cite, à ce propos : « Un système et son environnement sont en équilibre de telle façon que tout changement dans l'énergie du système amènera un changement dans l'énergie environnante.

TOUTES CES ALTÉRATIONS SONT OBLIGATOIREMENT ASSOCIÉES DÈS L'INSTANT QUE L'UNE D'ENTRE ELLES FAIT SON APPARITION. UN TEL PHÉNOMÈNE EST RESPONSABLE DE PATHOLOGIES EN CHAÎNE NEURO-VASCULAIRES, NEUROVÉGÉTATIVES, NEURO-ENDOCRINIENNES.

Tout fasciathérapeute-pulsologue doit posséder un éventail thérapeutique lui permettant de répondre à une lésion spécifique tout en agissant sur l'ensemble de l'organisme.

---

p.22

Le thérapeute est constamment confronté à deux problèmes :

- dès que la fonction est altérée, la structure se modifie ;
- dès que la structure est désorganisée, la fonction est altérée.

Par convention, la fonction est définie comme étant l'énergie qui anime la structure.

La structure est définie comme étant la masse ou l'énergie densifiée.

L'élément intermédiaire est LE FASCIA.

C'est pourquoi en portant son action thérapeutique sur le fascia l'impact se fera simultanément sur la structure et la fonction.

A condition, toutefois, d'utiliser, préalablement, les concepts originaux appartenant à la fasciathérapie et à la pulsologie ou la Thérapie Manuelle Originale des Fascias et Pulsologie (TMOFP).

#### C / LE PREMIER DEVOIR EST D'INTERROGER LE TISSU

Toute la difficulté réside à ce niveau, raison pour laquelle l'accent a été surtout mis sur l'approche du malade, le véritable fasciathérapeute et pulsologue sera celui qui fera preuve, outre ses connaissances scientifiques indispensables, d'une certaine disponibilité du cœur. Rien ne servirait d'avoir une tête pleine prolongée par des mains mortes.

Le détail anatomique doit se manifester sous la

---

p.23

recherche des doigts du thérapeute, et, dans tous les cas, le degré de réceptivité d'un corps est directement proportionnel à la disponibilité du mental et du cœur.

La description anatomique précise ne peut avoir sa place dans cette approche vivante des fascias, d'une part parce que la vocation de cet ouvrage, il convient de le rappeler, n'est pas de développer l'aspect mécaniste des fascias, et, d'autre part, il apparaît plus subtil de faire partager la vie intime du fascia, véritable point de jonction entre la structure et la fonction, mais aussi entre la matière et l'esprit.

Chacun fixe la portée réelle du mot « vivre » et lui donne le sens qu'il désire. Il en est de même pour le mot

santé ». Si la santé signifie ne pas avoir de troubles symptomatiques, il y a grands risques de passer à côté de l'essentiel, mais si la santé est synonyme de bonne articulation de l'organisme avec la nature, les conditions pour devenir un fasciathérapeute et pulsologue sont requises.

La thérapie manuelle des fascias est avant tout une école de l'écoute, une thérapie de terrain dont le but est de stimuler les défenses naturelles de l'organisme, mais son impact thérapeutique, grâce aux techniques originales abordées dans ce livre, rétablit également, voire immédiatement, les traumatismes récents.

D'une manière générale, toute désynchronisation rythmique se manifeste par une altération de la qualité pulsatile artérielle et du système sanguin donnant naissance à une nouvelle approche diagnostique et curative appelée PULSOLOGIE.

---

p.24

En fait, la difficulté réside à s'élever dans la hiérarchie palpatoire. Le corps fluide, véritable amorçage de la condensation de l'éther, va engendrer, en se matérialisant, le corps membraneux, ce dernier dans sa manifestation extrême se densifiant en os.

Ainsi l'éther se perçoit sous forme de pulsions, les liquides sous forme de fluctuations ou pulsations, les membranes sous forme d'impulsions, les os sous forme de mobilité rythmique des mouvements mineurs involontaires, et, plus grossièrement, sous forme de mouvements majeurs volontaires.

La fasciathérapie et la pulsologie pourraient se définir comme étant la somme de connaissances acquises en ostéopathie structurelle, fonctionnelle, sensorielle, fluide et énergétique. Mais, d'autre part, elle revendique de grandes originalités ou un retour à l'ostéopathie originelle « stillienne ». Le but de ce livre, outre l'APPROCHE LIQUIDIENNE A TRAVERS LES FASCIAS, est de mettre l'accent sur ces originalités et les points de convergence avec l'ostéopathie originelle. Toutefois la fasciathérapie crânienne ne sera pas abordée car un futur ouvrage lui sera consacré.

#### D/LE FASCIA EST LA MATRICE PROBABLE DE LA VIE ET DE LA MORT » (STILL)

Nombreuses sont les phrases du fondateur de l'ostéopathie montrant combien il ne limitait pas le rôle des

---

p.25

fascias aux seules interprétations mécanistes et structurelles que l'ostéopathie actuelle leur prête trop souvent.

Au contraire, dans l'esprit du Dr Still, le fascia est en priorité synonyme de fonction. Ainsi disait-il : « Le fascia est le laboratoire de la vie animale », ou bien encore : « Il est omniprésent dans l'homme et dans tous les êtres de la terre et de l'eau. »

L'approche de la fasciathérapie et de la pulsologie retrouve le sens profond que confère Still au fascia. Il convient de le rappeler, cette méthode étend son action sur toutes les formes de tissu conjonctif, que ce soit le tissu conjonctif originel, que ce soit les tissus conjonctifs de soutien, hématopoïétiques ou le sang.

#### E / RAPPELS SUCCINCTS EMBRYOLOGIQUES

La constitution du corps humain résulte de l'évolution de trois feuillettes primaires.

— L'ectoblaste va donner, d'une part, l'épiderme et ses annexes, et, d'autre part, le névraxe et les ganglions neuro-végétatifs.

— L'entoblaste va donner le tube digestif, les glandes digestives et les épithéliums de la vessie, de l'urètre, de l'appareil respiratoire...

Et, enfin, le CHORDOMÉSOBLASTE va donner la corde, c'est-à-dire les disques intervertébraux, et le MÉSOBLASTE qui se différencie en musculature striée, et surtout en MÉSENCHYME dont l'ensemble du tissu

---

p.26

conjonctif est issu. Pour mémoire, l'appareil cardio-vasculaire et le diaphragme thoracique proviennent aussi du mésoblaste, manifestant ainsi leur parenté avec le tissu conjonctif.

## F / RAPPELS SUCCINCTS HISTOLOGIQUES

Le tissu conjonctif est formé d'éléments cellulaires et d'éléments intercellulaires.

Les éléments cellulaires comprennent certaines cellules fixes dont les fibrocytes et certaines cellules mobiles avec, pour les principales d'entre elles, les leucocytes, les histiocytes, les mastocytes, les plasmocytes.

Les éléments intercellulaires, hormis les éléments vasculaires, sont des sécrétions du fibrocyte, parmi lesquelles on distingue la substance fondamentale, les fibres de collagène, les fibres de réticuline et les fibres élastiques.

La substance fondamentale est une gelée plus ou moins homogène d'enrobage des tissus et des fibres pouvant être très fluide ou dense. Cet élément sera détaillé dans le chapitre consacré à l'unité liquidienne, car il revêt une importance primordiale pour le thérapeute manuel.

Les fibres de collagène sont ainsi nommées parce qu'elles donnent à la cuisson une colle : la gélatine. Elles sont formées de fibrilles groupées en faisceaux et collées par une substance interfibrillaire. Elles présentent des caractéristiques mécaniques, à savoir une certaine résistance à la traction (exemple : tendon, aponévrose), et des

---

p.27

caractéristiques physico-chimiques par leur stabilité et leur structure microtubulaire de 1/2 Å de diamètre. Les liquides sont, par conséquent, dans les espaces lacunaires de la substance fondamentale, mais aussi entre et à l'intérieur des fibrilles.

Les fibres de réticuline \_ sont de texture plus lâche et très plastique mécaniquement. Leurs caractères physico-chimiques offrent la possibilité de densification pour aboutir à la structure collagène (fibres pré-collagène). Ces fibres se trouvent autour des vaisseaux capillaires.

Les fibres élastiques ont pour principale caractéristique mécanique d'accumuler du travail quand on les allonge et de le restituer par raccourcissement automatique. Ces fibres sont autour des gros vaisseaux de la base du cœur. La systole ventriculaire les dilate, elles se resserrent pendant la diastole ; ainsi, la pression artérielle ne s'annule pas entre deux systoles.

## G / DIFFÉRENCIATION DU TISSU CONJONCTIF

---

On distingue trois groupes : le tissu conjonctif proprement dit considéré par les ostéopathes comme étant le véritable fascia, et, enfin, les tissus de soutien, les tissus hématopoïétiques et le sang.

1 / Le tissu conjonctif proprement dit est constitué de tissu conjonctif lâche, aréolaire, de tissu conjonctif semi-modelé et de tissu conjonctif modelé.

---

p.28

a / Le tissu conjonctif lâche, aréolaire forme un réseau lâche dont les intervalles contiennent la substance fondamentale. A ce niveau, le tissu conjonctif exerce son action de laboratoire, faisant de lui le lieu géométrique des échanges du milieu intérieur ; le fascia superficialis est une de ses manifestations.

b / Le tissu conjonctif semi-modelé possède des interstices dont la dimension varie et diminue, entraînant par la même occasion une diminution de la substance fondamentale ; le derme est une de ses manifestations.

c / Le tissu conjonctif modelé présente des fibres alignées en faisceaux parallèles et où la substance fondamentale se fait de plus en plus rare. Ce tissu modelé représente un tissu fibreux très organisé où les forces sont dirigées en fonction des contraintes et directions. Sont compris dans cette famille les tissus fibreux, ligamentaires, tendineux et aponévrotiques.

Le tissu fibreux est très dense ; les faisceaux collagènes, très unis, sont cimentés par une protéine. Ce tissu, généralement, se dirige dans une direction unique déterminée par les tensions qui le traversent.

Le tissu ligamentaire est un tissu fibreux dont les fibres parallèles unissent deux éléments.

Le tissu tendineux est le moyen d'attache d'un muscle avec un autre ; les fibres sont orientées en fonction de la direction du muscle.

Et, enfin, le tissu aponévrotique est souvent composé de plans de fibres superposées dont les directions divergent à angle droit.

---

p.29

Les fibres longitudinales absorbent les contraintes d'allongement ; les fibres transversales absorbent les contraintes de gonflement. Le tissu aponévrotique sert de transition et se transforme progressivement. En réalité, les tendons, les ligaments, les lames fibreuses constituent des réseaux qui se prolongent les uns dans les autres.

2 / Le tissu conjonctif de soutien est soit à prédominance cellulaire (tissu adipeux), soit à prédominance intercellulaire (périoste, dentine).

Ces différents tissus de soutien sont pris tout particulièrement en considération dans l'approche thérapeutique de la fasciathérapie. Un travail analytique et en profondeur s'effectue à ces différents niveaux, et notamment dans les gouttières ou les vallées du corps qui offrent une voie d'approche privilégiée.

3 / Le tissu hématopoïétique et le sang font également partie de la famille des tissus conjonctifs. A ce titre, ils sont pris en considération, comme cela a été décrit dans un chapitre consacré à cet effet. En ce qui concerne les tissus hématopoïétiques, la moelle osseuse, la rate, les ganglions lymphatiques en sont une manifestation. En ce qui concerne le sang, tout un chapitre est consacré à l'importance fondamentale du sang et des vaisseaux lui servant de véhicule.

---

## PREMIÈRE PARTIE

### *les quatre concepts fondamentaux de la TMOFP*

Il faut dégager quatre grands concepts de cette approche du fascia dans le cadre de la TMOFP :

- 1 / l'être humain est une unité dynamique de fonction ;
- 2 / l'activité rythmique involontaire de l'organisme est la condition de la vie et de la santé ;
- 3 / la nécessité de préserver l'unité liquidienne régnant dans l'organisme ;
- 4 / la nécessité impérieuse d'ouvrir les portes du système vasculaire.

Cet ouvrage traite essentiellement de la fasciathérapie à visée liquidienne. C'est pourquoi le fascia purement mécaniste et anatomique est survolé au profit du fascia vivant, métabolique et liquidien. L'accent est donc mis sur les trois derniers concepts.

Les rôles des différents fascias sont développés dans les différents concepts précités.

Les rôles de coordination, de protection du système

---

p.32

musculo-tendineux, les rôles de support viscéral et postural sont abordés dans le premier concept.

Les rôles de propagation de l'activité rythmique cellulaire et de l'action rythmique de pompage des trois diaphragmes sont abordés dans le deuxième concept.

Et, enfin, les rôles des fascias sur les liquides et sur le métabolisme cellulaire et tissulaire sont l'objet d'une étude détaillée dans les troisième et quatrième concepts.

---

## CHAPITRE PREMIER

## L'ÊTRE HUMAIN

### EST UNE UNITÉ DYNAMIQUE

#### DE FONCTION

##### A / GÉNÉRALITÉS

Le tissu conjonctif est l'organe de la forme faisant du corps un milieu plastique. A ce propos, Léon Page rapporte : « S'il était possible d'enlever tous les éléments tissulaires du corps à l'exception du tissu conjonctif, l'apparence superficielle du corps ne serait pas grandement changée. »

L'étude embryologique succincte a montré que ce tissu est issu d'un des trois feuillets embryologiques, le MÉSENCHYME, ce dernier se différenciant au cours de son développement embryonnaire en tissu sanguin et vasculaire, osseux et articulaire, musculo-tendineux et aponévrotique. Une bonne partie reste indifférenciée dans le tissu interstitiel, conservant ainsi toutes ses qualités originelles.

La constitution de ce tissu conjonctif varie également selon le travail spécifique qu'il a à accomplir et prend des noms différents ; par exemple, au niveau des fibrilles

p.34

musculaires qu'il enrobe, il prend le nom d'endomysium, puis de périmysium, et enfin d'épimysium. Au niveau de l'enveloppe musculaire, il prend le nom d'aponévrose. Au niveau de ses attaches musculo-tendineuses squelettiques, il devient ligament, capsule. Au niveau des nappes d'enveloppe des organes, il devient péritoine, plèvre... ; et enfin, au niveau du système nerveux, il devient dure-mère, ligament dentelé...

D'une manière générale, le fascia se répand à travers toutes les couches de l'organisme et s'organise en fascia superficiel qui s'étend sous la surface cutanée et en fascia profond faisant de lui un tissu omniprésent dans le corps en constituant une véritable toile fasciale qui ne s'interrompt jamais vraiment et qui, ainsi, permet la répartition, l'harmonisation des tensions en permanence, quelle que soit la position adoptée par le sujet.

Le fascia se prolonge anatomiquement depuis l'endocrâne et les membranes intracrâniennes pour devenir extracrânien et se répandre aux confins de notre organisme sans discontinuité, lui conférant ainsi un rôle de protection en tapissant les muscles et en empêchant ceux-ci de se déchirer, un rôle de coordination du système myo-fascial dans son ensemble et des chaînes myotensives ; et, enfin, il compartimente les muscles spécialisés entre eux et les fibres musculaires entre elles pour accomplir des fonctions bien spécifiques.

Par ailleurs, en enveloppant et en enfermant la masse musculaire et les différents groupes musculaires, le potentiel de l'action du muscle est augmenté car le fascia permet de restreindre et de canaliser l'énergie musculaire et

p.35

sa force dans une action spécifique. Il permet également une activité gestuelle harmonieuse.

Si l'on visualise le réseau complexe des fascias à travers l'organisme, et si l'on tient compte de leur plasticité (faculté de conserver une déformation sans rupture), il est facile de comprendre combien l'impact d'une force appliquée en un point quelconque de ce réseau se prolonge à l'ensemble de toute la structure de l'organisme, ce par le biais des compensations. Ceci est dû, sur un point de vue anatomique, aux divers rôles d'enveloppes d'insertion, de glissement, de séparation, d'ancrage et de protection, conférés aux fascias. Ceci est dû également à la variabilité moléculaire du collagène directement dépendante de la qualité des échanges en relation avec le niveau énergétique et les tensions mécaniques qu'il a à supporter.

Ainsi, l'être humain est une unité dynamique de fonction dont chaque partie est intégrée aux autres par cette membrane vivante qu'est le fascia ; il apparaît comme étant L'OUTIL ESSENTIEL CAPABLE DE TRANSFORMER LES INDIVIDUALITÉS ANATOMIQUES EN UNE UNITÉ FONCTIONNELLE. C'est la raison pour laquelle une lésion ne peut jamais être isolée, localisée, car, en fait, lésion ou symptôme ne sont en général qu'une projection à distance d'un phénomène primaire.

Pour la simplicité pédagogique, la description de l'organisation globale des fascias se fera de la périphérie à la profondeur, uniquement dans le but de permettre une visualisation de la répartition anatomique. Au lieu de

p.36

présenter une description anatomique détaillée que l'on trouve par ailleurs dans tous les ouvrages anatomiques spécialisés et en fonction du thème de cet ouvrage, il a semblé souhaitable de mettre l'accent essentiellement sur les ZONES CRITIQUES susceptibles d'oppresser mécaniquement les différents systèmes liquidiens.

Successivement, l'étude de ces zones critiques se fera de la périphérie à la profondeur, représentée par le tableau suivant :

fascia superficialis ;

fascia principal ou aponévrose superficielle comprenant :

le fascia axial périphérique postérieur,

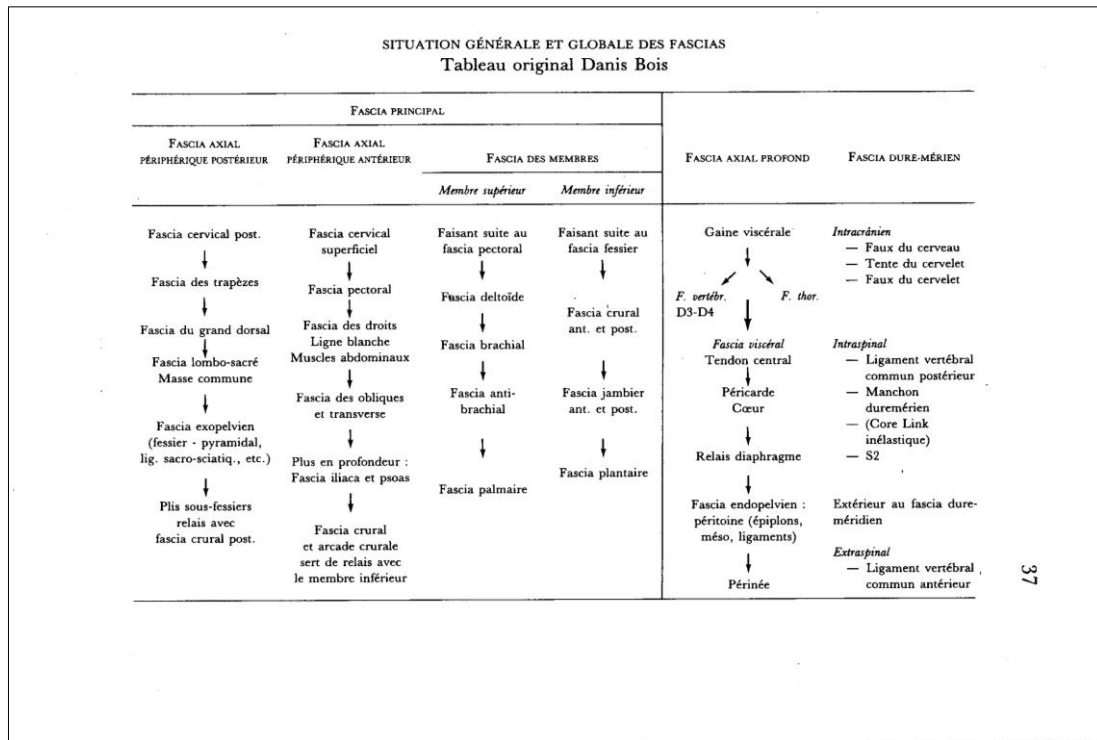
le fascia axial périphérique antérieur,

les fascias des membres ;

fascia axial profond comprenant la description du fascia cervico-viscéral, du fascia endo-thoracique, du ligament suspenseur du cœur, du fascia à destination thoracique, du fascia endopelvien (périnéal et péritonéal) ;

fascia dure-mérien situé le plus profondément et comprenant les membranes intracrâniennes et le manchon dure-mérien.

p.37



37

p.38

## B / FASCIA SUPERFICIALIS

Le fascia superficialis prend ce nom sur l'arcade zygomatique. Il fait suite à l'aponévrose épicroticienne et l'aponévrose temporale. Il disparaît à la face et réapparaît à la région massétérienne où il s'attache à l'apophyse zygomatique et au bord postérieur du masseter. Il enveloppe ensuite le muscle peaussier par un dédoublement et disparaît dans le quart supérieur de la région SCM<sup>35</sup>. De même disparaît-il à la nuque, car à cet endroit la peau adhère à l'aponévrose superficielle et au périoste.

En arrière, le fascia superficialis enveloppe toute la région postérieure jusqu'à la fesse où il disparaît à nouveau pour se fixer à l'aponévrose profonde.

En avant, il enveloppe l'abdomen pour se fixer sur l'arcade fémorale et se continue aux membres inférieurs. Le passage de la partie abdominale à la partie fémorale donne naissance aux ligaments suspenseurs du pli de l'aîne.

Dans la région poplitée, il s'accroche à l'aponévrose superficielle par un tractus fibreux, puis il engaine la jambe, excepté la partie inférieure de la face externe du péroné, pour enfin finir au niveau du ligament annulaire.

Aux membres supérieurs, il engaine toute l'épaule et la région axillaire, le bras, le coude et l'avant-bras, et se termine au niveau du poignet.

Le fascia superficialis est l'enveloppe la plus superfi-

<sup>35</sup> SCM : sterno-cléido-mastoïdien.

p.39

cielle du corps. Il se trouve directement sous la peau. Comme nous l'avons vu, il est à peu près omniprésent sauf au niveau de la face où les muscles du visage s'attachent directement à la peau et au niveau des zones de forte tension.

*Rôles :*

Ce fascia joue un rôle MÉTABOLIQUE très important, d'une part par sa grande teneur en substance fondamentale, d'autre part par la présence des réseaux lymphatiques qui prennent leur source dans ce tissu imbibé de lymphe.

#### C / FASCIA PRINCIPAL OU FASCIA SUPERFICIEL

Pour mémoire, il s'agit de la véritable enveloppe du corps et comprend l'ensemble des fascias axiaux périphérique antérieur, postérieur et des membres. Il serait trop fastidieux d'effectuer une étude analytique de ces différents fascias. Toutefois, il est souhaitable de rappeler, dans cette étude concise, les principaux éléments méritant une attention particulière.

*Ce fascia possède des insertions directes et indirectes :*

Les INSERTIONS DIRECTES sont très peu nombreuses et se font en partie sur les os clés, à savoir les malaires, les clavicules, la symphyse pubienne et le péroné. Ces os sont les plus rythmiques de l'organisme.

p.40

Il y a, toutefois, d'autres attaches directes au niveau de l'omoplate, du bord postérieur du cubitus et des ligaments annulaires du poignet.

Au membre inférieur, le fascia se fixe aux tubérosités antérieures du tibia et au niveau de la face interne où il se confond avec le périoste.

Il faut noter également les attaches fixes en arrière sur le rachis et le coccyx, en haut sur le pourtour de la tête, et en avant sur le sternum, la ligne blanche et la symphyse.

Les INSERTIONS INDIRECTES, véritables invaginations aponévrotiques représentées par les cloisons intermusculaires, constituent une voie d'approche pour accéder au travail du fascia périosté.

Pour mémoire, le fascia principal s'organise de la façon suivante :

Le fascia s'attache médialement, sur le rachis en arrière, sur l'aponévrose épicroânienne en haut, sur le sternum et la ligne blanche médiane jusqu'au pubis en avant.

Le fascia s'attache latéralement, au niveau crânien, sur la ligne courbe occipitale supérieure, sur les apophyses mastoïdes, sur les cartilages du conduit auditif externe et sur les bords inférieurs des maxillaires.

Au niveau du membre supérieur, le fascia forme une véritable gaine et utilise quelques relais osseux sur la clavicule, sur la pointe de l'omoplate et sur le bord postérieur du cubitus.

Au niveau du tronc, il projette des expansions sur le grand pectoral, sur le grand dorsal et rejoint en arrière

p.41

l'aponévrose lombaire qui se fixe, dès lors, sur la crête iliaque et les vertèbres sacrées.

Au niveau de la région fessière, depuis la crête iliaque, le sacrum et le coccyx, ce fascia s'épaissit en une bandelette appelée « fascia lata » et rejoint en dehors le trochanter à l'aponévrose jambière.

Au niveau du membre inférieur, l'aponévrose jambière, prolongement du fascia crural après un relais osseux à la tête du péroné et sur le tibia, se termine sur le pied par les aponévroses dorsales et plantaires (voir figures pages 48 et 49).

*Les zones critiques :*

Il faut entendre par fascia non seulement le système aponévrotique mais aussi les tendons, les ligaments, les capsules et le périoste.

• Au niveau du cou :

Il faut retenir la présence de trois aponévroses, superficielle, moyenne et profonde.

L'aponévrose superficielle offre quelques particularités importantes sur un point de vue liquidien ; elle se dédouble pour envelopper la veine jugulaire externe et les branches du plexus cervical superficiel.

Dans cette région, il faut noter certaines zones de haut risque de compression des principales artères.

En effet, les deux carotides sont recouvertes en avant par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, par le corps

p.42

thyroïde et par les aponévroses cervicales moyennes et superficielles, et répondent en arrière à l'aponévrose et aux muscles prévertébraux. Par ailleurs, elles sont situées en dedans des tubercules antérieurs des vertèbres des apophyses transverses. A souligner, une même gaine entoure de chaque côté la carotide primitive, la veine jugulaire et le nerf pneumo-gastrique placé en arrière des deux vaisseaux.

A la hauteur de la bifurcation des deux carotides interne et externe, se trouve le sinus carotidien situé au-dessus de la quatrième vertèbre cervicale.

La carotide interne traverse ensuite de bas en haut l'espace maxillo-pharyngien, le canal carotidien et le sinus caverneux.

L'artère sous-clavière traverse une zone critique dans l'espace compris entre les scalènes antérieurs et moyens et repose sur le dôme pleural, sur la première côte en bas, et répond aux ligaments vertébro-pleuro-costal, vertébropleural, puis au ganglion cervical inférieur du sympathique. Après avoir traversé le défilé des scalènes, les sous-clavières sont recouvertes par l'aponévrose cervicale moyenne et passent dans un lieu de haut risque de compression au niveau du défilé costo-claviculaire.

L'artère vertébrale, collatérale de la sous-clavière, pénètre dans le trou transversaire de la sixième cervicale avec le nerf vertébral. Cette artère traverse une zone critique au niveau des trous transversaires à partir de C6 jusqu'à y compris celui de l'atlas. Elle pénètre dans le

p.43

crâne par le trou occipital et se réunit avec l'artère vertébrale du côté opposé pour former le tronc basilaire.

Il est très important de libérer le système aponévrotique de cette région, car dans celle-ci passent les artères vertébrales et les carotides internes, ces quatre troncs artériels étant responsables totalement de la vascularisation de l'encéphale.

De même la jugulaire interne, très en danger au niveau du trou déchiré postérieur, se trouve en étroite relation avec le système aponévrotique général du cou.

La majorité des troubles crâniens sont dus à un mauvais apport nutritif sanguin provoqué par une compression des artères au niveau de leur trajet cervical et de leur pénétration intracrânienne.

Le cerveau est particulièrement vulnérable aux interférences vasculaires, car sa nécessité en oxygène est plus importante que n'importe quel organe du corps. Sur les 250 ml à la minute consommés par le corps au repos, le cerveau utilise 20 % de l'oxygène total, bien que pesant seulement 2 % de tout le poids du corps. Le taux d'oxygène du sang veineux, quand il quitte le cerveau, est plus faible que dans n'importe quel autre organe, excepté le cœur ; c'est dire l'hypervulnérabilité du cerveau à l'hypoxie.

Les artères carotides apportent les deux tiers de l'approvisionnement total et, d'autre part, tous les sinus veineux possèdent des parois très fines et sont très vulnérables à la moindre modification de tension sur l'enveloppe

p.44

durale ; et, enfin, 95 % du drainage veineux se fait par le foramen jugulaire entre les temporaux et l'occiput.

A ce propos, Léon Page écrit : « Aux différents trous de la base du crâne, la dure-mère se prolonge par le fascia extracrânien et peut donc être l'objet de tension venant de l'extérieur du crâne. »

De telles tensions créent des tractions, des oppressions mécaniques et engendrent des algies intracrâniennes.

Ainsi, B. S. Ray et M. G. Wolff dénombrent six mécanismes responsables de certaines algies intracrâniennes :

- traction des veines qui vont du cortex cérébral aux sinus et déplacement de ces sinus ;
- traction de l'artère méningée moyenne ;
- traction des grosses artères de la base ;
- distension du tronc ou des branches carotides externes et internes ou de la pie-mère ;
- irritation-inflammation ;
- traction des nerfs crâniens sensitifs du V, du IX et du X.

Ces auteurs démontrent par conséquent l'importance des distensions mécaniques vasculaires dans le mécanisme des algies intracrâniennes.

Le Pr Lazorthes cite à ce propos : « La distension de l'artère temporale superficielle provoque une céphalée pulsatile temporale allant de l'oreille à l'orbite oculaire et accompagnée de nausées. »

O. Godin précise : « Une dilatation artérielle entraîne

p.45

un mécanisme dorigène ; il se produit un phénomène semblable pour une vasoconstriction artérielle, moins bruyante, mais plus tenace. »

En résumé, l'ostéopathie privilégie la sphère crânienne et lui confère l'origine de la majorité des pathologies générales. Or, si un certain nombre de pathologies spécifiques intracrâniennes ou crâniennes se rencontrent souvent (traumatismes directs, lésions intra-osseuses, lésions in utero ou à la naissance), un grand nombre des pathologies intracrâniennes ont une origine extra crânienne.

• *Au niveau des fascias des membres :*

Certaines zones sont électivement atteintes en raison des rapports étroits existant entre le système vasculaire et les aponévroses ou fascias.

— *Au niveau du membre supérieur, il y a risques de compression, d'oppression, de distension et de traction dans les endroits suivants :*

a / dans la base du creux axillaire qui remonte en dôme formé par l'aponévrose profonde du feuillet postérieure de l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire, l'artère axillaire et le paquet vasculo-nerveux traversent une zone critique ;

b / dans le triangle omo-tricipital, zone cédant le passage à l'artère scapulaire inférieure ;

c / dans le trou carré de Velpeau cédant le passage à l'artère circonflexe postérieure ;

p.46

d / dans le canal brachial de Cruveilhier, canal musculo-aponévrotique formé par l'aponévrose brachiale et les aponévroses des muscles des bras, la veine basilique et le nerf brachial cutané interne perforent ce canal ;

e / dans la cloison intermusculaire externe traversée par l'artère humérale profonde et le nerf radial ;

f / dans la tabatière anatomique, où l'artère radiale s'achemine ;

g / dans la loge de Guyon, où l'artère cubitale s'expose ; cette même artère s'expose également lorsqu'elle perforé la cloison séparant la loge palmaire moyenne de la loge hypothénarienne ;

h / et, enfin, dans l'aponévrose palmaire lorsque celle-ci est perforée par l'artère cubito-palmaire.

— *Au niveau du membre inférieur et du bassin, il y a risques de compression, d'oppression, de distension et de traction vasculaire dans les endroits suivants :*

a / dans la gaine du grand droit qui reçoit dans son trajet l'artère épigastrique ;

b / entre les arcades tendineuses du psoas comprises entre D12 et L5, où passent les vaisseaux lombaires et par ailleurs le plexus lombaire ;

c / dans le canal sous-pubien traversé par les vaisseaux obturateurs et les nerfs ;

d / dans le canal sous-pyramidal où passent les artères ischiatique et honteuse interne, de plus le nerf grand sciatique traverse cette région

p.47

e / dans le canal sus-pyramidal où passent l'artère fessière et veines ;

f / dans le fascia cribiformis qui cède un passage aux artères circonflexe, iliaques superficielles et honteuses supérieures ;

g / au voisinage du bord externe du moyen adducteur où l'artère honteuse externe inférieure perforé l'aponévrose ;

h / dans l'anneau du troisième adducteur où la fémorale profonde perce le grand adducteur constituant l'une des trois artères perforantes au niveau des muscles adducteurs;

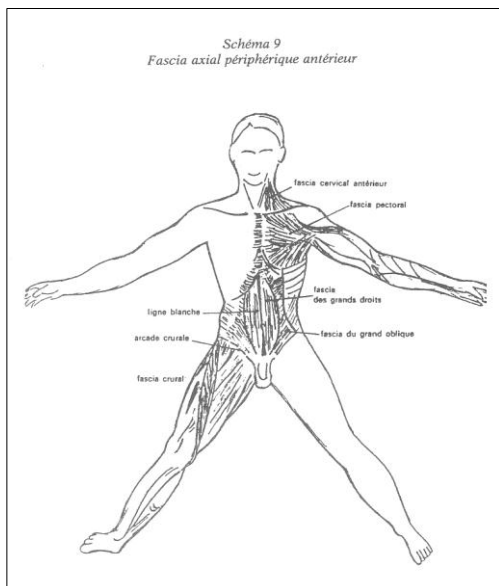
i / dans le canal de Hunter où la grande anastomotique traverse la paroi fibreuse de ce canal ;

j/ au niveau de plusieurs régions délicates traversées par l'artère tibiale antérieure, à savoir dans l'orifice compris entre le tibia et le péroné et le ligament interosseux, dans l'interstice situé sur le ligament interosseux dans ses trois quarts supérieurs et, enfin, au voisinage du pied, en arrière du ligament frondiforme ;

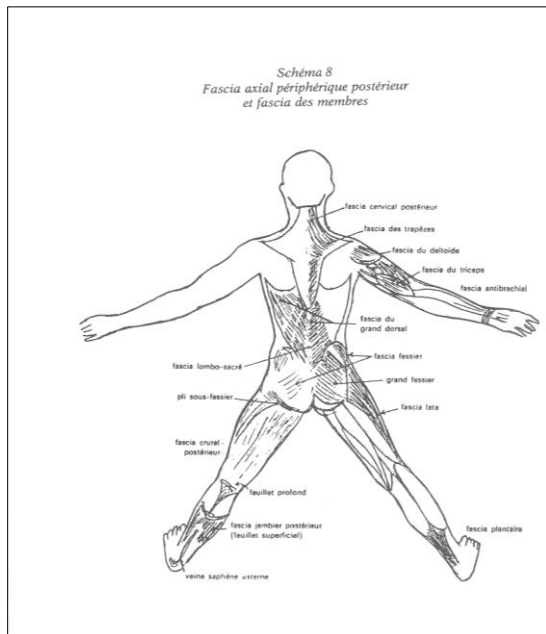
k / dans l'espace interosseux traversé par la récurante tibiale antérieure ;

l / dans l'extrémité inférieure du ligament interosseux traversé par l'artère péronière antérieure ;

m / et, enfin, dans le voisinage de l'aponévrose du pédieux où l'artère pédieuse est directement recouverte.



p.48et 49



p.50

En résumé, une pathologie myo-fasciale provoque certes des troubles posturaux, mais aussi et surtout une incidence néfaste sur le système vasculaire.

L'expérience a démontré la présence de certains lieux critiques engendrant des oppressions et tractions du système artérioveineux, c'est pourquoi les principaux d'entre eux ont été décrits afin d'agir en priorité sur ces différentes zones. Mais, d'une manière générale, ces zones critiques se situent électivement :

dans les zones de perforation aponévrotique ; dans les interstices ;

au niveau des trajets en intime relation avec le système aponévrotique, capsulaire et ligamentaire ;

au niveau des grosses articulations ;

et enfin, au niveau de la microcirculation.

*Rôles du fascia principal :*

Il transforme les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle.

Il coordonne le système myo-fascial et les chaînes musculaires.

Il protège, compartimente le système musculaire et augmente le potentiel d'action du muscle.

Il sert de courroie de transmissions permettant les micropompages des systèmes squeletto-musculaires et liquidiens et permettant également les micromouvements osseux.

Il permet le soutien postural.

p.51

## D / FASCIA AXIAL PROFOND

Nous abandonnons l'étude du fascia superficiel pour pénétrer plus profondément et étudier l'ensemble des fascias chargés de compartimenter, d'envelopper et de soutenir les viscères. Globalement, le fascia axial profond est constitué par l'ensemble des éléments contenus dans le compartiment intrathoracique et dans le compartiment

abdomino-pelvien-périnéal ».

Le compartiment intrathoracique comprend le fascia endothoracique, le fascia cervico-viscéral, le ligament suspenseur du cœur, les fascias à destination supérieure thoracique.

Le compartiment « abdomino-pelvien-périnéal » comprend le péritoine et le périnée (fascia endopelvien).

Ces deux compartiments sont séparés par le diaphragme bien qu'il y ait continuité entre ceux-ci.

Aussi allons-nous étudier dans un premier temps le compartiment intrathoracique qui se situe au-dessus du diaphragme et le compartiment endopelvien qui se situe en dessous du diaphragme dans un second temps (voir figure, page 63).

### 1 / Compartiment **intrathoracique**

#### a / Le fascia endo-thoracique :

Il s'agit d'une couche cellulo-fibreuse qui double le feuillet pariétal de la plèvre et se continue à travers le

p.52

péricarde fibreux et la gaine viscérale ; il entre, d'autre part, dans la constitution du dôme pleural ou appareil suspenseur de la plèvre constitué des ligaments costopleural, vertébro-costopleural et vertébro-pleural. Dans sa partie inférieure, les ligaments phrène-péricardiques ne sont que des différenciations de ce fascia.

#### b / Le fascia cervico-viscéral et annexes :

Il est également appelé tendon central et offre un intérêt considérable, car le cœur est véritablement suspendu à ce fascia. Il est difficile de disséquer tous les éléments entre eux, car tout est en interrelation. Par convention, le fascia cervico-viscéral s'étend de la base du crâne jusqu'au médiastin ; mais il y a aussi continuité de ce fascia dans le crâne pour se répandre dans les trous de la base du crâne, autour des vaisseaux et des nerfs, pour rejoindre la dure-mère. Ce fascia cervico-viscéral est également indissociable de la gaine viscérale et de la gaine vasculaire. C'est pourquoi elle forme des compartiments enveloppant l'œsophage et la trachée, les carotides et fournit un support au pharynx, au larynx et à la glande thyroïde (voir figures pages 64 et 65).

La gaine viscérale est une membrane fine qui recouvre la trachée et l'œsophage et se poursuit en haut dans l'espace maxillo-pharyngien sur les parois du pharynx et enveloppe les muscles constricteurs ; elle prend à ce niveau le nom d'aponévrose péripharyngienne. Dans sa partie inférieure, elle s'unit avec le médiastin.

Au niveau de la face postérieure du corps thyroïde,

p.53

elle se dédouble en deux feuillets : l'un profond formant le feuillet profond de la gaine thyroïdienne, l'autre externe tapissant la face postérieure des lobes latéraux de la thyroïde. Ce feuillet s'unit latéralement au feuillet profond de l'aponévrose cervicale moyenne.

La gaine viscérale s'unit à l'aponévrose prévertébrale, aux tubercules antérieurs des apophyses transverses par des cloisons sagittales.

Il est très important de libérer ce fascia, car il accompagne les grosses veines thyroïdiennes inférieures, enveloppe le tronc veineux brachio-céphalique gauche et se continue jusqu'au péricarde, ceci constituant le fascia à destination thoracique supérieure.

La gaine vasculaire enveloppe les éléments du paquet vasculo-nerveux du cou et contient la carotide, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique et les branches descendantes du plexus cervical.

Le fascia cervico-viscéral se dirige en bas jusqu'à l'apex du diaphragme par l'intermédiaire des ligaments phréno-péricardiques antérieurs et droits. A l'intérieur de la cavité de la poitrine, latéralement, le péricarde constituant du tendon central est en contact avec la plèvre médiastine. Postérieurement, par rapport au péricarde, se trouve la bifurcation de la trachée, de l'aorte descendante et de l'œsophage, ces structures étant reliées par le fascia médiastin. Antérieurement, le péricarde est couvert par les poumons et la plèvre, sauf la cavité cardiaque (voir tableaux récapitulatifs, pages 60 et 61).

p.54

*c / Le fascia à destination thoracique supérieure :*

Il se dirige vers le haut à la face antérieure du cou pour rejoindre la face profonde de l'aponévrose moyenne. Il constitue l'ensemble réunissant la lame thyro-péricardique ou cervico-péricardique, le ligament sternopéricardique et l'aponévrose cervicale moyenne. La lame cervico-péricardique et la partie attenante du péricarde limitent avec l'aponévrose moyenne et le ligament sternopéricardique supérieur la loge du thymus (voir figure, page 65).

*d / Le fascia vertébral ou ligament suspenseur du cœur :*

Il se dirige en arrière partant du tendon central pour s'insérer sur D3-D4. Ce fascia forme le ligament suspenseur du péricarde. Un problème de ces vertèbres peut engendrer des « faux angor », etc.

*2 / Compartiment abdomino-pelvien-périnéal ou endopelvien*

Dans ce compartiment, nous avons à décrire le péritoine et le fascia sous-péritonéal, et enfin le fascia périnéal.

*a / Le péritoine :*

Il s'agit d'une membrane séreuse annexée aux organes contenue dans la cavité abdomino-pelvienne. Comme toute membrane séreuse, le péritoine comprend deux feuillets : pariétal, viscéral et des replis membraneux.

p.55

Un feuillet pariétal : appliqué sur les parois de cavité abdominale et pelvienne doublée dans toute son étendue par le fascia propria (couche de cellules adipeuses).

Un feuillet viscéral : constitué par le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens, il reste à décrire les replis membraneux du péritoine qui relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral et engaine les pédicules vasculo-nerveux.

Des replis membraneux : de ces replis, il faut dégager des méso, des épiploons et des ligaments :

les méso sont des replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif (ex. méso-gastre, méso-duodénum, mésentère) ;

les épiploons sont des replis qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux (ex. épiploon pancréaticosplénique, épiploon gastro-splénique, petit épiploon, grand épiploon) ;

les ligaments sont des replis du péritoine qui relient à la paroi des organes intra-abdominaux ne faisant pas partie du tube digestif (ex. foie, ligaments falciformes, ligaments triangulaires).

Le péritoine est séparé du fascia transversalis par un tissu sous-péritonéal cellulo-adipeux. Le péritoine tapisse la face profonde de la région et se réfléchit de la paroi abdominale sur la fosse iliaque en décrivant une courbe donnant à cette partie du péritoine la forme d'une gouttière concave en haut et en arrière.

p.56

Le péritoine limite aussi, avec l'angle dièdre formé par le fascia transversalis en avant et le fascia iliaca en bas, un intervalle prismatique triangulaire appelé « espace de Bogros ». Les parties du péritoine accolées à la partie postérieure s'appellent racine ou fascia (racines du mésentère, du mésocolon transverse, du colon pelvien) (voir tableau récapitulatif, page 62).

#### *b / Le fascia périnéal*

Il s'agit de la masse de tissus se situant dans la ligne médiane entre l'anus et le bulbe chez l'homme et entre l'anus et le vagin chez la femme. Le corps périnéal se continue directement en avant avec le tissu fibreux qui remplit le hiatus génital, entre les deux pubococcygiens. Il se continue profondément dans le bassin avec les septums recto-prostatique et recto-vésical chez l'homme et le septa recto-vaginal chez la femme. Il est composé de tissus fibreux en grande partie et représente la fusion des éléments suivants : les fascias sous-anal, périnéal externe, périnéal superficiel et la couche superficielle du diaphragme uro-génital.

La description anatomique du fascia axial profond a été volontairement survolée, son but étant de faire ressentir la continuité entre tous les viscères de l'organisme.

Autrement dit, tous les éléments anatomiques précités doivent être impérativement libres.

p.57

Dans le compartiment thoracique, un état tensionnel fascial peut entraîner :

— Une pathologie cardiaque : en effet, le cœur est véritablement suspendu au tendon central. Une distorsion de ce fascia peut éventuellement réaliser une compression des vaisseaux coronaires et des pédicules artériels et veineux qu'enveloppe le feuillet viscéral du péricarde.

Par ailleurs, le cœur est également suspendu dans une toile d'araignée dont les amarres s'effectuent : sur D3-D4 par l'intermédiaire du ligament suspenseur du cœur, sur le manubrium sternal par les ligaments sternopéricardiques supérieurs, sur l'appendice xyphoïde par le ligament sterno-péricardique inférieur, sur le diaphragme thoracique par les ligaments phrénopéricardiques antérieur et droit, et enfin, en ce qui concerne son attache supérieure, sur le pourtour de l'occiput.

Ainsi, le cœur est un siège critique qu'il faut libérer de toutes les pressions et tensions, qu'elles soient externes, conséquence d'une cage thoracique pas assez élastique, ou qu'elles soient fasciales, résultat d'un phénomène tensionnel au niveau des amarres des fascias qui suspendent le cœur.

— Une pathologie au niveau du diaphragme thoracique : en fait, ce diaphragme est l'intermédiaire entre le compartiment intrathoracique et abdominal et se trouve directement influencé par le fascia axial profond.

En raison de ses intimes relations avec tous les systèmes environnants, le diaphragme thoracique peut créer

p.58

une pathologie cardio-pulmonaire ou perturber la dynamique viscérale. En effet :

sa face supérieure répond au péricarde par les ligaments phréno-péricardiques, et également aux feuillets pariétaux des loges pleuro-pulmonaires, droite et gauche, ou de la plèvre, et enfin, aux sinus costodiaphragmatiques ;

sa face intérieure est tapissée par le péritoine qui adhère au centre phrénique. De plus, le foie y est relié par les ligaments falciforme et triangulaire ; la rate y est reliée par le ligament phréno-splénique, l'estomac est suspendu par le ligament gastro-phrénique, et enfin l'angle gauche du colon y est relié par le ligament phrénico-colique. Par ailleurs, le pancréas, l'extrémité supérieure des reins et les capsules surrénales répondent aussi au diaphragme ;

le diaphragme thoracique est également un carrefour liquidien, puisque son orifice cède le passage à la veine cave inférieure, à l'aorte thoracique et l'œsophage, lesquels y adhèrent.

Dans le compartiment abdominal, un état tensionnel fascial peut entraîner une perturbation de la dynamique viscérale dont les causes sont diverses, et notamment une malposition et adhérences empêchant le brassage correct permanent du contenu péritonéal et perturbant ainsi le rôle de dialyse.

Par ailleurs, toute malposition des viscères ou déficience d'un bon soutien viscéral peuvent engendrer des

p.59

conséquences liquidiennes en venant opprimer le système artério-veineux, lymphatique et modifier le métabolisme cellulaire et tissulaire. Une telle déficience aura également une incidence sur le réflexe nutritif de Hess (mise en jeu des réactions vaso-motrices de fonction).

En effet, lorsqu'un tissu ou organe entre en activité, ses vaisseaux se dilatent, résultat de la libération du métabolisme cellulaire qui favorise la fonction. Si cette règle d'appel est perturbée, ce sera le début d'une pathologie fonctionnelle.

Et, enfin, la liberté de toute la circulation abdominale apparaît fondamentale ; Huchard écrit à ce propos : « La circulation abdominale tient sous sa dépendance la circulation générale ; en refaisant la circulation abdominale, l'on refait la circulation générale. »

Dans le compartiment endopelvien, un état tensionnel du diaphragme pelvien représentant la partie terminale du fascia axial profond peut entraîner un déséquilibre iliaque-sacro-lombaire et une congestion des organes pelviens et, enfin, une mauvaise circulation des membres inférieurs.

*Rôles du fascia axial profond :*

- Il assure le relais des trois diaphragmes.
- Il assure l'activité rythmique viscérale et des organes.
- Il permet le soutien et le support viscéral.
- Il enveloppe et protège les organes et viscères.

p.60

<i>Fascias du compartiment intra-thoracique</i>		
<i>Définition</i>	<i>Composition</i>	<i>Situations et rapports</i>
<i>Plèvre</i> : enveloppe séreuse du poumon	A / FEUILLET VISCÉRAL	Tapisse le poumon
<i>Médiastin</i> : espace compris entre les deux poumons	B / FEUILLET PARIÉTAL doublé par le fascia endothoracique	
	1. <i>Plèvre costale</i>	<p><i>En avant</i> sur le sternum sur le triangulaire du sternum sur les vaisseaux mammaires</p> <p><i>Latéralement</i> sur les côtes sur les espaces intercostaux</p> <p><i>En arrière</i> flanc colonne vertébrale recouvre la chaîne sympathique</p> <p><i>En bas</i> diaphragme</p>
	2. <i>Plèvre médiastine</i>	<p><i>Antérieur</i> péricarde, nerfs phréniques, vx diaphragmatiques, vestiges thymus, troncs brachio-céphaliques artériels et veineux, VCS, VCI, carotide primitive, pneumogastrique</p> <p><i>Postérieur</i> trachée, œsophage, grand azyg., X G., aorte thoracique descendante, canal thoracique, hémi-azygos</p>
	3. <i>Plèvre diaphragmatique</i>	Tapisse le diaphragme
	4. <i>Dôme pleural</i>	Coiffe le sommet du poumon (appareil suspenseur de la plèvre)

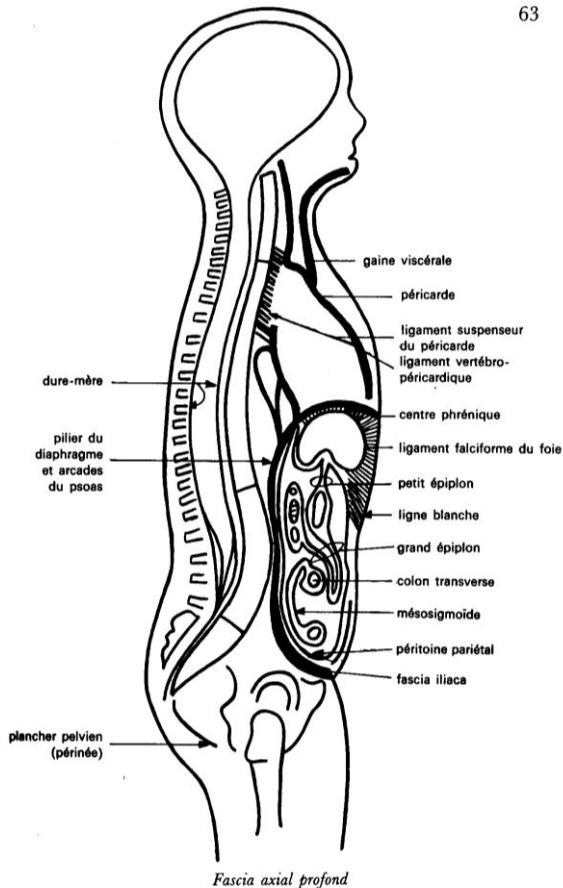
<i>Fascia péricardique</i>		
<i>Définition</i>	<i>Composition</i>	<i>Situation et rapport</i>
Sac fibro-séreux qui enveloppe le cœur	a / <i>Feuillet viscéral</i>	Revêt le cœur de la base à la pointe Recouvre les vaisseaux coronaires, les pédicules artériels et veineux
	b / <i>Feuillet pariétal</i>	Continue le feuillet viscéral Tapisse la face profonde du sac fibreux péricardique
	c / <i>Sac fibreux péricardique</i>	Double en dehors le fascia endothoracique → en avant la paroi thoracique, la plèvre, le thymus → en arrière les organes du médiastin postérieur Sur les côtés, séparé de la plèvre médiastine par une fine couche cellulaire dans laquelle descendent : nerfs phréniques et vx diaphragmatiques En bas, centre phrénique, en continuité avec fascia endothoracique
	LIGAMENTS	
	— phréno-péricardique ant. D et G	Dépendance du fascia endothoracique Relie le diaphragme au péricarde
	— sterno-péricardique ↗	Se prolonge avec l'aponévrose cervicale moyenne Délimite la loge du thymus
	— sterno-péricardique ↘	Sternum, APP xyphoïde
	— vertébro-péricardique	Se confond avec l'aponévrose prévertébrale de C6 à D4

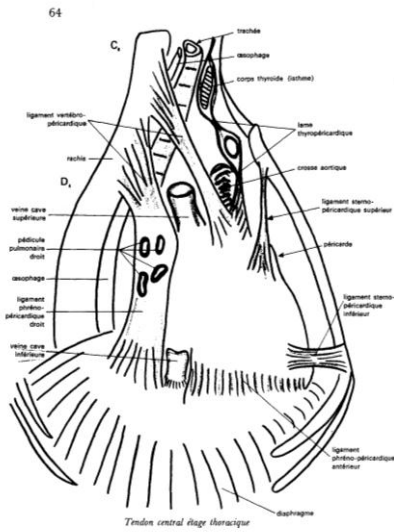
(p.62)

*Fascias du compartiment  
abdomino-pelvien*

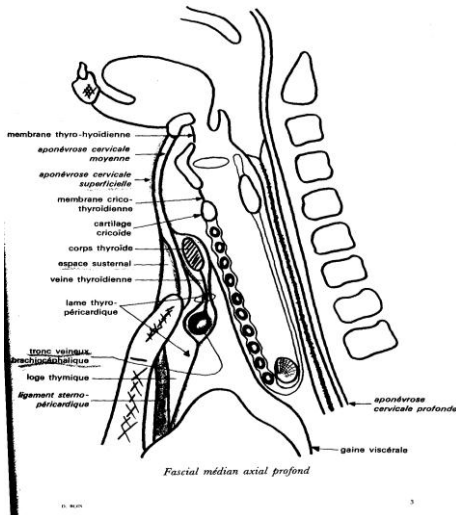
<i>Définition</i>	<i>Composition</i>	<i>Situation globale</i>
<b>PÉRITOINE :</b> Membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne	<b>PÉRITOINE :</b> 1 / Feuillet pariétal  2 / Feuillet viscéral  3 / Replis membraneux  <i>a</i> / Mésos  <i>b</i> / Épiploon  <i>c</i> / Ligaments  FASCIAS	Appliqué sur les parois de cavités abdominales et pelviennes Doublé dans toute son étendue par le fascia propria (couches de cellules adipeuses)  Constitué par le revêtement séreux des organes abdominaux-pelviens  Relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral (engaine les pédicules vasculo-nerveux)  Replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Ex. : mésogastre, méso-duodénum, mésentère (le jejunum iléon ou colon) S'applique au péritoine génital  Replis du péritoine qui s'étend entre deux organes intra-abdominaux. Ex. : épiplons, pancréatico-splénique, gastro-splénique, petit épiploon, grand épiploon  Replis du péritoine qui relie à la paroi des organes intra-abdominaux ne faisant pas partie du tube digestif. Ex. : foie, utérus d'accolement. Ex. : fascias de Treitz (soudure paroi duodénum et du méso-duodénum)  FASCIA SOUS-PÉRITONÉAL

63





65



p.66

## E / LE FASCIA DURE-MÉRIEN

Ce fascia est issu du prolongement dure-mérien donnant naissance aux membranes intracrâniennes et se continue par le manchon dure-mérien rachidien jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée (voir figure page 73).

*Toutefois, l'axe cérébro-spinal n'est pas uniquement enveloppé par la membrane dure-mérienne, mais, en réalité, par l'ensemble des membranes formant les méninges qui sont, de dedans en dehors, la pie-mère, l'arachnoïde et la dure-mère (voir figures, pages 74 et 75).*

*La pie-mère :*

C'est un tissu conjonctif lâche épousant les replis du tissu nerveux considéré comme une membrane nourricière, véritable fascia laboratoire.

Elle est reliée par des prolongements conjonctifs ou ligaments dentelés qui traversent l'arachnoïde. Ceux-ci sont situés entre les racines antérieures et postérieures, depuis la face interne de la masse latérale occipitale jusqu'à entre la deuxième racine dorsale et la première racine lombaire.

#### *L'arachnoïde*

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde adhère à la dure-mère, passe avec celle-ci au-dessus de la plupart des

p.67

dépressions, élargissant ainsi des espaces sous-arachnoïdiens et effectuant le rôle de réservoir du LcR.

#### *La dure-mère :*

Elle recouvre la face interne du crâne et s'unit intimement au périoste.

Au niveau du trou occipital, elle se distingue du périoste et se prolonge dans l'axe rachidien jusqu'à S2.

Ce fascia représente le fascia dure-mérien proprement dit. Sa compréhension nécessite une description anatomique concernant le compartiment intracrânien d'une part, et le compartiment intraspinal d'autre part.

• *Le compartiment intracrânien est constitué de trois membranes, prolongement de la dure-mère crânienne, lesquelles séparent les unes des autres les différentes parties de l'encéphale :*

#### *— La faux du cerveau :*

Véritable prolongement vertical, médian et antéropostérieur, elle est placée dans la scissure inter-hémisphérique et épouse une forme de faux.

Les faces répondent à la face interne des hémisphères cérébraux.

La base postérieure se continue sur la ligne médiane avec la tente du cervelet, le sinus droit est creusé le long de la ligne d'union de la faux du cerveau à la tente du cervelet.

Le sommet s'attache à la crista-galli et se prolonge en avant dans le trou borgne.

p.68

Le bord supérieur forme le sinus longitudinal supérieur et le bord inférieur libre, concave, forme le sinus longitudinal inférieur.

#### *La tente du cervelet :*

C'est le diaphragme crânien proprement dit. Elle représente une cloison en forme de toit à deux versants latéraux, étendue transversalement entre la face supérieure du cervelet qu'elle recouvre et la face inférieure des lobes occipitaux qui reposent sur elle.

La face supérieure donne insertion à la faux du cerveau.

La face inférieure donne insertion à la faux du cervelet et comprend deux bords :

Le bord antérieur ou petite circonférence est fortement concave en avant ; il limite avec la gouttière basilaire le foramen de Pacchioni. Il croise et chevauche la grande circonférence au niveau de la pointe du rocher et s'insère sur l'apophyse crinoïde antérieure.

Le bord postérieur ou grande circonférence est concave en arrière. Il s'étend d'une apophyse crinoïde à l'autre et longe la boîte crânienne. Il s'insère sur la protubérance interne de l'occiput, sur la gouttière du sinus latéral, sur le bord supérieur du rocher, délimitant ainsi les sinus pétreux supérieurs et enveloppant le ganglion de Gasser (voir figure, page 76).

p.69

— *La faux du cervelet :*

C'est une lame verticale et médiane située entre les deux hémisphères cérébelleux.

La base s'unit avec la tente du cervelet.

Le sommet se termine par une bifurcation avec les sinus occipito-postérieurs qui se perdent sur les côtés du trou occipital.

• *Le compartiment intraspinal :*

*Le fascia dure-mérien rachidien fait suite au fascia dure-mérien crânien. C'est un véritable manchon qui engaine la moëlle épinière et les racines rachidiennes.*

En haut, ce fascia adhère au pourtour du trou occipital, à la paroi interne de C 1 et C2.

Dans la partie inférieure, il s'insère sur S2 puis se prolonge au coccyx par le ligament coccygien.

La dure-mère rachidienne s'unit au grand ligament commun postérieur par quelques expansions.

Et, enfin, les racines rachidiennes perforent la dure-mère, affectant par conséquent avec celle-ci des relations très étroites.

De plus, la présence des ligaments dentelés sert de lien entre la pie-mère et la dure-mère. Le plus céphalique des 21 ligaments dentelés est connecté à l'artère vertébrale et aux petites racines de l'hypoglosse, près du trou occipital.

En résumé, le fascia dure-mérien est le plus profond de tous les fascias ; son rôle est primordial à plusieurs titres :

p.70

il coordonne l'activité rythmique du mécanisme respiratoire primaire ;

il orchestre, par son rôle de courroie de transmission, les mouvements mineurs involontaires de l'axe crâniosacré.

Mais, toutefois, le fascia dure-mérien, dans le cas où son intégrité n'est plus parfaite, peut engendrer certaines pathologies pour les raisons suivantes :

il représente « la langue du psychisme » par son intime relation avec le système nerveux (phénomène faisant l'objet d'un chapitre particulier ultérieurement) ;

il représente également de nombreuses localisations critiques responsables de nombreux points de ralentissement vasculaire.

*Les zones critiques :*

*Au niveau de la sphère crânienne :*

Les sinus veineux engainés dans les prolongements dure-mériens, responsables de la circulation veineuse de l'encéphale, sont directement dépendants de la bonne intégrité tensionnelle de la dure-mère.

La dure-mère adhère très fortement le long des sutures crâniennes sur les saillies de la surface crânienne et surtout au niveau des orifices livrant passage aux nerfs et aux vaisseaux. Par conséquent, sa mauvaise intégrité est responsable de désynchronisations des micromouve-

p.71

ments des os du crâne, et de points de ralentissement vasculaire.

Les artères perforantes entraînent avec elles, en pénétrant dans le tissu nerveux, la pie-mère ; celle-ci s'invagine sur un court segment en doigts de gant communiquant avec l'espace sous-arachnoïdien, puis elle forme une gaine prolongeant toute l'artériole et ne s'arrêtant qu'au niveau des capillaires. C'est donc là un lieu très important puisqu'à ce niveau est située la barrière hémato-cérébrale, lieu d'échanges entre le sang et le tissu nerveux. Ces échanges se font par l'intermédiaire des astrocytes et permettent l'action métabolique indispensable au cerveau.

Une mauvaise intégrité à ce niveau modifie la chimie cellulaire nerveuse intracrânienne.

Et, enfin, la dure-mère crânienne peut être l'objet de tensions venant des fascias extracrâniens et opprimer la vascularisation générale du cerveau.

*Au niveau du compartiment vertébral*

Le réseau intramédullaire et le réseau extramédullaire peuvent être localement oppressés et créer des zones de ralentissement vasculaire.

Les racines rachidiennes perforent la dure-mère, affectant avec celle-ci des relations très étroites avec le système neuro-vasculaire.

L'existence de certains points faibles anatomiques au niveau de la colonne vertébrale est due aux points de

p.72

transition entre deux fascias, zones électives où les efforts se produiront et où les plexus veineux de dimension considérable à ce niveau risquent d'être oppressés.

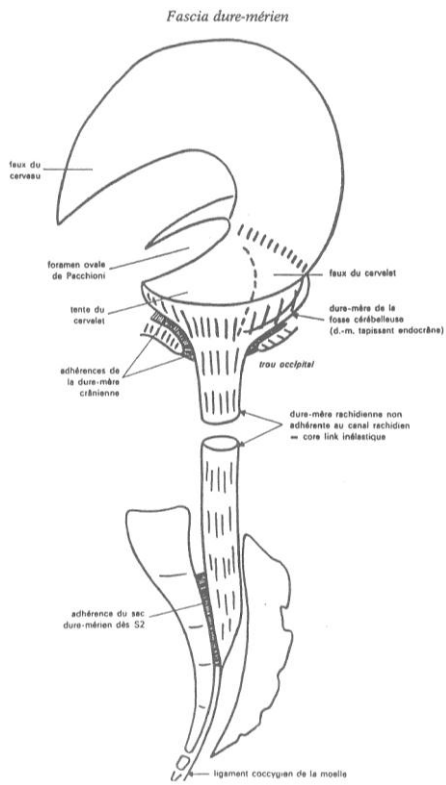
*Rôles du fascia dure-mérien :*

Il participe à la protection du système nerveux central et enveloppe celui-ci.

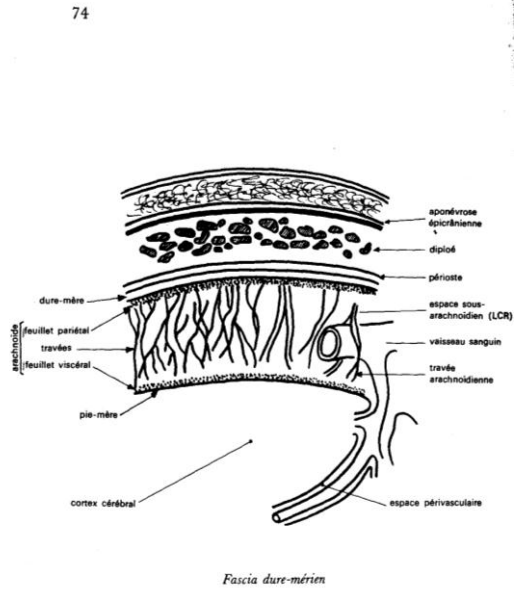
Il permet la propagation de la fluctuation du LCR par son activité rythmique.

Il permet la propagation de l'activité du mécanisme respiratoire primaire.

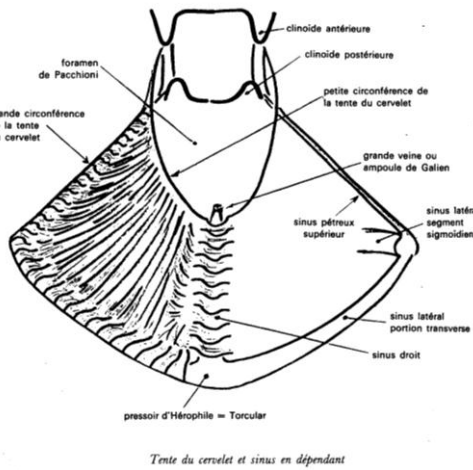
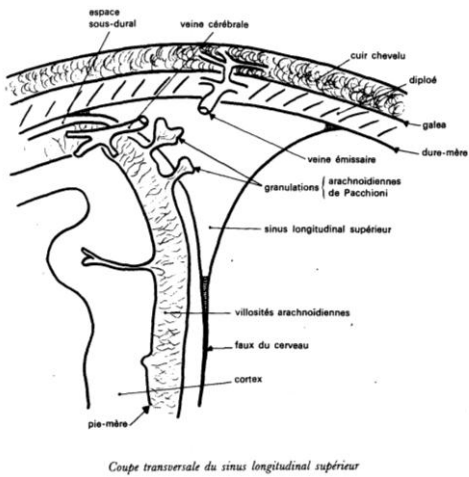
Il permet le pompage veineux au niveau des sinus.



75



76



## CHAPITRE II

### L'ACTIVITÉ RYTHMIQUE

#### INVOLONTAIRE

#### EST LA CONDITION

#### DE LA VIE

#### ET DE LA SANTÉ

##### A / GÉNÉRALITÉS

La vie, c'est être vivant ; être vivant, c'est posséder en soi une motilité inhérente. L'arrêt de cette activité inhérente signifie la mort.

A ce propos, le Dr Frymann offre une dimension holistique (relation corps/cosmos) à l'ostéopathie :

« L'électron est en mouvement dans et à travers la cellule, la cellule est en mouvement dans l'organe, l'organe est en mouvement constant dans le corps, le corps bouge sur la terre et avec elle, et, à son tour, la terre tourne sur son axe et respire dans son cycle d'inspiration et d'expiration cosmique. Elle marche en procession avec les planètes autour du soleil ; elle participe au ballet majestueux minutieusement réglé de l'univers. »

La danse du mouvement de la vie se transmet à notre organisme par les fascias, autrement dit la vie intime des fascias reflète le mouvement cosmique. L'art du Taï Chi

p.78

Chuan est de s'intégrer profondément à la vie de ces fascias.

Toutefois, cette activité rythmique cosmique se transmet également à l'organisme grâce à un processus progressif de matérialisation allant du plus subtil au plus densifié ; mais, dans tous les cas, la participation des différentes formes de fascias est permanente. Ainsi, des éléments spécifiques pour remplir leur rôle de transmission rythmique s'organisent de la manière suivante : la MOC ou motilité oscillatoire cellulaire, le MRP ou mécanisme respiratoire primaire, les différentes attaches du fascia principal et, enfin, les trois diaphragmes.

##### B / LA MOC OU MOTILITÉ OSCILLATOIRE CELLULAIRE

L'art de maintenir la santé est de conserver l'équilibre des cellules entre, d'une part, l'activité rythmique des différents éléments de l'organisme entre eux et, d'autre part, l'activité rythmique cosmique.

Tout point de fixité est synonyme de pathologie. En réalité, la maladie peut s'exprimer à différents niveaux, que ce soit le reflet d'une désynchronisation rythmique au niveau de l'électron avec la cellule, au niveau de la cellule avec l'organe ou au niveau de l'organe avec l'organisme ; mais il peut s'agir d'une désynchronisation entre l'organisme et le cosmos. Ainsi, l'élément précurseur de la maladie a toujours pour origine UN POINT DE FIXITÉ, résultat d'un stress physique ou mental engendrant une désynchronisation rythmique. Outre les

p.79

rythmes respiratoires, cardiaques, viscéraux, il existe une activité rythmique cellulaire qui imprime à l'ensemble des structures de l'organisme des micromouvements, ceci grâce à cette véritable courroie de transmission qu'est le fascia. Cette activité rythmique s'étend à l'ensemble des cellules constituant l'organisme. Chaque cellule, chaque particule la plus élémentaire possède une mémoire permettant de transmettre cette dualité originelle manifestée en une phase de dilatation et de contraction ou en une phase d'inspiration et d'expiration cellulaire. La Thérapie Manuelle Originale des Fascias étend le concept rythmique bien au-delà de la seule activité de la névroglie des cellules nerveuses chère aux ostéopathes.

En effet, cette activité rythmique ne peut être le seul fait de la contraction et dilatation de la névroglie, mais au contraire la manifestation subtile de toutes les cellules de l'organisme.

Le monde occidental et la science ostéopathique ont une fâcheuse tendance à privilégier le cerveau, celui-ci étant devenu l'outil primordial de l'homme. En revanche, le monde oriental privilégie le cœur, car, outre son action de pompe connue, il serait le siège d'une énergie subtile qui se répandrait bien au-delà de son aspect physique, créant ainsi le mouvement vibratoire partout où il serait dirigé. Il y a probablement un lien entre la théorie du MRP issue de l'activité rythmique propre au cerveau et celle de la MOC issue de l'activité rythmique propre au cœur. Pour ceux qui connaissent les émanations de leur vie intérieure, cette activité rythmique du cœur rayonnant jusqu'aux confins de l'organisme est très

p.80

palpable, sa manifestation se perçoit sous forme de respiration cellulaire de 8 à 14 fois par minute, curieusement identique à celle enregistrée par l'activité du MRP.

#### C / LE MRP OU MECANISME RESPIRATOIRE PRIMAIRE

Il s'agit là d'un concept emprunté à l'ostéopathie dont le terme a pour signification :

mécanisme : parce qu'il met en jeu un ensemble de pièces juxtaposées pour une action spécifique donnée ;

respiratoire : parce qu'il s'agit d'une activité métabolique comprenant une phase de construction ou d'anabolisme et une phase de dégradation ou de catabolisme ;

primaire : parce que cette activité s'effectue *in utero* dès le troisième mois et demi, et, par conséquent, bien avant la naissance.

Le MRP pourrait être, contrairement aux concepts classiques ostéopathiques, la manifestation de l'activité subtile du cœur. Quoi qu'il en soit cette activité rythmique harmonieuse fait intervenir une motilité inhérente du cerveau, une mobilité des membranes intracrâniennes, des micromouvements des articulations du crâne, une relation occiput-sacrum, l'ensemble étant orchestré PAR LE FASCIA.

En effet, le fascia est toujours l'élément de liaison, de jonction et d'intermédiaire, faisant de lui l'élément

p.81

dynamique qui harmonise et orchestre les micromouvements. La motilité inhérente du cerveau engendre des modifications des différents diamètres du cerveau, selon un rythme identique à celui de la MOC. Ce phénomène, par ailleurs, est responsable de l'onde de choc du LCR par dilatation et rétraction des ventricules. Il y a continuité et retentissement sur les membranes intracrâniennes, à savoir la faux du cerveau, la tente du cervelet et la faux du cervelet. Ces trois membranes vont

engendrer des micromouvements aux trois os centraux du crâne qui sont, d'arrière en avant, l'occiput, le sphénoïde et l'ethmoïde. Ainsi l'occiput tourne dans le sens des aiguilles d'une montre avec l'ethmoïde et le sphénoïde tourne dans le sens inverse.

Les trois membranes de tension crânienne sont directement reliées en bas avec les trois os du bassin par l'intermédiaire du fascia dure-mérien engendrant des micromouvements de l'axe crânio-sacré. Et enfin, par la présence à l'extérieur des fascias qui prennent appui sur l'ensemble du squelette, les mouvements mineurs involontaires se transmettent à tout l'organisme.

Schématiquement, la phase d'inspiration cellulaire correspond à une phase anabolique entraînant une flexion des os médians, une rotation externe des os périphériques et des os longs, un redressement et une diminution des courbures de la colonne vertébrale et un creusement de la voûte plantaire.

Tout aussi schématiquement, la phase d'expiration cellulaire correspond à une phase catabolique entraînant une extension des os médians, une rotation interne des

p.82

os périphériques et des os longs, une accentuation des courbures de la colonne vertébrale et une diminution de la voûte plantaire.

La vocation de ce rappel ne se veut qu'introductive à la compréhension de la MOC et du MRP, le but essentiel étant de faire comprendre globalement leur activité rythmique. Toutefois, il faut retenir cette notion fondamentale : L'ENSEMBLE DES FASCIAS SE PLAQUE SUR LES OS DANS LA PHASE D'INSPIRATION CELLULAIRE ET S'EN ÉCARTE DANS LA PHASE D'EXPIRATION CELLULAIRE. Ainsi, durant les deux grands moments du cycle respiratoire cellulaire, les fascias exercent un véritable pompage de tous les éléments de l'organisme. Ceci est dû en grande partie à l'organisation spécifique des fascias. L'ensemble des fascias prenant naissance au pourtour du grand trou de l'occiput et sur le tubercule pharyngien se trouve sous l'influence de la mobilité rythmique involontaire de l'occiput. C'est pourquoi il ne faut jamais aborder le fascia d'une manière rigide, car il est constamment en activité rythmique. Lorsqu'un fascia apparaît triste, rigide sous les doigts, cela signifie que les tissus sous-jacents sont en phase d'agonie.

#### D / LES ATTACHES DIRECTES DES FASCIAS

En fait, pour bien visualiser cette activité rythmique s'étendant à l'ensemble des éléments constituant l'organisme et se traduisant au niveau de l'os par des micro-

p.83

mouvements, il convient de comprendre la spécificité de ce mécanisme.

Ainsi, les attaches directes sont très peu nombreuses et la majorité d'entre elles se font sur l'occiput, sur les os clés et, comme cela a été déjà exprimé, sur un certain nombre d'os longs. Mais l'impulsion rythmique est due aux attaches directes sur l'occiput et les os clés.

En ce qui concerne les attaches sur l'occiput, le mécanisme rythmique est influencé par le basion qui se porte lors de la phase d'inspiration cellulaire, successivement, inférieurement, antérieurement et supérieurement, entraînant ainsi les fascias à se plaquer contre les os, et inversement dans la phase d'expiration.

En ce qui concerne les attaches sur les os clés, à savoir les malaires, les clavicules, la symphyse pubienne et le péroné, elles représentent les amarres qui vont transmettre l'impulsion rythmique

nécessaire à une bonne répartition des mouvements mineurs involontaires<sup>36</sup> à l'ensemble des éléments constituant l'organisme y compris les os.

Il convient, dès lors, de mettre l'accent sur le phénomène suivant : MOINS L'ARTICULATION OU L'OS EST MOBILE, PLUS L'ACTIVITÉ RYTHMIQUE INVOLONTAIRE EST IMPORTANTE. Ainsi la sacro-iliaque possède une activité rythmique involontaire d'une remarquable amplitude, en revanche son jeu articulaire volontaire est pratiquement inexistant. C'est aussi le cas des os clés.

La Thérapie Manuelle Originale des Fascias utilise

p.84

en permanence la notion de rythmes d'où les TECHNIQUES DE POMPAGE, mais, toutefois, avec le souci constant de respecter la triade FASCIA/RYTHME/SANG.

La vocation de cet ouvrage n'est pas de donner des recettes, des techniques, mais d'essayer d'exprimer l'esprit qui doit animer le geste et la technique. Dans toutes manoeuvres, il y a toujours plusieurs degrés de compréhension, l'un grossier, l'autre subtil. Ainsi, le travail peut se faire à partir d'une mise en tension des mouvements majeurs, ou d'une mise en tension des mouvements mineurs. L'ostéopathie structurelle utilise la première approche, la fasciathérapie utilise la seconde.

La nuance existe également en ce qui concerne les POMPAGES. Les uns utilisent ce que l'on peut appeler des « POMPAGES ANATOMIQUES », les autres, plus subtils, des « POMPAGES PHYSIOLOGIQUES ».

Le pompage anatomique consiste à effectuer des tractions ou des étirements de certaines articulations ou de certains muscles en ne respectant pas l'activité rythmique inhérente de l'organisme et en y associant une participation respiratoire volontaire, à partir d'une tension des mouvements majeurs.

Le pompage physiologique consiste à étirer et à relâcher alternativement les articulations, les aponévroses dans la fourchette rythmique physiologique des mouvements mineurs involontaires et en respectant scrupuleusement la vie intime cellulaire des fascias.

p.85

## E / LES TROIS DIAPHRAGMES

Le rôle des diaphragmes est indispensable à l'activité des organes situés au-dessus et au-dessous d'eux. Ils jouent également un rôle essentiel dans la propagation des liquides en agissant sur deux temps : aspiration ou appel du liquide de la périphérie et expulsion ou refoulement des liquides vers l'amont.

Les trois diaphragmes, crânien, thoracique et pelvien, sont orchestrés par les relais que sont les fascias ; dans la phase d'inspiration, ils s'abaissent ; dans la phase d'expiration, ils s'élèvent.

Le diaphragme thoracique est sous la commande nerveuse volontaire. Il est au service de la vie relationnelle et adapte son rythme avec celle-ci. Il est tentant de l'assimiler au rythme orthosympathique.

Le diaphragme crânien, représenté par la tente du cervelet, la tente de l'hypophyse, le bulbe olfactif et le diaphragme pelvien formant le plancher de la cavité abdominale, ont une activité rythmique très peu changeante, de 8 à 14 fois par minute. Il est tentant de les assimiler au système parasymphatique.

---

<sup>36</sup> Mouvements mineurs involontaires : micromouvements osseux s'effectuant à partir et simultanément à l'activité rythmique.

Dans tous les cas, les diaphragmes sont des septa, véritables pompes auxiliaires musculo-tendineuses ou membraneuses dure-mériennes suivant leurs localisations.

Le détail anatomique n'a pas sa place dans cet ouvrage. Seule, la physiologie compte. Il faut retenir ceci : les diaphragmes crânien et pelvien sont synchrones

p.86 87

dans leur activité rythmique et s'inscrivent dans la physiologie du mécanisme respiratoire primaire. En revanche, le diaphragme thoracique est un système adaptatif.

*Deux conditions sont nécessaires pour avoir un impact thérapeutique sur le plan cellulaire.*

D'une part, la nécessité impérieuse de synchroniser le rythme des trois diaphragmes : l'état de méditation contribue à ralentir l'activité du diaphragme thoracique. La parfaite méditation est atteinte lorsque les trois diaphragmes sont au même rythme ; à ce moment, l'activité respiratoire cellulaire prend le relais, entraînant un état « parasymphatique physiologique » dont l'action est anabolisante.

D'autre part, la nécessité d'effectuer des « pompes physiologiques » respectant scrupuleusement l'activité inhérente de l'organisme semble avoir un impact sur la régénération tissulaire et cellulaire.

En fait, toutes les manœuvres normalisatrices respectant l'activité inhérente possèdent un bras de levier thérapeutique considérable sur la fonction.

Par ailleurs, le fasciathérapeute doit sans cesse rechercher la libération effective des trois diaphragmes, car ils sont de véritables leviers amplificateurs du MRP et exercent un pompage rigoureux de tous les liquides et tissus.

*Le diaphragme crânien :*

Il existe trois étages au niveau de la base crânienne. A ces trois étages, correspondent trois roues dentées qui

p.87

s'engrènent les unes avec les autres, il existe de la même façon un diaphragme pour chaque étage :

A l'étage inférieur correspond la tente du cervelet décrite précédemment. Elle s'attache au niveau de la protubérance occipitale interne, le long de l'écaillé de l'occipital, et se termine sur les apophyses crinoïdes antérieures et postérieures de la selle turcique.

A l'étage moyen correspond la tente de l'hypophyse qui s'attache au pourtour de la selle turcique dont le mouvement est assuré par la tige pituitaire. Ce diaphragme exerce un rythme régulier de pression et de relâchement sur la glande hypophyse, logée dans la selle turcique du sphénoïde.

A l'étage supérieur se trouve la tente du bulbe olfactif dont l'action est d'assurer un pompage régulier des fibres nerveuses sympathiques du centre de l'odorat.

Ces septa sont tous des prolongements dure-mériens et de leurs rythmes dépendent la circulation veineuse dans les sinus crâniens qui n'ont pas de valvule, la circulation lymphatique dans les espaces périvasculaires, la circulation du LCR dans les espaces sous-arachnoïdiens.

*Le diaphragme thoracique :*

Still disait à son propos : « Toutes les parties du corps sont en relation directe ou indirecte avec le diaphragme. » Il s'agit là d'un carrefour essentiel qui sépare la poitrine de l'abdomen dont le compartiment supérieur est occupé

p.88

par les poumons et le médiastin, directement lié aux mouvements des coupes. Par ailleurs, le compartiment inférieur est occupé par les organes contenus dans l'abdomen : le foie, l'estomac, la rate sont directement drainés par le mouvement des coupes diaphragmatiques.

Le diaphragme est également en étroite relation par l'intermédiaire des fascias avec le pancréas, les surrénales, les reins, le colon, le plexus solaire, le tronc cœliaque.

Outre son action rythmique avec les différents organes en relation avec lui, il est également un carrefour essentiel pour les liquides puisqu'il est traversé par l'œsophage, par l'artère aorte thoracique, par la veine cave inférieure, par le canal thoracique et laisse le passage aux conduits nerveux et au nerf vague en particulier.

Enfin, il ne faut pas oublier sa relation intime avec le fascia cervico-viscéral.

C'est dire la nécessité absolue de rééquilibrer tous les piliers du diaphragme et le diaphragme en général. Sans quoi, le jeu des trois diaphragmes s'en trouverait influencé, le rythme harmonieux des organes serait déféctueux et le passage des liquides ralenti.

*Le diaphragme pelvien :*

Il forme le plancher de la cavité abdominale ; il est composé des muscles coccygiens élevateurs de l'anus et de leur enveloppe fibreuse. Son origine s'étend depuis l'épine i chiale, l'arc tendineux des muscles autour du bassin, et la branche de l'os pubien en avant presque jusqu'à la symphyse. L'insertion sur la ligne moyenne

p.89

s'étend en avant depuis la quatrième et la cinquième vertèbre sacrée et les trois segments coccygiens supérieurs jusqu'au point central tendineux du périnée. Ce diaphragme est également charnu sur les côtés et tendineux sur la ligne médiane. C'est dire l'importance d'une indispensable bonne intégrité de ce septum, car il influence directement la circulation de retour des membres inférieurs et la circulation des organes génitaux. Intégrité qui dépendra également de la situation rythmique des os du bassin, et notamment le sacrum qui, dans la phase d'inspiration, entraîne sa base en haut et en arrière, son apex en avant, contemporanément aux mouvements de l'occiput, ceci par l'intermédiaire du fascia dure-mérien. A ce propos, le Dr Sutherland précise : « La boule pelvienne est égale à la boule crânienne, agir sur l'une, c'est agir sur l'autre. »

---

## NÉCESSITÉ DE PRÉSERVER

### L'UNITÉ LIQUIDIENNE RÉGNANT DANS L'ORGANISME

#### A / GÉNÉRALITÉS

La fasciathérapie est une méthode respectant l'homme dans sa globalité. Cette notion d'unité apparaît à tous les niveaux, que ce soit au niveau, du macrocosme avec le microcosme, que ce soit au niveau de l'unité fonctionnelle de notre organisme ; ce concept intervient également au niveau liquidien. La fasciathérapie aborde le fascia en priorité sous son aspect métabolique et à un degré moindre sous son aspect mécaniste. C'est pourquoi le choix de l'action thérapeutique se porte spontanément sur la fonction. Par ailleurs, cette approche nouvelle est trop délaissée au détriment de la structure.

En fait, ce chapitre tentera de faire ressortir l'impact considérable que possède le fascia sur les liquides puisqu'il agit directement ou indirectement sur ceux-ci.

Mais, auparavant, il convient de faire un bref rappel des constituants du milieu intérieur et des principaux rôles de ceux-ci.

p.92

L'individualisation d'un milieu intérieur est une conséquence de l'évolution morphologique et structurelle des être humains. Un organisme monocellulaire effectue des échanges directement avec le milieu ambiant dans lequel il évolue.

L'évolution de la structure vivante vers l'organisation pluricellulaire a pour corollaire l'éloignement du milieu extérieur des cellules profondes ; pour ces cellules, mes échanges ne se feront plus directement.

Dans les espaces intercellulaires, un liquide intra cellulaire représente alors la voie des échanges entre les cellules dont il assure schématiquement, d'une part, le ravitaillement en matériaux énergétiques et structuraux, d'autre part, le drainage des déchets vers les territoires d'excrétion.

Le développement morphologique et la différenciation des cellules dans le sens de telle ou telle fonction, l'individualisation des tissus, des organes, rendent inefficaces et insuffisants les simples processus de diffusion au sein de ce liquide appelé la lymphe interstitielle.

Il était, dès lors, nécessaire qu'apparaisse un système assurant la circulation de ce liquide et son renouvellement. Ainsi a été créée la lymphe canalisée.

L'appareil circulatoire prenait alors le relai d'une circulation lymphatique, élémentaire, qui ne constituait qu'une intensification du processus de diffusion. Grâce à ce système sanguin dont les réseaux capillaires sont très denses, le renouvellement permanent du liquide interstitiel est assuré ainsi que les échanges, les transports et les communications d'un territoire à un autre. Mais

p.93

l'apparition d'un système à circulation rapide est également justifiée par la nécessité du maintien de l'homogénéité du milieu intérieur. Cette homogénéité est une condition indispensable au fonctionnement des systèmes de régulation de l'activité tissulaire. Il est nécessaire que toute modification imprimée par un tissu au liquide interstitiel qui le baigne soit transmis au sang et, par

lui, à l'ensemble des éléments pouvant intervenir dans les processus de correction ou d'adaptation. La perturbation incriminée doit être perçue de façon identique dans tous les territoires intéressés (exemples : modification de pH et de pCO<sub>2</sub>).

L'eau est le solvant universel, authentique véhicule du monde énergétique et minéral. Le monde végétal est constitué de 80 % d'eau, représenté par la sève avec laquelle il est possible de faire un parallèle avec le sang.

Chez l'homme, l'eau constitue environ 61 % du poids corporel, chez la femme 51 %, et chez le nouveau-né 75 % du poids total dont 40 % dans le compartiment interstitiel.

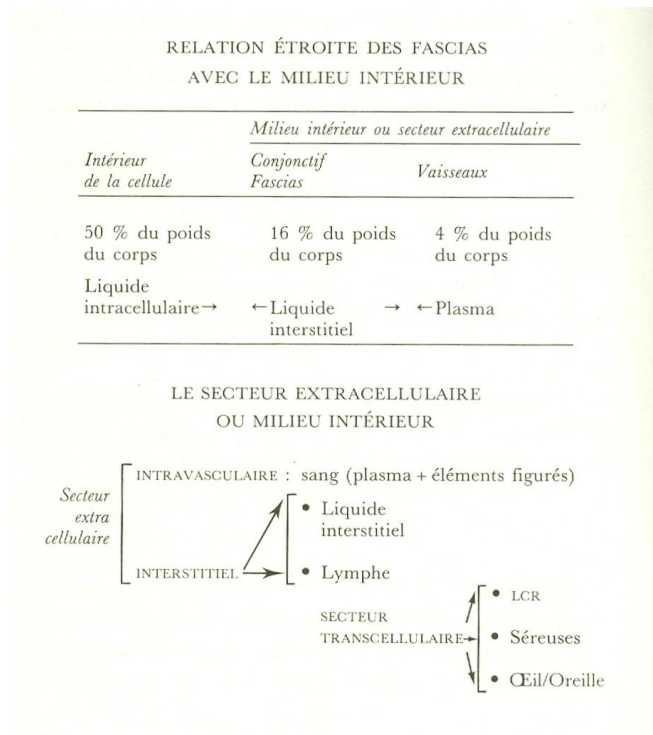
L'eau se répartit pour un poids de 70 kg, en environ 24 litres dans le milieu intracellulaire et 18 litres dans le milieu extracellulaire. Seul, le milieu intérieur intéresse notre étude, car il est très intimement lié aux fascias.

Le secteur extra-cellulaire ou milieu intérieur est constitué : d'un secteur intravasculaire : le sang ; d'un secteur interstitiel comprenant la lymphe interstitielle non canalisée, milieu dans lequel vivent les cellules et la lymphe canalisée ;

p.94

d'un secteur transcellulaire comprenant le liquide céphalo-rachidien, les liquides de l'œil et de l'oreille, les liquides séreux.

Seuls seront étudiés les trois principaux constituants du milieu intérieur, à savoir le sang, la lymphe et le LCR.



p.95

## B / LE SANG

La vocation de ce livre n'est pas de traiter le sang sous son aspect biologique. Toutefois, pour mémoire, le sang est un tissu liquide hétérogène dans lequel on distingue deux phases :

— L'une liquide : il s'agit du plasma, véritable intermédiaire obligatoire entre le compartiment interstitiel dans lequel vivent les tissus et les organes d'échanges et le milieu extérieur. Il permet entre autres l'échange de matériaux d'un organe à l'autre et draine les substances à éliminer. Au niveau des phénomènes respiratoires, c'est l'O<sub>2</sub> dissous dans le plasma qui diffuse jusqu'aux cellules. Et, enfin, le plasma intervient dans de nombreux mécanismes de régulation en assurant les caractères physico-chimiques du milieu intérieur, en servant de véhicule à des substances comme les hormones et en informant, par les modifications que lui impriment certains tissus, les centres régulateurs de l'activité cellulaire.

— L'autre constituée de cellules ou d'éléments d'origine cellulaire en suspension dans le plasma : ce sont les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. L'érythropoïèse recouvre l'ensemble des phénomènes qui maintient le nombre de globules rouges et le taux d'hémoglobine dans les limites physiologiques.

Ces globules rouges ou hématies sont de petits disques cellulaires anucléés dont le constituant essentiel est

p.96

l'hémoglobine. Ces globules rouges sont entraînés passivement par le flux sanguin. Leur durée de vie est d'environ 120 jours et meurent par sénescence ; ainsi, chaque jour, 1/120 de la masse globulaire meurt. Il s'agit de l'hémolyse physiologique. Le globule rouge possède une membrane plasmique, enveloppe solide mais souple jouant un rôle essentiel par ses propriétés de déformabilité (à ce propos, rappelons la circulation des globules rouges dans des vaisseaux dont le calibre au niveau des capillaires lui est inférieur). Il possède également une barrière sélective permettant des échanges avec le plasma.

L'hémoglobine assure le transport de l'oxygène des poumons aux tissus et d'une partie du gaz carbonique vers les alvéoles pulmonaires.

Les ateliers de production des éléments figurés du sang sont la moelle osseuse et le tissu myéloïde.

Les cellules sanguines (sauf les lymphocytes T) sont produites chez le fœtus par le foie, la rate et la moelle osseuse. A la naissance, seule la moelle est normalement hématopoïétique.

Il convient de s'étendre quelque peu sur la micro-structure de la moelle osseuse qui est caractérisée par l'intrication de plusieurs compartiments anatomiques et fonctionnels : un compartiment vasculaire, une matrice conjonctive et des cellules hématopoïétiques.

Le compartiment vasculaire permet non seulement la nutrition et l'oxygénation des cellules myéloïdes, mais aussi le passage des substances de l'hématopoïèse et la migration sélective des cellules matures. La barrière

p.97

médullo-sanguine est formée par la paroi des sinus : elle est une zone essentielle d'échanges et de communication entre le sang circulant et les territoires hématopoïétiques extravasculaires.

La matrice conjonctive possède une série de structures limitant les espaces extramédullaires ; ce sont des macrophages, des cellules interstitielles non phagocytaires, des fibres conjonctives, des terminaisons nerveuses, etc.

Les cellules hématopoïétiques sont juxtaposées dans des compartiments extravasculaires.

La moelle jaune formée exclusivement de tissu adipeux est inactive pour l'hématopoïèse. La moelle rouge, très vascularisée, est active pour l'hématopoïèse (formation des cellules sanguines).

Il convient d'extraire de ce rappel succinct du sang des éléments essentiels à la pratique du fasciathérapeute :

1 / Il faut enlever toutes barrières susceptibles d'empêcher le compartiment vasculaire de tenir son rôle.

2 / Il faut rendre la moelle osseuse malléable, humide et libérer l'artère nourricière de toutes contraintes mécaniques.

3 / Il faut travailler sur certaines zones électives tenant compte de leur richesse médullaire ; ainsi, à la naissance, jusqu'à l'âge de quatre ans, la moelle de la totalité des cavités osseuses, à l'exception des phalanges terminales, est rouge (hématopoïétiquement active). A partir de quatre ans, on observe une involution adipeuse centripète

p.98

débutant dans les extrémités des membres. Et enfin, chez l'adulte, la moelle rouge est présente dans certains os seulement, à savoir les vertèbres, le sacrum, l'os iliaque, les côtes, le sternum, les os du crâne, les extrémités supérieures du fémur et de l'humérus.

Un très bref rappel sur le système vasculaire de l'homme s'impose afin d'en préciser les éléments essentiels. Il n'est pas question de traiter les rapports anatomiques et le trajet du système vasculaire. Pour cela, il convient de consulter les ouvrages traitant de ce sujet. Toutefois, le système vasculaire comprend des artères, des veines représentant la macrocirculation et le réseau circulatoire terminal constitué par les artérioles, les veinules et les capillaires représentant la microcirculation.

Les artères, si l'on excepte les artères pulmonaires qui conduisent aux poumons le sang venant du ventricule droit, toutes les artères du corps sont des ramifications de l'aorte et renferment du sang rouge vif venant du ventricule gauche. D'une manière générale, les carotides se rendent à la tête, les sous-clavières aux membres supérieurs, les iliaques aux membres inférieurs. Ces zones, cela va de soi, devront être libérées en priorité de leurs contraintes mécaniques.

Les grosses et moyennes artères sont très élastiques ; elles économisent le travail du cœur et régularisent le flux sanguin, ceci grâce à leurs qualités d'élasticité, qualités qui, par ailleurs, permettent d'accroître le débit sanguin, et qui, par voie de conséquence, soulagent le travail du cœur.

p.99

Les artères sont formées de trois couches : la média, l'endartère et l'adventice.

#### C/ LA JONCTION ARTERIOVEINEUSE TERMINALE

Il s'agit là d'un secteur faisant l'objet d'études de plus en plus approfondies par les chercheurs (Dr J. F. Merlen et le dernier Symposium mondial sur la microcirculation). Une telle attention n'est pas due au hasard ; il ne serait d'ailleurs pas étonnant d'y découvrir une grande partie des origines des maladies, qu'elles soient fonctionnelles ou structurelles. Dans tous les cas, la fasciathérapie et la pulsologie portent leur terrain d'action inmanquablement sur la microcirculation. Les résultats y sont surprenants. C'est pourquoi il a semblé souhaitable de faire un bref rappel de ce secteur.

Les petites artères sont constituées de fibres musculaires lisses qui reçoivent des filets nerveux d'origine sympathique tendant à diminuer le diamètre des vaisseaux et d'origine parasympathique

tendant, au contraire, à ouvrir la lumière des vaisseaux. Ces deux types de nerfs prennent le nom de nerfs vaso-moteurs ; ceux-ci règlent l'afflux sanguin dans les organes selon leurs activités et leurs besoins. Ces petites artères règlent le débit sanguin dans les différents organes.

Les veines forment un réseau similaire à celui des artères. La paroi des veines, très mince, est formée d'une couche profonde endothéliale, d'une couche moyenne conjonctivo-élastique et d'une couche superficielle

p.100

fibreuse ; mais le fait essentiel provient de l'endothélium, dessinant dans la lumière veineuse des valvules en nids de pigeons qui s'opposent au reflux du sang.

La veine cave supérieure draine le sang de la tête et des membres supérieurs ; la veine cave inférieure draine le sang du tronc et des membres inférieurs. Ces zones doivent être également libérées en priorité.

Les capillaires sont des vaisseaux très fins. Leur structure abandonne progressivement celle des artères et des veines pour n'être formée que d'un mince endothélium doublé extérieurement de quelques éléments fibroélastiques. Il existe des capillaires sanguins reliant les artères aux veines sanguines et des capillaires lymphatiques situés dans les mailles du réseau sanguin et qui se groupent en veines lymphatiques à la sortie de l'organe. Entre les deux réseaux capillaires, le liquide lacunaire baigne directement les cellules, véritable milieu d'échange constitué par le plasma et les leucocytes qui ont traversé la paroi des capillaires sanguins. Ce liquide pénètre ensuite dans les capillaires lymphatiques pour devenir la lymphe.

Plasma et leucocytes    liquide lymphe

du sang    → lacunaire    (capillaires →

(capillaires sanguins)    (tissus) lymphatiques)

Du fait de son interrelation avec le tissu interstitiel conjonctif, ces capillaires peuvent être serrés et voir leur lumière réduite. Il convient par conséquent de libérer

p.101

toutes les contraintes responsables d'un tel phénomène.

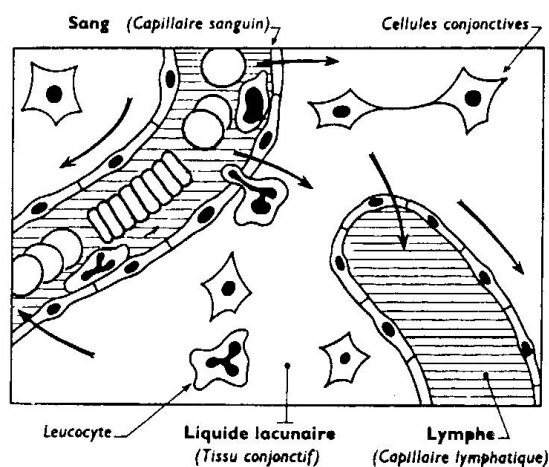


Schéma d'après P. Vincent, modifié.

## D/ LA LYMPHE

Elle est quantitativement et qualitativement l'élément le plus important du secteur extracellulaire. Elle possède une fraction non canalisée : il s'agit du liquide interstitiel, fraction peu mobile ayant la consistance d'un gel, et une fraction canalisée : il s'agit du système lymphatique, voie de circulation à sens unique, espace interstitiel vers le sang.

La structure du tissu interstitiel est à peu près iden-

p.102

tique à celle trouvée dans la description du tissu conjonctif. Elle présente des cellules, à savoir des fibroblastes, des mastocytes et des macrophages, et, enfin, des protéines fibrillaires, le collagène et l'élastine.

Le volume de l'espace interstitiel représente environ 15 litres pour un adulte d'environ 70 kilos.

La lymphe canalisée représente donc une voie de circulation à sens unique. Les plus petits vaisseaux lymphatiques drainent le liquide interstitiel et forment en se réunissant des vaisseaux de plus en plus gros, puis, finalement, la lymphe est conduite dans des veines où se jettent les plus gros troncs lymphatiques. Le canal thoracique rejoint le système veineux à la jonction entre la veine jugulaire interne gauche et la veine sous-clavière ; il englobe les lymphatiques de la partie inférieure de l'organisme, de la partie gauche de la tête, du thorax et du bras gauche. Le canal lymphatique droit se jette dans le système veineux au niveau de la jonction de la veine sous-clavière droite et de la veine jugulaire interne. Il draine la partie droite de la tête, du cou et du thorax, ainsi que le bras droit.

Les caractéristiques physico-chimiques comprennent des protéines dont la concentration est généralement très faible (ultra-filtrat de plasma), des substances diffusibles, à savoir les électrolytes minéraux, et enfin des substances non ionisées, à savoir urée, glucose, etc.

*La lymphe joue un rôle primordial :*

— dans sa relation lymphatiques-veines ;

p.103

dans l'élimination spécifiquement par cette voie des substances de haut poids moléculaire essentielles dans la circulation des liquides tissulaires ;

par son système macrophagique, dans le pouvoir de protéolyse, également important dans l'équilibre tissulaire ;

par sa diffusion à l'ensemble des tissus et viscères de l'organisme.

Le système lymphatique (lymphe canalisée) est une voie accessoire que peuvent emprunter les liquides pour passer des espaces interstitiels dans le sang. Il permet de reprendre au liquide interstitiel les protéines qui ne peuvent être directement réabsorbées dans les capillaires sanguins.

La lymphe canalisée résulte de l'écoulement du liquide interstitiel dans les lymphatiques.

Le liquide interstitiel est également le lieu géométrique des échanges cellulaires.

Quand le diamètre vasculaire devient inférieur à 50  $\mu$ , il appartient à la microcirculation. Ce réseau terminal est constitué par les artérioles, les veinules, le canal de jonction artérioveineux et les capillaires. Chacun de ses éléments a un rôle et un fonctionnement propres.

Histologiquement, la musculature lisse définit l'artériole ; l'enveloppe conjonctive définit la veinule, et le capillaire sanguin se définit comme tout segment vasculaire dépourvu de musculature lisse ou d'enveloppe conjonctive, c'est-à-dire tout canalicule de diamètre inférieur à 20  $\mu$ .

p.104

Cette unité fonctionnelle microvasculaire est complétée par les lymphatiques initiaux que l'on distingue des capillaires sanguins par leur calibre supérieur et leur absence de basale. Ils varient en fonction de la pression tissulaire régionale et par les anastomoses artérioveineuses jouant un rôle important dans la régulation du flux sanguin terminal.

Physiologiquement, le réseau vasculaire terminal comprend deux circuits. Un circuit métabolique constitué par les anses capillaires qui dirigent le sang vers les espaces interstitiels, c'est la voie de luxe. Un circuit dérivatif soumis aux influences vaso-motrices qui mènent directement le sang de l'artériole à la veinule par le canal intermédiaire, c'est la voie préférentielle où circulent 50 à 75 % du flux sanguin. Selon les circonstances, le sang est dirigé vers la voie de retour par la métartériole et les shunts artério-veineux ou vers les espaces interstitiels par les capillaires sanguins.

Sur un point de vue hydrologique, le sang n'est pas un liquide parfait, puisqu'il est visqueux, inhomogène, pseudo-plastique. Sa circulation est difficile dans les capillaires dont le calibre est très souvent inférieur à celui du globule rouge. Elle n'est possible qu'à partir d'une certaine pression et se fait par à-coups (plug flow), c'est-à-dire de façon analogue aux projectiles d'une sarbacane.

#### E / LA MICROCIRCULATION LYMPHATIQUE

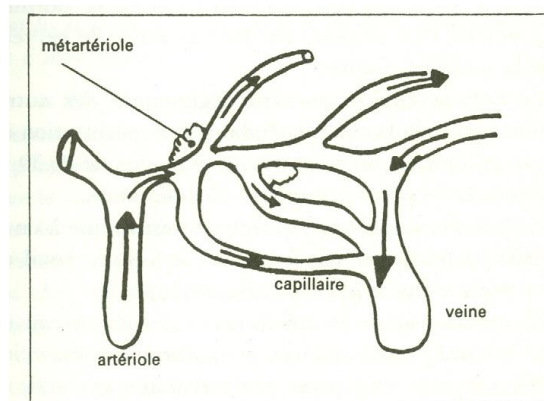
Le caractère de la circulation lymphatique est d'être histo-angéique, c'est-à-dire micro-vasculo-tissulaire. Le

p.105

tracé des lymphatiques est parallèle à celui des veines, mais ceux-ci sont une émanation directe du mésenchyme.

Le rôle des lymphatiques est de véhiculer les protéines depuis les tissus interstitiels jusqu'au sang.

Histologiquement, les lymphatiques initiaux dessinent un riche réseau maillé de tubes cylindriques ; les uns se terminent en doigts de gants, les autres sont largement ouverts sur le conjonctif. Ces tubes sont plus ou moins collabés ou ouverts selon leur degré d'activité et sont formés de cellules endothéliales mal jointives, car il n'y a ni basale, ni péricytes. Par contre, ces cellules sont reliées au tissu conjonctif ambiant par des haubans fibrillaires. La lumière du lymphatique initial est fonction de la contrainte interstitielle.



*Réseau terminal*

p.106

## F / LE LCR OU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

La quasi-totalité du LCR formée quotidiennement est résorbée dans le sang à travers des structures particulières appelée villosités ou « granulations arachnoïdiennes » se situant entre les espaces sous-arachnoïdiens et les sinus veineux du cerveau ou plus rarement dans les veines rachidiennes. De structure trabéculaire issue de l'arachnoïde, ses villosités forment des zones très perméables permettant l'écoulement du LCR, des protéines et même de petites particules (de moins 1  $\mu$ ) dans le sang.

Le LCR est formé de plusieurs façons ; la plus grande partie est constituée par les plexus choroïdes des ventricules, par les vaisseaux des méninges et la bordure épendymaire des citernes, par les vaisseaux du cerveau et de la moelle épinière.

Le LCR ne diffère que très légèrement des autres liquides extracellulaires. Cependant, la concentration du sodium est de 7 % supérieur, la glychorachie est de 30 % inférieure et le potassium de 40 % inférieure.

Le taux de sécrétion choroïdienne est estimé à environ 840 ml par jour, soit 5 à 6 fois le volume total du LCR présent dans la cavité cérébro-spinale.

Il n'existe pas de lymphatiques vrais au niveau du tissu cérébral. Les protéines sont éliminées essentiellement à travers les espaces périvasculaires et aussi, en partie, par diffusion directe dans les espaces sous-arachnoïdiens, à travers la pie-mère. A ce niveau, les

p.107

protéines sont reprises avec le liquide céphalo-rachidien par les veines cérébrales, grâce à l'absorption à travers les villosités.

Toutefois, les substances de grosse taille passent difficilement du sang vers le LCR ou vers les liquides interstitiels communs de l'organisme à cause de barrières appelées « barrières hémato-méningées et barrières hémato-encéphaliques ». Ces barrières existent presque dans toutes les régions de l'encéphale, sauf dans l'hypothalamus où toutes les substances peuvent diffuser facilement vers les espaces tissulaires. Cette facilité de diffusion, à ce niveau, revêt une grande importance et permet de déclencher la régulation en feed-back.

*Des recherches médicales sérieuses n'évoquent pas l'éventualité que ce liquide soit hiérarchiquement supérieur aux autres, limitant les rôles du LCR aux fonctions suivantes, pour les principales d'entre elles :*

— De tampon entre le cerveau et son enveloppe osseuse, la densité du système nerveux et celle du liquide céphalo-rachidien étant pratiquement identiques, de sorte que le cerveau flotte littéralement dans le liquide. Lorsque le crâne subit un traumatisme sévère, la lésion cérébrale ne porte habituellement pas du côté du choc, mais du côté opposé. Il s'agit là du phénomène de « contre-coup ». Quant aux lésions cérébrales des traumatismes rotatoires, contrairement aux traumatismes linéaires, le LCR ne peut empêcher les lésions dues à une accélération rotatoire du crâne. En effet, le cerveau possède une certaine inertie et, lors d'un mouvement rotatoire brutal, il

p.108

tend à rester dans une position stationnaire dans la voûte crânienne, créant, par voie de conséquence, un effet de torsion aux points où le cerveau est amarré à la boîte crânienne avec parfois un déchirement des tissus arachnoïdiens, une rupture des vaisseaux diploïques qui se rendent du cerveau au squelette à travers les méninges.

Un véritable fasciathérapeute ou ostéopathe crânien devra avoir des mains sensibles, capables de détecter les distorsions membraneuses responsables de la majorité des maux obscurs du cerveau.

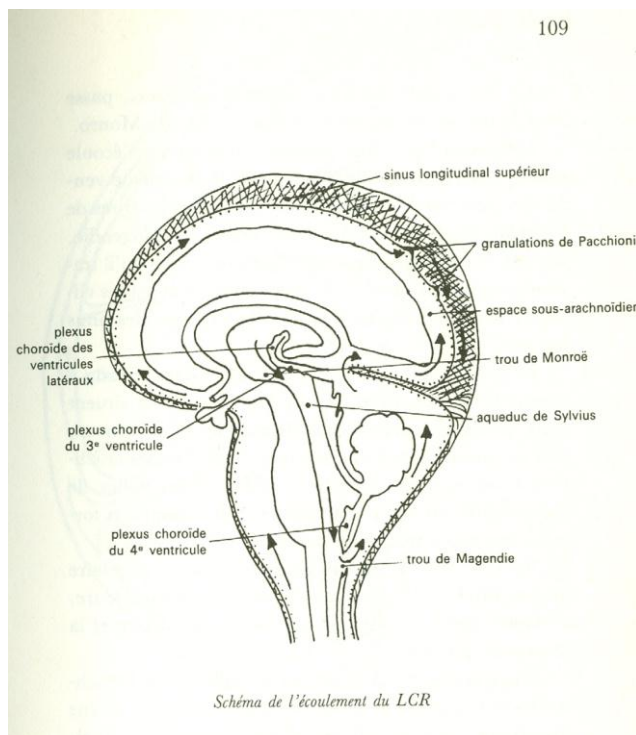
— Fonction de liquide nourricier du système nerveux uniquement ; dans ce cas, nous ne faisons pas allusion au dénominateur offert à ce liquide, à savoir « Pharmacie de Dieu », une pharmacie qui se répandrait jusqu'aux confins de notre organisme. Nous avons mis l'accent sur ce phénomène, car il s'agit là d'un point de divergence entre l'ostéopathie et la fasciathérapie.

Le LCR est au cerveau et au système nerveux ce que le sang est au cœur et à l'ensemble de notre organisme.

La dualité « glande pinéale/cœur » est mise en évidence. Rien d'étonnant à ce que les Occidentaux privilégient le cerveau, enclins qu'ils sont à utiliser la pensée rationnelle. En revanche, les Orientaux privilégient le cœur, sanctuaire de l'amour altruiste et en contact intime avec l'esprit vital, le sang étant la plus haute expression du corps vital. Pendant toute la durée de la vie, l'émanation du corps vital régénère la forme matérielle.

Ce schéma illustre le sens principal d'écoulement liquidien entre les plexus choroïdiens, des ventricules et les villosités choroïdiennes.

p.109



p.110

Le LCR, formé dans les ventricules latéraux, passe dans le troisième ventricule, grâce au trou de Monro.

Le liquide des trois premiers ventricules s'écoule ensuite par l'aqueduc de Sylvius vers le quatrième ventricule, puis dans la grande citerne, à travers les trous de Luschka, situés latéralement, et le trou de Magendie, médian. Il rejoint les espaces sous-arachnoïdiens qu'il traverse jusqu'au sommet de la voûte où se trouvent les villosités arachnoïdiennes ; il passe, dès lors, dans les sinus veineux.

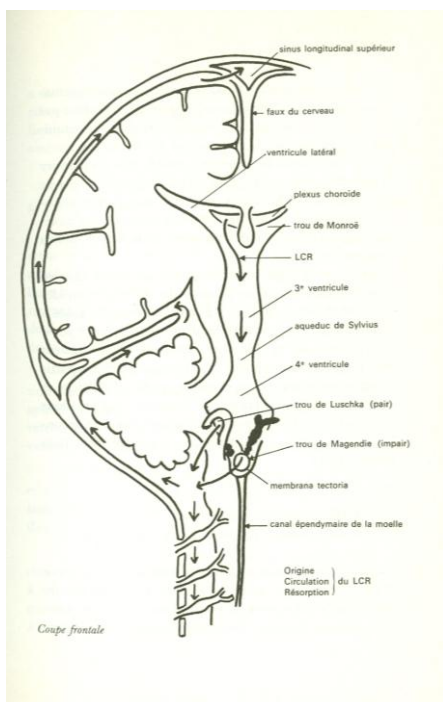
La quasi-totalité du LCR est résorbée dans le sang à travers les granulations arachnoïdiennes qui se situent entre les espaces sous-arachnoïdiens et les sinus veineux, parfois dans les veines rachidiennes. Les villosités arachnoïdiennes sont des structures trabéculaires issues de l'arachnoïde qui font saillie dans la paroi veineuse et forment des zones très perméables.

Le LCR sera alors drainé par la veine jugulaire interne droite et gauche dans la veine cave supérieure.

Cette figure représente l'origine, la circulation et la résorption du LCR.

Outre la résorption au niveau des villosités de l'arachnoïde, il existe d'autres systèmes de résorption moins importants par les capillaires sous-arachnoïdiens, les gaines lymphatiques des nerfs cérébro-spinaux et par l'épendyme ventriculaire.

p.111



p.112

*Cette unité liquidienne se traduit par des échanges permanents entre ces différents compartiments ; il ne faut pas les considérer comme des territoires absolument délimités, séparés les uns des autres par des frontières.*

En fait, l'unité liquidienne apparaît dans un premier temps dans l'interrelation du secteur intracellulaire avec le secteur extracellulaire. A ce niveau, les échanges obéissent aux lois physiques de diffusion (passage des molécules du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré).

Cette unité liquidienne s'exprime également dans un second temps dans l'interrelation des différents liquides extracellulaires entre eux, eux-mêmes propagés grâce à l'activité de la pompe cardiaque, aux pressions et poussées à partir de lacs liquidien interstitiels qui chassent vers le haut le sang veineux, à la pression exercée à partir des muscles squelettiques et aux propriétés d'élasticité et de contractibilité des fascias sur les veines, aux pressions thoraciques réalisées lors de rythmes respiratoires secondaires, et, enfin, à l'activité rythmique des trois diaphragmes.

## G / PRINCIPAUX LIEUX D'ÉCHANGES

### DES DIFFÉRENTS LIQUIDES EXTRACELLULAIRES

Ces lieux d'échange sont fort nombreux. La brève étude effectuée sur les trois principaux constituants du milieu intérieur a tenté de mettre l'accent sur ces différents lieux d'échanges. En réalité, l'objet de ce chapitre

p.113

a été surtout de faire ressortir combien il est peu scientifique de privilégier le LCR au détriment des autres liquides. C'est pourtant ce que fait la majorité des ostéopathes.

*Cette interrelation s'effectue entre le LCR et le sang, et entre le LCR et la lymphe.*

— En effet, il existe une résorption du LCR dans le sinus veineux à travers les villosités ou granulations arachnoïdiennes. Il sera alors drainé par la veine jugulaire interne, droite et gauche, dans la veine cave supérieure ; il sera alors retrouvé dans l'oreillette droite et, de là, il empruntera le circuit de la petite circulation, puis de la grande circulation.

— Il existe également une résorption du LCR par une évacuation lymphatique et un rapport entre l'espace spinal sous-arachnoïdien et le système lymphatique se retrouvant dans le canal thoracique et dans la grande veine lymphatique qui se jette dans la sous-clavière.

— Enfin, l'existence d'un filtre sélectif entre le sang et le LCR se confirme par le fait que les substances contenues dans le sang se trouvent dans le LCR (notamment dans certains cas pathologiques).

— Une éventuelle distribution du LCR, par franchissement de la barrière dure-mérienne et se répandant à travers les tubules du tissu conjonctif dans le corps tout entier, n'a pas été mise en évidence officiellement. Au stade de notre expérimentation, et jusqu'à preuve du

p.114

contraire, le liquide se trouvant dans les tubules du tissu conjonctif serait la lymphe interstitielle.

*Cette interrelation s'effectue entre la lymphe et le sang (unité lymphe-sanguine).*

Elle se fait à plusieurs niveaux et notamment par évacuation lymphatique, dans le canal thoracique et la grande veine lymphatique, pour se mélanger au sang veineux au niveau de la veine sous-clavière.

Elle s'exprime également par l'intermédiaire de l'unité circulatoire terminale, comme cela a été déjà décrit (voir lymphe et sang).

D'une manière générale, la lymphe canalisée est une voie accessoire que peuvent emprunter les liquides pour passer des espaces interstitiels dans le sang. Et, d'autre part, le liquide interstitiel se renouvelle constamment par des processus de transfert de soluté et d'eau entre lui et les autres compartiments avec lesquels il est en contact. C'est par son intermédiaire que se font les échanges entre les cellules et le plasma.

*Cette interrelation s'effectue enfin entre les liquides et le tissu conjonctif (fascia).*

Elle se fait à travers la barrière endothéliale des capillaires. Il existe des voies d'élimination des liquides et substances se trouvant dans le tissu conjonctif, par la voie veineuse pour les liquides (électrolytes et substances de faible poids moléculaire) et par la voie lymphatique (pour les substances de haut poids moléculaire de nature protéique et lipidique).

p.115

Et, enfin, des échanges s'effectuent au niveau de la microcirculation, formant une unité fonctionnelle permettant les échanges entre les tissus et le système circulatoire. Ce réseau est formé de deux circuits, l'un métabolique dirigeant le sang vers les espaces interstitiels, l'autre dérivatif conduisant le sang directement de l'artériole à la veinule par le canal intermédiaire.

De cette étude succincte, il doit ressortir ceci : la fonction essentielle du milieu extracellulaire est de se comporter en un système de transports et d'échanges assurant les liaisons entre les différents territoires de l'organisme et en servant d'intermédiaire entre les tissus et l'extérieur.

#### H / INCIDENCE DES FASCIAS SUR LES LIQUIDES

Cette action met en évidence le rôle MÉTABOLIQUE fondamental tenu par les fascias. Comme l'indique le Dr Becker : « Chaque élément du corps est en suspension dans un milieu liquide. Tous les éléments vivants sont chacun des qualités de liquides différents, que ce soient les os, les muscles, les aponévroses, etc. » Il convient de parachever cette idée en ajoutant : « LE FASCIA EST L'ENVELOPPE QUI MAINTIEN COMME UN CONTAINER SOUPLE TOUS CÉS DIFFÉRENTS LIQUIDES. »

Ainsi, les fascias possèdent une influence considérable sur les liquides de deux manières : DIRECTEMENT et INDIRECTEMENT.

p.116 1-17

##### *Directement :*

Son action directe s'effectue grâce à sa participation aux différents constituants véhiculant les liquides (par exemple : l'adventis de l'artère est de constitution conjonctivo-élastique), ou qu'il s'agisse du sang appartenant lui-même à la famille des tissus conjonctifs à substance intercellulaire liquide. Par ailleurs, Still écrivait à ce propos : « Les vaisseaux sanguins portent les liquides par la construction et le soutien des fascias qui doivent être absolument normaux dans leur localisation. »

##### *Indirectement :*

Son action indirecte est justifiée par ses relations intimes avec la lymphe interstitielle baignant dans les espaces lacunaires de la substance fondamentale ou par ses relations anatomiques très étroites avec les différents véhicules des fluides extracellulaires.

Cette relation intime du liquide interstitiel avec la substance fondamentale fait ressortir l'action considérable du fascia sur les échanges métaboliques, tissulaires et cellulaires. Snyder cite à ce propos : « Le fascia est un tissu présentant un équilibre constamment fluctuant pour maintenir la coordination dans les tissus environnants. » Still ajoute : « Il est le laboratoire de la vie animale ; j'ai pensé que le système des fascias, lymphatique et cellulaire, se remplit de liquides impurs et malsains longtemps avant qu'aucune maladie ne fasse son apparition et que le processus de changement connu comme fermentation,

p.117

avec ses troubles électromagnétiques, soit la cause d'au moins 90 % des maladies. »

Par convention, il faut entendre par fascia, tout ce qui est formation conjonctive. Ainsi, le tissu interstitiel doit être considéré comme tel. Celui-ci est constitué d'une matière fondamentale, véritable système bi phasique gel/sol. La phase sol forme des lacunes liquides où les protéines circulent ; la phase gel est imperméable aux protéines. Or, la quasi-totalité du liquide interstitiel se trouve emprisonnée dans un gel qui emplit les espaces situés entre les cellules. Ce gel contient de grandes quantités de mucco-polysaccharides (dérivés glucidiques, le plus important étant l'acide hyaluronique).

A propos des gels, les expériences de Taylor ont démontré certaines propriétés de ceux-ci : « A l'addition d'énergie, les gels se fluidifient, à l'absence d'énergie, les gels se densifient. » De tels phénomènes, en l'absence de l'apport nutritif et énergétique véhiculé par les liquides, créent un changement de structure inévitable. A moins que ce ne soit l'inverse. Un traumatisme direct exercé sur le tissu interstitiel peut aussi engendrer l'apparition d'un tissu serré.

Ainsi, tout changement de structure est soit la conséquence d'un mauvais apport liquidien, soit la conséquence d'un tissu riche en contraintes. Le DrJ. F. Merlen indique à ce sujet : « Un tissu serré correspond à une mauvaise microcirculation, à une mauvaise néo-genèse vasculaire et à une inondation locale. » Il est important de noter combien la pression et les tensions tissulaires ont une influence très nette sur les échanges osmotiques des

p.118

fluides. En effet, comme le rappelle Léon Page : « Le tissu conjonctif se trouve au niveau des tissus interstitiels de tous les organes. Il forme les membranes à travers lesquelles les processus osmotiques de nutrition ont lieu. » Par ailleurs, le liquide interstitiel forme un compartiment qui n'a pas de frontières propres, ces limites étant les membranes cellulaires qui les séparent du compartiment extra-cellulaire et les parois des capillaires sanguins et lymphatiques qui les séparent du secteur circulant. C'est par son intermédiaire que se font tous les échanges.

Salmanoff confirme la thèse de J. F. Merlen : « Si les capillaires autour des cellules parenchymateuses sont bloqués, il n'y a pas d'apport de substances nutritives. » Or, cette donnée avait été déjà fort bien ressentie par le Pr Leriche : « Un changement de régime circulatoire, à la suite d'un menu traumatisme, suffit à créer de toutes pièces des lésions anatomiques, tissulaires faisant figure de maladies d'organe. » Et, ajoute-t-il encore : « Il est permis de penser que bon nombre de nos maladies chroniques et même aiguës ont pour départ un déséquilibre local de la nutrition des tissus. »

Il faut par ailleurs conférer aux fascias le rôle de barrière infectieuse venant s'ajouter à ses propriétés d'échanges biochimiques dont il a été fait état précédemment. C'est en effet à leur niveau que se déroulent les phénomènes inflammatoires et infectieux et les réactions de défense que ceux-ci suscitent. Cette défense est assumée par des cellules macrophages ; il s'agit d'une grande cellule mononucléaire venant des histiocytes du sang à grand

p.119

pouvoir phagocytaire et à grande mobilité. On trouve également des leucocytes, des polynucléaires constituant les premières lignes de défense de l'organisme.

L'action indirecte des fascias sur les liquides est par ailleurs justifiée par les relations anatomiques intimes des fascias avec les artères, les veines et les circuits lymphatiques, car, entre chacune des trois couches des fascias, superficielle, profonde et sous-séreuse, se trouvent les artères, les veines et les canaux lymphatiques. D'autre part, tout au long de cet ouvrage, l'accent a été mis sur les zones critiques que traversent les artères, à savoir les perforations aponévrotiques, etc. Il convient de se reporter soit dans les chapitres précédents, soit dans le chapitre consacré à la libération du système artériel.

Enfin, le fascia agit comme une pompe auxiliaire du système veineux grâce à ses propriétés d'élasticité et de contractibilité et en maintenant les veines ouvertes ; il favorise la circulation de retour.

En ce qui concerne ses rapports avec le système lymphatique, l'action indirecte se situe au niveau du système lymphatique canalisé de par ses relations anatomiques, mais aussi au niveau des canalicules

lymphatiques dotés d'une riche résille élastique, bien amarrée au conjonctif voisin, par des sortes de haubans fibrillaires. Ceux-ci, infiltrés de liquides tissulaires ou d'œdèmes, se mettent en tension, ouvrent la lumière des canalicules, d'où résorption. Vides d'œdème, les haubans se relâchent et le lymphatique se collabe.

La lumière varie donc en fonction de l'effet de

p.120

contraintes interstitielles. C'est souligner le rôle des haubans, sorte de filaments d'amarrage, insérés sur le côté exoluminal du plasmalemme et qui se perdent dans le conjonctif. Inversement, le conjonctif déficient peut agir défavorablement sur les haubans.

Par ailleurs, pour en terminer avec le sang et la lymphe, et comme cela a été maintes fois souligné, l'action indirecte des fascias sur les liquides s'effectue également au niveau de la microcirculation, puisque les canalicules lymphatiques, l'artériole terminale, la métartériole, la veinule, les shunts artério-veineux directs et les capillaires vrais constituent l'unité circulatoire terminale. Cette unité fonctionnelle est dépendante des tissus conjonctifs environnants. Un tissu lâche signifie une bonne vascularisation, un tissu serré riche en contraintes correspond à une mauvaise micro vascularisation.

Et, enfin, l'influence des fascias sur les liquides se manifeste également au niveau du LCR. De plus, l'ensemble des membranes intracrâniennes et intra spinales se trouve en étroite relation avec la vascularisation cérébrale et spinale. D'autre part, les artères perforantes entraînent avec elles, en pénétrant dans le tissu nerveux, la pie-mère.

Les sinus veineux intracrâniens sont issus de prolongements de la membrane dure-mérienne. Il est facile de comprendre, comme cela a déjà été mentionné, qu'un approvisionnement décroissant de sang peut perturber, outre le métabolisme cellulaire classique, la chimie cellulaire nerveuse intracrânienne.

## CHAPITRE IV

### LA NÉCESSITÉ IMPÉRATIVE D'OUVRIR LES PORTES DU SYSTÈME VASCULAIRE

#### A / GÉNÉRALITÉS

De tous temps, toutes les religions ont considéré le sang comme étant LE SIÈGE DE LA VIE. Les exemples ne manquent pas dans les différents écrits sacrés. Aussi, sont nées certaines traditions ou superstitions. Par exemple, certains papes et Charles VIII n'hésitèrent pas à tuer pour consommer le sang de leurs victimes en guise de cure de rajeunissement. Comment oublier également les innombrables histoires écrites sur le vampirisme dont le but était en fait d'absorber la force vitale des victimes.

Cependant, le sang n'a pas uniquement donné lieu à ces histoires macabres. Ainsi, les Indiens, en guise d'amitié et de reconnaissance, s'adonnaient aux rites de la fraternité du sang.

Et, enfin, le « sang bleu » de la noblesse se portait garant de la bonne naissance de son propriétaire.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de « fumée sans feu ». Le sang n'est pas uniquement cet amalgame de biologie

p.122

et de physiologie, mais un suc hautement puissant qu'il convient de redécouvrir. A la connaissance de l'existence du sang, est apparue, progressivement, la découverte de la circulation donnant lieu à des hypothèses plus ou moins extravagantes, mais jamais dénuées d'une certaine vérité.

Ainsi :

300 ans avant Jésus-Christ, Hérophilos fit la première distinction claire entre les artères et les veines et étudia le pouls comme un indice de la force du cœur.

400 ans après, Galien regardait le foie comme le centre du système vasculaire, mais émettait déjà la notion d'« esprit vital » hautement raffiné, distribué par les artères avec le sang artériel. Les artères amenaient cet esprit vers le cerveau où il était transformé en esprit animal, puis distribué à travers les nerfs, à tous les divers organes du corps. Plus de mille ans passèrent avant que cette théorie ne soit remise en question.

Ibn Al Nafis, médecin arabe du XI<sup>e</sup> siècle, décrivit la petite circulation ou circulation pulmonaire. Malheureusement, son observation resta inconnue pendant sept siècles.

Il revint donc à l'Anglais William Harvey, en 1707, de répandre les principes de la circulation et de la physiologie actuelle, se heurtant au refus de sa découverte par des sommités scientifiques de l'époque ; celles-ci prétendaient que le cœur était agité par le sang et que celui-ci avait un mouvement d'aller mais pas de retour.

Le Dr Still, à la fin du siècle dernier, insistait sur

p.123

l'importance du sang et considérait ses « molécules » comme étant « les atomes de la vie » ou « la graine de la vie », et encore « la vapeur de la vie ».

Ainsi, le Dr Still n'hésitait pas à écrire : « Toutes les parties dépendent de cette qualité de graine que possède le sang. Toute la longueur du parcours artériel, depuis le cœur jusqu'à la substance médullaire de l'os, doit être ouverte, sinon la conséquence sera l'amaigrissement de la chair et le manque de nourriture pour l'os. »

Le fondateur de l'ostéopathie ajoutait encore : « Dites-moi où le flux sanguin est ralenti et je vous dirai où commence la maladie », ou enfin : « Le rôle de l'artère est suprême.

Cette conception, malgré le temps écoulé, conserve « toute la vérité de la réalité », une vérité se confirmant constamment dans la pratique quotidienne du fasciathérapeute. En effet, l'expérience démontre que là où le système artérioveineux pulse bien, il ne peut pas y avoir de conséquences pathologiques. En revanche, là où le système artério-veineux ne pulse pas bien, les tissus sous-jacents sont en phase d'agonie.

Autrement dit, la circulation du sang doit être libre impérativement, afin de restituer l'intégrité métabolique cellulaire et tissulaire. A partir de cette constatation, une nouvelle méthode a été mise au point : LA PULSOLOGIE.

Précédemment, un soin tout particulier a été pris pour prévenir les zones de hauts risques de compression ou d'oppression du système artériel.

En réalité, les descriptions anatomiques n'ont été

p.124

qu'un prétexte à attirer l'attention sur ces zones d'alarme afin de travailler en priorité sur celles-ci.

L'interrelation entre le sang et les fascias se fait DIRECTEMENT et INDIRECTEMENT, comme cela a déjà été mentionné.

#### DIRECTEMENT

Car le sang est lui-même un tissu conjonctif et les constituants de son véhicule également.

#### INDIRECTEMENT

Par ses relations anatomiques avec les fascias et notamment au niveau de certaines zones considérées comme étant des zones d'alarme, à savoir :

La pompe cardiaque pour des raisons déjà mentionnées lors de l'étude consacrée au fascia axial profond.

Le diaphragme thoracique pour des raisons également abordées lors de l'étude consacrée au fascia axial profond.

Le diaphragme crânien, celui-ci étant directement dépendant des membranes dures et des fascias extracrâniens. L'élasticité entre le crâne et la dure-mère peut entraîner une modification de la « malléabilité respiratoire » des os crâniens et une compression du système vasculaire au niveau des foramen et de l'ensemble de l'encéphale.

Le diaphragme pelvien : une tension fasciale à ce niveau va avoir un retentissement sur les organes en

p.125

rapport avec lui, mais aussi sur la circulation du membre inférieur :

au niveau du système artério-veineux en rapport intime avec les aponévroses et les ligaments, et notamment au niveau des zones de perforation aponévrotique ;

au niveau des grosses articulations car c'est à cet endroit que le réseau artério-veineux et lymphatique est le plus important et soumis à des contraintes mécaniques ;

au niveau de la microcirculation où les risques d'hypoxie sont les plus importants du fait de leur intime relation avec le tissu conjonctif ou tissu interstitiel et du fait de leur petit calibre. Il s'agit là d'un véritable carrefour liquidien où la circulation du sang est difficile dans les capillaires dont le calibre est très souvent inférieur à celui des globules rouges. La basale du capillaire limite les échanges entre le sang et les espaces interstitiels.

#### B / UNE OPPRESSION DU SYSTÈME ARTÉRIO-VEINEUX AURA POUR CONSÉQUENCE :

- une augmentation de la viscosité du sang car la viscosité augmente quand la vitesse d'écoulement diminue ;
- une hypoxie tissulaire et cellulaire ; une modification du pH ;

p.126

- un mauvais apport énergétique.

Une telle oppression du système artério-veineux aura donc pour conséquence majeure soit un ralentissement du flux sanguin, soit un ralentissement de l'énergie qui anime le sang.

*Un tel phénomène peut être dû à un certain nombre de facteurs. Parmi ceux-ci, il faut noter :*

des contraintes mécaniques au niveau de certaines localisations anatomiques appelées pour la circonstance des « points critiques ou zones d'alarme » et sur lesquels l'accent a été suffisamment mis ;

des troubles psychiques où chaque stress aura un effet sur l'énergie qui anime le sang ou sur les fascias, lesquels indirectement, par des tensions, risquent d'oppresser mécaniquement le système artério-veineux ;

et enfin des troubles neuro-végétatifs avec tout leur arsenal neuro-vasculaire (tonus vasculaire, phénomènes vaso-moteurs).

Il convient d'exprimer l'importance fondamentale conférée au système neuro-végétatif par le fasciathérapeute et considéré comme étant un véritable carrefour de la maladie dite fonctionnelle. Lazorthes rappelle à ce propos : « Les troubles vaso-moteurs sont les plus importants de la pathologie fonctionnelle. » Or, les réactions vaso-motrices se font dans le sens de la vasoconstriction et de la vasodilatation. Autrement dit, le thérapeute manuel original des fascias et pulsologue ne se contente pas d'envisager une oppression circulatoire sous l'angle purement

p.127

mécanique, mais également sous celui de l'innervation des artères, du phénomène vaso-moteur et du tonus vasculaire. Et s'il désire agir sur la circulation des fluides, il devra utiliser des claviers capables de libérer les liquides de ces contraintes mécaniques et de rééquilibrer le système neuro-végétatif.

Un bref rappel sur l'innervation des artères, le tonus vasculaire et la vasomotricité permettra de comprendre l'impact du système neuro-végétatif, et du système neurovasculaire particulièrement, sur le système artériel.

*a / L'innervation des artères :*

Il y a trois types d'innervation des artères :

- type pariétal (par exemple l'artère iliaque externe) innervé par un nerf rachidien ;
- type viscéral (par exemple les gros vaisseaux : aorte, azygos, veine cave, artère iliaque primitive et interne et leurs collatérales, viscérales) innervé par les formations sympathiques ;
- type mixte (par exemple les artères intercostales, mammaire interne, lombaires et les collatérales pariétales de l'iliaque interne).

Voilà en ce qui concerne l'innervation des artères du thorax, de l'abdomen et du bassin.

En ce qui concerne l'innervation des artères cérébrales, elle est surtout d'origine extracrânienne ; des plexus importants nerveux pénètrent avec les carotides internes

p.128

et les vertébrales dans le crâne pour constituer les plexus périvasculaires.

Les sources d'innervation intracrâniennes ne sont que de peu d'importance.

*b / Le tonus vasculaire :*

Il s'agit d'un état de demi-contraction permanente des éléments contractiles des vaisseaux. Il trouve sa source principale dans les parois.

Leriche et Fontaine (1929) précisent : « Ne faut-il pas chercher à l'intérieur même des parois vasculaires le système régulateur des vaisseaux. »

C'est à partir de ce tonus vasculaire que se font les phénomènes de vasoconstriction et vaso-dilatation.

Il s'agit là d'un système considérable puisque, comme le rappelle Fontaine, « il sert à assurer une distribution judicieuse entre les différents tissus selon les besoins momentanés d'irrigation ». H. Hermann (1939) rappelle à ce propos : « Il y a deux parts de résistance vasculaire, conséquence d'un tonus de base et d'un tonus vaso-moteur bulbo-médullaire. Ces deux systèmes permettent le maintien de l'homéostasie circulatoire générale. » Le tonus vasculaire subit des variations par les afférences exogènes et endogènes, stables chez les uns, instables chez les autres. Le sang froid est en partie une stabilité vaso-motrice.

*c / La vasomotricité :*

Les réactions vaso-motrices se font dans le sens de la vasoconstriction ou de la vaso-dilatation.

p.129

Elles sont soit locales ou régionales et relèvent donc de l'automatisme périphérique, soit au contraire étendues ou généralisées et nécessitent par conséquent l'intervention de mécanismes centraux.

Il existe des réactions vaso-motrices de fonction permettant le rétablissement des équilibres thermiques et tensionnels et favorisant le travail musculaire, les fonctions viscérales et les sécrétions glandulaires (réflexe nutritif).

Il existe, par ailleurs, des réactions vaso-motrices de défense, ce que Hans Selye a appelé « le syndrome général d'adaptation », c'est-à-dire la réaction de l'organisme à l'action prolongée de tous agents d'agression. Elle se compose d'une phase vaso-constrictive et d'une phase vaso-dilatatrice.

Mais, d'une manière générale, outre les réactions vaso-motrices locales, tout choc émotif ou traumatique entraîne des réactions vaso-motrices générales provoquant un ébranlement du système neuro-végétatif.

La réaction vaso-motrice émotive se fait en général dans le sens de la vasoconstriction, influx transmis aux vaisseaux du cortex et du diencéphale par le système vaso-moteur ou par les voies adrénalino-sécrétrices et la surrénale. Mais il semble qu'après un choc violent le système vaso-moteur cherche son équilibre et que la vague vaso-motrice se décompose en un flux vaso-constricteur et un reflux vaso-dilatateur. Toutefois, il semblerait qu'il n'existe pas de centre vaso-dilatateur supérieur et segmentaire analogue aux centres vaso-constricteurs. A ce propos, Claude Bernard signale :

p.130

« Par une sorte d'interférence nerveuse, il y a suspension de l'action des nerfs vaso-constricteurs. »

Il existe des réflexes vaso-moteurs supérieurs à étape corticale. Cannon a démontré expérimentalement le rôle du sympathique et de la surrénale dans l'émotion.

Il existe, par ailleurs, des réflexes vaso-moteurs périphériques, ganglionnaires, d'axones et intramuraux.

*De ce rappel, il faut retenir quatre phénomènes fondamentaux :*

1 / L'incidence du psychisme sur le tonus vasculaire et sur la vasomotricité entraîne une vasoconstriction réflexe artérielle.

2 / L'incidence des facteurs mécaniques, thermiques, chimiques à point de départ interstitiel, viscéral, vasculaire, véritable source de réactions réflexes vaso-motrices. Ainsi, par exemple, la paroi artérielle répond à une contraction locale aux excitations mécaniques, chimiques et thermiques. C'est le cas d'une irritation de la paroi artérielle par des facteurs extrinsèques (contacts avec saillie osseuse) ou intrinsèques (thrombose artérielle). Cette sensibilité endothéliale prouve l'existence d'une sensibilité endovasculaire.

3 / La sensibilité vasculaire est due à la présence dans la paroi des vaisseaux d'appareils sensitifs et de fibres myélinées. Il existe une sensibilité adventitielle et endothéliale.

Il faut retenir ceci, ce que cite par ailleurs le Pr Lazorthes : « La sensibilité de l'adventice fait que tout contact

p.131

anormal avec une artère provoque une. » En fait, la vasoconstriction ou la vaso-dilatation peuvent être douloureuses lorsqu'elles dépassent leur niveau physiologique.

Ainsi, il faut en conclure :

la vasoconstriction intense et l'ischémie qui en résulte sont génératrices de douleurs ;

la vaso-dilatation et l'inflammation locale qui en résultent et la tension des tissus par l'œdème sont douloureuses.

Autrement dit, le rôle de la vasomotricité dans le mécanisme des douleurs doit être tout particulièrement pris en considération, car les nerfs sensitifs et corpuscules périphériques du tact sont sensibles aux moindres variations circulatoires.

En ce qui concerne les douleurs sympathiques, elles peuvent naître dans un viscère, sur un vaisseau, sur une articulation ou sur un périoste et cheminent dans les voies sympathiques, plexus périovasculaire et chaînes ganglionnaires.

Il y a possibilité de douleur qui, à partir d'une pathologie circulatoire localisée, se diffuse par voie réflexe à distance.

4 / Importance du réflexe nutritif de Hess, car l'intégrité de la fonction ne peut être correcte que dans le respect de cette loi. Toutes les maladies trouvent leur origine à partir du non-respect de ce réflexe. Il est à l'origine des pathologies énergétiques et fonctionnelles. Il faut à tout prix permettre la régulation du balancement sanguin et supprimer toute barrière, tout obstacle.

p.132

D'une manière générale, quelle que soit l'épine irritative, la pathologie commencera au niveau des milieux extracellulaires et des vaisseaux. A ce propos, Landis a fait l'observation suivante en ce qui concerne les rapports vasculo-conjonctifs : hypermalléabilité, vaso-dilatation, congestion, diapédèse, multiplication des cellules conjonctives, formation donnée aux vaisseaux, absorption des débris, réaction granulomateuse et enfin formation de tissus conjonctifs.

Outre cette vision du sang connue et admise classiquement, il existe une notion moins évidente, à savoir l'interrelation de l'énergie et du sang.

Cette notion de l'énergie et du sang, comme l'écrit André Faubert, peut être amenée à une conception anatomomicroscopique de la structure du corps humain, conception exposée également par M. Jean Schatz, médecin et acupuncteur : « Le corps humain est une véritable pompe imbibée de liquides drainés par les capillaires sanguins et lymphatiques. Tous les éléments de cette éponge sont unis par un tissu conjonctif. Ainsi le sang représente la masse liquide en elle-même et l'énergie les formations qui l'entourent. Le sang et l'énergie peuvent être schématisés par l'image d'un conduit souple

contenant un fluide et faisant penser à un capillaire avec sa masse sanguine au centre et sa collerette périphérique. La partie central yin correspond au sang, la partie yang à l'énergie. »

D'innombrables hypothèses ont été émises. Toutefois, d'une manière générale, pour l'acupuncteur, le sang est

p.133

constitué de deux énergies : le « vent du sang » qui est une énergie conférant la mobilité au sang et la « chaleur du sang » dont le dégagement aura tendance à dessécher les liquides du sang et à l'épaissir.

Ling-Tchrou précise : « LE SANG ET L'ÉNERGIE NE DIFFÈRENT QUE PAR LE NOM QU'ON LEUR DONNE. »

En fait, qu'importent les noms et les mots car il y a sûrement un langage commun quelque part. Seule la perception diffère. Il existe sûrement une corrélation entre la microcirculation sanguine et les mouvements d'énergie ; cette corrélation existe avec la macrocirculation.

Le Dr Daniel Ballesteros (*Médecine du généraliste et du spécialiste*) indique : « La matière s'exprime- à travers deux notions fondamentales : celle de la masse, état corpusculaire, et celle de l'énergie, état ondulatoire. Certes, la matière est une, mais elle a un aspect double, pondéral avec la masse et ondulatoire avec l'énergie. Elle contient ces deux systèmes et passe de l'un à l'autre à travers la célèbre formule d'Einstein  $E = mc^2$ .

Ainsi, l'énergie circule dans l'organisme sous forme d'un champ électromagnétique identique à celui d'un aimant, associée à la circulation du sang. Il est nécessaire qu'il y ait harmonie entre ces deux systèmes autour desquels dépend l'homéostasie, c'est-à-dire le maintien des lois qui régissent l'équilibre du milieu intérieur.

L'accent a été constamment mis sur le rôle fondamental du sang. Un éventuel obstacle à son passage est la cause de la maladie énergétique et fonctionnelle. La première expression se manifestera par un ralentissement de l'énergie qui anime le sang, la seconde expression se

p.134 135

manifestera dans sa phase ultime par un ralentissement du passage du flux sanguin.

La corrélation entre le sang et les mouvements d'énergie est évidente ; des études par effet Kirlian après un traitement de Thérapie Manuelle Originale des Fascias et de Pulsologie démontrent une telle réalité.

Toute barrière ou point de ralentissement de la circulation sanguine entraîne une surcharge ou un manque électromagnétique dans la zone intéressée manifestant une zone pathologique passée, présente ou future.

A n'en pas douter, il existe des champs énergétiques et électromagnétiques ailleurs que dans le sang et notamment au niveau des méridiens, mais il en existe bien d'autres encore. En effet, le corps est un système énergétique dynamique pouvant subir des variations et possédant une polarité + et - . Notre structure physique est soumise aux lois de l'électricité et du magnétisme, mais elle est également soumise aux lois spirituelles.

Le fasciathérapeute ne méconnaît pas tous ces systèmes ; toutefois, son champ d'action se porte électivement et en priorité sur l'énergie qui anime le sang, car de ce courant dépendent les autres.

Et, enfin, il convient de préciser le parallèle entre le sang et le siège de la vie. L'expérience thérapeutique démontre combien le champ psycho-émotionnel influence l'énergie qui anime le sang comme si le sang se faisait le reflet du moi profond. Pour une raison non expliquée encore, des « types de choc » se fixent électivement sur certaines artères ; par exemple des troubles entraînant un

p.135

mauvais vécu sexuel se fixent préférentiellement sur les artères iliaques, le tronc coélique et le système artériel de la glande thyroïde. Ce phénomène n'étant qu'au stade expérimental, il serait prématuré de le développer dans cet ouvrage ; toutefois, un tel phénomène a donné naissance à ce concept : « Montrez-moi votre pouls et je vous dirai qui vous êtes. »

Cependant, il convient de préciser, parce que, objectivée par le patient, la libération de ces formes de densification énergétique dans les carrefours artério-veineux laisse échapper des vagues émotionnelles et énergétiques se traduisant soit par une sensation de suppression d'un poids énorme, soit par des larmes chargées d'incompréhension ou soit par des soupirs libérateurs.

En réalité, dysfonctionnement métabolique et déséquilibre énergétique sont indissociables. Dans le chapitre consacré à la thérapeutique, la notion « fascia, sang et rythme » est inséparable de l'impact thérapeutique.

D'une manière générale, le fascia mécanique ou « arbre généalogique » est toujours impliqué. « EN LIBÉRANT LE FASCIA, L'ARTÈRE EST DÉLIVRÉE DE SES OPPRESSIONS ET, DÈS LORS, L'ÉNERGIE S'EXPRIME TOTALEMENT. AINSI, EN AGISSANT SUR LE CONTENANT, UNE ACTION DIRECTE S'EXERCE SUR LE CONTENU. »

En ce qui concerne la pulsologie, EN EXERÇANT UNE PRESSION DOUCE SUR L'ARTÈRE, ON A UNE ACTION DIRECTE SUR LA VASO-MOTRICITÉ ARTÉRIELLE ET NOTAMMENT UNE PHASE VASO-CONSTRICTIVE TRÈS BRÈVE SUIVIE D'UNE PHASE VASO-DILATATRICE PROLONGÉE, ENTRAÎNANT UN NOUVEL APPORT LIQUIDIEN.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### ***modalités thérapeutiques***

#### **CHAPITRE PREMIER**

##### **MÉTHODES DE DIAGNOSTIC**

Il est indispensable de créer un climat de confiance et de sérénité entre le patient et le thérapeute. Le patient devra être confortablement installé et rester le plus passif possible, physiquement et mentalement, durant toute la séance.

Le thérapeute peut avoir recours, si besoin est, à certaines techniques dont le but est d'apaiser le mental du patient ou le système neuro-végétatif. Il est conseillé, dans ce cas:

de faire une pression douce sur certains gros troncs artério-veineux qui auront pour conséquence de ralentir le système sympathique (80 % des maladies sont dues au système sympathique) ;

de ralentir l'activité rythmique des mouvements mineurs involontaires, soit au niveau du sacrum, soit au niveau des vertèbres cervicales (ganglions cervicaux) ;

de solliciter l'activité du fascia superficialis qui,

p.140

par son rôle métabolique, va favoriser les échanges cellulaires et va permettre également une libération des endorphines ;

— de faire une compression du quatrième ventricule.

Le patient se trouve dans un état de pré-endormissement ou d'endormissement total ; cette condition est souhaitable car le fascia est le reflet du psychisme, du fait de son imbrication avec les membranes intracrâniennes et la dure-mère, et, d'autre part, certaines manœuvres très profondes sur les fascias situés en profondeur peuvent apparaître très douloureuses ; cette douleur sera, par conséquent, fortement maîtrisée et atténuée par un état alpha. Plus le sujet est détendu, moins les défenses réflexes empêchent la main du thérapeute d'aller dans la profondeur des fascias.

#### A / ANAMNÈSE

L'anamnèse peut éventuellement guider nos recherches ; toutefois, la seule réponse indiscutable est offerte par le langage direct des tissus.

L'intérêt majeur de cette anamnèse est bien évidemment de découvrir ou de rechercher les éventuelles contre-indications.

#### *Contre-indications :*

Il n'existe pas à proprement parler de contre-indications à la fasciathérapie elle-même, exceptée peut-être une méfiance exagérée manifestée de la part du patient.

p.141

En revanche, il existe certaines contre-indications de bon sens au niveau de la pulsologie curative, à savoir :

toutes les formes d'anévrisme artériel (il faut être très vigilant sur les formes d'anévrisme asymptomatique) ;

les phlébites, embolies et les thromboses ;

certaines formes d'artériopathie (thrombo-angiose oblitérante, artérite sénile, etc.) ;

les cardiopathies, la pathologie carotidienne du sujet âgé ;

les grosses varices ;

les accidents vasculaires cérébraux ; — la grossesse avancée.

Cependant, certaines pathologies vasculaires présentent de grandes indications et, notamment, certaines maladies ou syndromes vaso-moteurs des extrémités témoignant de modifications circulatoires distales, localisées au territoire cutané de la microcirculation et au conjonctif interstitiel (exemple : syndrome de Raynaud). Et enfin, par exemple, le syndrome de la traversée thoraco-brachiale, le syndrome du canal carpien sont également des indications.

#### *Indications générales :*

La fasciathérapie et la pulsologie s'adressent à toutes les maladies excepté celles précitées.

Il y a une approche graduelle de la maladie issue d'un déséquilibre énergétique, fonctionnel ou lésionnel.

p.142

Le déséquilibre énergétique est souvent asymptomatique, reflet d'un déséquilibre silencieux.

Le déséquilibre fonctionnel est le reflet d'un trouble de la fonction, ne présentant pas de caractères visibles à la radiographie, ni aux examens biologiques.

Le déséquilibre lésionnel est la phase terminale des deux précédentes manifestations. Le patient, à cet instant, entre dans une classification clinique déterminée.

Dans un second temps, il est nécessaire de se hisser au niveau vibratoire du champ énergétique du patient et de la matière à traiter ; ceci requiert une neutralité afin de ne jamais préjuger mentalement ni autrement, sans quoi des réactions réflexes de défense gêneraient le travail en profondeur.

La fasciathérapie et la pulsologie s'avèrent particulièrement efficaces dans les troubles énergétiques et fonctionnels, et contribuent très fortement à lutter contre les troubles structurels.

Dans tous les cas, sans le lâcher-prise total du patient, aucune thérapeutique n'est efficace.

## B / ÉCOUTE MÉDITATIVE

Il existe une hiérarchie palpatoire consistant à évaluer les différentes manifestations émises par les énergies, les liquides, les membranes et les os. Ainsi, l'éther s'évalue en tant que pulsions, le liquide en tant que fluctuations, les membranes en tant qu'impulsions et, enfin, les os en tant que mouvements mineurs involontaires et mouvements majeurs volontaires.

p.143

En fait, tout le problème réside à ce niveau, car l'acquisition d'une perception subtile est directement dépendante du développement sensoriel intime du thérapeute. Il s'agit, en réalité, de percevoir les éléments autrement que par les cinq sens utilisés classiquement. Certaines conditions préalables, pour parvenir à cette fin, sont nécessaires. Il convient, dans un premier temps, de créer un état de sympathie ou un état d'« optimisme fondamental » afin d'obtenir de la part du patient une relaxation musculaire et mentale proche de la période de pré endormissement. C'est pourquoi il faut toujours prendre soin de demander au patient d'effectuer un minimum de mouvements.

## C / LA PULSOLOGIE À DES FINS DE DIAGNOSTIC

### *Généralités*

Cette méthode n'est pas semblable à la prise de pouls utilisée par les médecines énergétiques chinoises, ni à celle utilisée par la médecine classique. Toutefois, elle présente certains points communs avec l'application de l'examen Doppler.

En fait, le but est de rechercher LA QUALITÉ DE L'ONDE DE CHOC DE L'ÉNERGIE QUI ANIME LE SANG. A cette fin, elle utilise la prise des pouls du système artériel général afin de découvrir ce que le Dr Still avait pressenti comme étant l'origine de la maladie, à savoir LE RALENTISSEMENT DU PASSAGE DU FLUX SANGUIN. (Still).

p. 144

Il est nécessaire de dégager deux conceptions majeures en ce qui concerne la signification de ce ralentissement du passage du flux sanguin :

\_ dans le premier concept, le ralentissement du flux sanguin est provoqué par la présence d'un frein circulatoire allant de la sténose, thrombose, oblitération, etc. Dans ce cas, il s'agit d'une pathologie vasculaire structurelle.

\_ Dans le second concept, il s'agit d'un ralentissement de l'énergie qui anime le sang soit à cause d'une oppression mécanique du système artériel, soit à cause de certaines zones artérielles constrictées, résultat d'un déséquilibre « neuro végétatif, lui-même dépendants de facteurs psycho-émotionnels du patient. Dans ce cas, il s'agit d'une expression purement énergétique et fonctionnelle et non plus structurelle.

p.145

*Les vaisseaux inexplorables :*

Les artères profondes et non accessibles doivent être perçues par l'utilisation d'UNE PULSOLOGIE À DISTANCE. Il s'agit dans ce cas d'évaluer l'onde de choc qui anime le sang.

Cette méthode demande deux conditions préalables : l'énergie réfléchie doit être suffisante, la faculté de perception du thérapeute doit être développée.

Il y a deux possibilités d'évaluation vasculaire, l'une exploite l'amplification du pouls obtenue grâce à la boîte de résonance que constitue la cage thoracique, l'autre, beaucoup plus subtile, perçoit les émanations énergétiques du sang à travers une pulsologie appartenant au thérapeute lui-même.

Il est difficile d'exprimer ce dernier phénomène, et notamment dans le cadre d'un ouvrage. Tout juste peut-t-on ajouter : cette perception du pouls du patient, à travers celui du thérapeute, se manifeste par une réaction amplificatrice au niveau du pouls du thérapeute dès lors qu'il y a osmose avec le patient. Aussi, bien souvent, les étudiants ne discernent pas, à leurs débuts, à qui appartient le pouls, créant une certaine confusion et suscitant des questions inévitables qui, progressivement, au fil de la maîtrise de cette méthode, trouvent la même réponse.

En effet, qu'il s'agisse du pouls appartenant au patient ou de celui du thérapeute, cela n'a aucune importance, car il y a obligatoirement un état de symbiose dès tant qu'il y a identification et perception mutuelle des pouls. Cette qualité d'écoute doit faire également

p.146

partie des outils utilisés par le thérapeute manuel original des fascias et pulsologue.

Pour plus de simplicité, la PULSOLOGIE DIRECTE seule sera abordée en détail.

Toutefois, cet enseignement ne peut exprimer que des phénomènes apparents au détriment d'une pulsologie plus subtile et trop difficile à faire ressentir profondément par les mots.

*Buts de la pulsologie :*

La pulsologie permet d'apprécier :

le siège du ralentissement de l'énergie qui anime le sang ;

les zones d'ischémie ou de congestion (à ce propos, Terracol écrit : « Notre vie oscille continuellement entre deux écarts : en moins l'ischémie, en plus la congestion ») ;

les zones de « susceptibilité » de maladie non encore manifestée permettant une action préventive ;

le siège de la lésion primaire ; en effet, des zones devenues asymptomatiques, silencieuses, bien qu'étant l'origine de la maladie, présenteront une mauvaise pulsologie ;

la qualité de la force vitale ;

la qualité du passage énergétique dans les méridiens ;

l'activité psycho-émotionnelle du sujet ;

le retour à la normalité.

p.147

*Définition de la pulsologie directe :*

LA PULSOLOGIE DIRECTE ÉVALUE LA RÉPONSE VASO-MOTRICE RÉFLEXE SUSCITÉE LORS D'UNE PRESSION SOIT SUR UNE SEULE ARTÈRE, SOIT SUR DEUX ARTÈRES COUPLÉES : LORSQUE DEUX ARTÈRES BILATÉRALES, PAR EXEMPLE LES DEUX ARTÈRES FÉMORALES, SONT SOUMISES À UNE PRESSION AU MÊME MOMENT, LA PULSATION QUI APPARAÎT EN SECOND INDIQUE UN RETARD DE LA VASO-DILATATION RÉFLEXE ET, PAR VOIE DE CONSÉQUENCE, INDIQUE UNE ZONE PATHOLOGIQUE OU EN VOIE DE LE DEVENIR.

*Protocole d'action :*

Le patient est allongé confortablement et doit se trouver dans un état de confiance et de quiétude. La prospection utilise des enchaînements précis dont le but est

d'avoir UNE CARTOGRAPHIE DU SYSTÈME SANGUIN DE L'ORGANISME. La méthode utilise une PRISE DE POULS BILATÉRALE et une PRISE DE POULS VERTICALE (voir figures, page 149).

La prise de pouls bilatérale est surtout utilisée pour évaluer le terrain général permettant d'orienter une action plus analytique.

La prise de pouls verticale est utilisée pour analyser électivement des zones spécifiques et localisées.

Exemples : la prise de pouls bilatérale peut s'effectuer simultanément sur les deux artères fémorales.

La prise de pouls verticale peut s'effectuer simultanément au niveau de l'artère ischiatique et du creux poplité.

p.148

La pression doit être uniforme, douce, progressive et d'une durée ne dépassant pas 7 secondes.

L'importance du geste se situe surtout dans la phase de relâchement de cette pression. Ce relâchement doit se faire lentement et créer une sensation d'aspiration.

Ce geste a pour but de déclencher une vaso-dilatation réflexe et d'évaluer la qualité du temps de réponse, les asymétries ou les désynchronisations et enfin la qualité de la pulsologie.

*Le temps de réponse :*

Ce temps de réponse est important, car plus la pulsologie apparaît rapidement, meilleure est la force vitale du sujet.

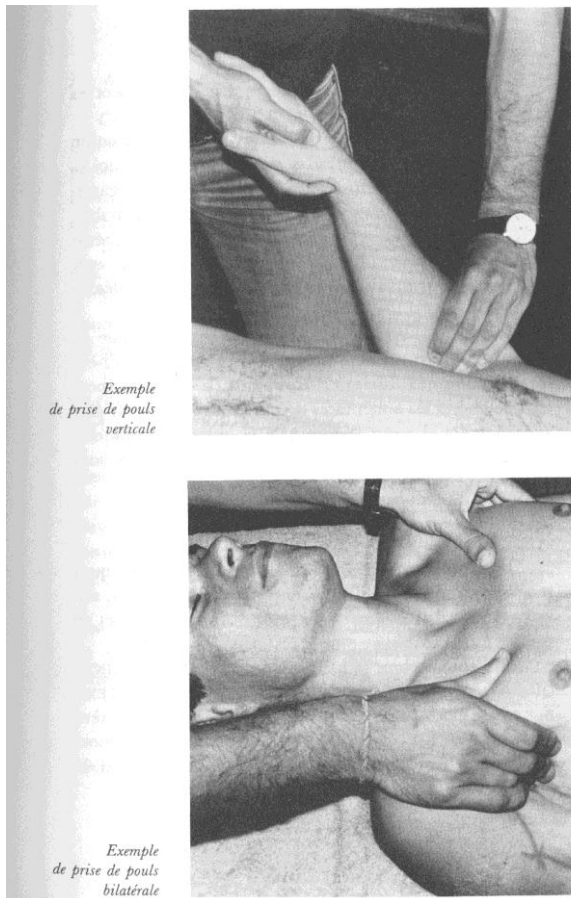
Lorsque aucune réponse n'est obtenue avant 7 secondes, cela indique une pathologie majeure, soit localement ou soit à distance (lésionnelle).

Lorsqu'une réponse est obtenue avec une apparition d'un pouls non équilibré avant 7 secondes, la pathologie est mineure et surtout d'ordre énergétique et fonctionnel.

Lorsqu'une réponse est obtenue avec une apparition d'un pouls équilibré avant 7 secondes, ceci indique un terrain sain et une vitalité satisfaisante.

Il est très important de ne jamais perdre le contact durant les 7 secondes d'appréciation car très souvent, à la suite de la vaso-dilatation réflexe sollicitée par la pression, apparaît une pulsologie anarchique qui, très rapidement, doit se rééquilibrer.

p.149



p.150

*Les adhérences :*

Toute artère doit être, au même titre que les os et les viscères, libre dans tous les plans de l'espace.

Le thérapeute doit avoir de cette artère une sensation de flottement, de souplesse et d'élasticité, sans quoi la structure même de cette artère s'en trouverait obligatoirement modifiée et irait vers une densification inévitable.

Ce phénomène est très souvent oublié par les thérapeutes, mais l'artère, par ses relations anatomiques avec les fascias, se trouve souvent limitée dans sa « malléabilité rythmique ».

Un lieu de prédilection souvent rencontré se situe au niveau de l'aorte abdominale qui, très souvent, adhère littéralement aux fascias environnants. Il est très important de libérer les adhérences de toutes les artères, et, plus spécialement, l'aorte abdominale et le tronc cœliaque.

Les changements de structure de ces artères sont généralement dus à ce phénomène d'adhérence.

*La qualité de la pulsologie :*

La pulsologie n'utilise pas les concepts symboliques rencontrés dans les médecines énergétiques orientales, son but étant le discernement entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Par convention, « LA NORMALITÉ EST ATTEINTE QUAND L'ONDE DE CHOC DEVIENT LENTE, DOUCE, FLEXIBLE ET GÉNÉREUSE. Ce qui est en dehors de ce critère est considéré pathologique et doit être ramené à la normalité par les outils offerts par la fasciathérapie et la pulsologie.

p.151

*Les désynchronisations :*

Ce temps est indissociable du précédent car, par exemple, si l'on exerce une pression bilatérale et simultanément, au niveau des deux creux poplités, un retard du temps de réponse du creux poplité droit indiquera une pathologie de ce même côté.

Il y a une désynchronisation possible dans la prise de pouls bilatérale indiquant une lésion homolatérale.

Il y a une désynchronisation possible dans la prise de pouls verticale renseignant si le point de ralentissement est sous ou sus-jacent.

Une désynchronisation est définie lorsque les ondes de choc successives ne sont pas au même rythme par rapport à l'artère homologue référentielle.

Il est également possible de rencontrer des désynchronisations au niveau d'une même articulation. Ainsi, par exemple, pour le creux poplité, un thérapeute expérimenté peut sentir sous ses doigts 5 ou 6 pouls désynchronisés ; ceci est dû à la grande vascularisation de cette région et aux nombreuses petites artères qui s'y trouvent.

Mais, d'une manière générale, il y a désynchronisation fréquente au niveau du creux poplité, entre la partie externe et la partie interne, correspondant à un schéma thérapeutique particulier.

A tous ces critères d'évaluation précités peuvent s'associer des données qui ont également leur importance. En effet, il existe très schématiquement trois qualités

p.152

de pouls similaires à ceux utilisés par les Orientaux sur lesquels il est possible d'associer un qualificatif supplémentaire (généreux, tremblant...). Il existe également des localisations électives sur lesquelles se figent certains profils psychologiques ; et, enfin, un phénomène indispensable pour affiner le diagnostic : la présence de couples artériels agissant par voie réflexe l'un sur l'autre.

*Les trois qualités de pouls :*

très superficiel, similaire au pouls yang ;

lent, doux, flexible, représentant le pouls neutre ;

rapide, plus profond, léger, mince, expression du pouls yin.

D'une manière générale, l'évaluation du pouls fait intervenir un qualificatif supplémentaire.

En fait, il y a autant de qualités de pouls qu'il y a de qualités d'homme :

- Il y a le pouls ample et généreux rempli de chaleur de l'homme vertueux.
- Il y a le pouls pincé et fuyant de l'homme égoïste et avare.
- Il y a le pouls rapide et tremblant de l'homme craintif et nerveux.
- Il y a le pouls muet de l'homme frustré.
- Il y a le pouls saccadé de l'homme culpabilisé. Et tant d'autres encore...

p.153

*Les localisations électives :*

Certains « types de choc » se fixent préférentiellement 'dans des zones spécifiques et, par voie de conséquence, entraînent un ralentissement de l'énergie qui anime le sang.

Cette recherche n'est encore qu'au stade de l'expérimentation. Toutefois, le système neuro-vasculaire n'est sûrement pas étranger à ce phénomène, notamment par sa dépendance avec les stress psychiques. Citons quelques exemples

- Une oppression psychique entraîne un point de ralentissement au niveau de la carotide et de l'artère sous-clavière.
- Les troubles sexuels engendrent des zones de ralentissement sanguin au niveau des artères iliaques et thyroïdiennes et du tronc cœliaque.
- Les troubles affectifs et le surmenage intellectuel entraînent un ralentissement au niveau des artères poplitées, de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque.
- Et enfin le « mal-être » engendre un ralentissement de l'énergie qui anime le sang au niveau du système mésentérique et du système porte.

Les couples artériels :

Il faut noter la présence de couples artériels car, en agissant sur une artère, une réaction réflexe s'effectue sur une ou plusieurs artères. Cette recherche est également

p.154

au stade expérimental, mais, d'ores et déjà, il est possible d'en donner quelques exemples :

- L'artère vertébrale agit par voie réflexe sur l'aorte abdominale et inversement.
- L'artère plantaire interne agit par voie réflexe sur l'artère pédieuse.

- L'artère carotide agit par voie réflexe sur l'artère iliaque.
- L'artère sous-clavière agit par voie réflexe avec l'artère iliaque, de même l'artère mammaire interne.
- Les artères axillaires et humérales agissent par voie réflexe sur l'artère fémorale.
- Le tronc cœliaque agit par voie réflexe sur le système porte.
- L'aorte abdominale agit par voie réflexe sur le système mésentérique.
- L'artère poplitée agit par voie réflexe sur l'artère ischiatique.

Il convient au thérapeute de constamment jongler entre ces différentes artères couplées, l'idéal étant bien entendu de travailler à deux, voire trois thérapeutes, afin que chacun d'eux puisse déclencher une réaction spontanée par des pressions manuelles appliquées directement sur l'artère considérée ou puisse déclencher une réaction provoquée en effectuant une libération artérielle indirectement par une normalisation des points de fixité fasciale et osseuse.

p.155

Ces couples artériels ont une importance capitale, car, en agissant sur une artère, une réaction réflexe s'effectue au niveau de l'artère couplée.

Ce phénomène est troublant bien que la mise en évidence soit facilement obtenue par la pulsologie.

Le Pr Lazorthes cite à propos de la diffusion des réflexes vaso-moteurs : « Le long des vaisseaux, de proche en proche, les réactions vaso-motrices s'étendent d'une artère ou d'une veine excitée ou lésée. Elles peuvent diffuser vers les artères ou les veines voisines. »

Par ailleurs, Stewart (1911) indique : « Si l'on réchauffe un membre, la vaso-dilatation apparaît dans le membre homologue. »

Ainsi, le réchauffement ou le refroidissement d'un membre provoque une réaction de même sens dans celui du côté opposé.

Et enfin, B. S. Ray et M. G. Wolff (1949) démontrent une éventualité de réaction à distance : « Une lésion périphérique, même microscopique, pas nécessairement située dans la sphère céphalique, peut provoquer une réaction vaso-motrice douloureuse des artères céphaliques. »

Le Pr Leriche, en 1948, précise : « L'excitation d'une artère donne parfois des irradiations curieuses : le pincement de l'artère thyroïdienne supérieure provoque une douleur dans les dents. »

Toutes ces expériences ne prouvent certes pas les interférences réflexes entre certaines artères réflexes couplées. Cependant, elles soulèvent le problème avec une vision différente et semblent être un début de compré-

p.156

hension à ce concept d'artères couplées. C'est sûrement en partant de la pathologie que l'on peut comprendre la physiologie.

LA PRESSION SIMULTANÉE DES ARTÈRES COUPLÉES PAR VOIE RÉFLEXE DOIT ÊTRE UTILISÉE DANS LE CADRE DU PROTOCOLE D'ACTION DE LA PULSOLOGIE, QU'ELLE SOIT À VISÉE DIAGNOSTIQUE OU CURATIVE.

La pression exercée sur une seule artère peut être également utilisée, mais cette pulsologie a une influence curative moins importante que la pulsologie couplée.

Les enchaînements :

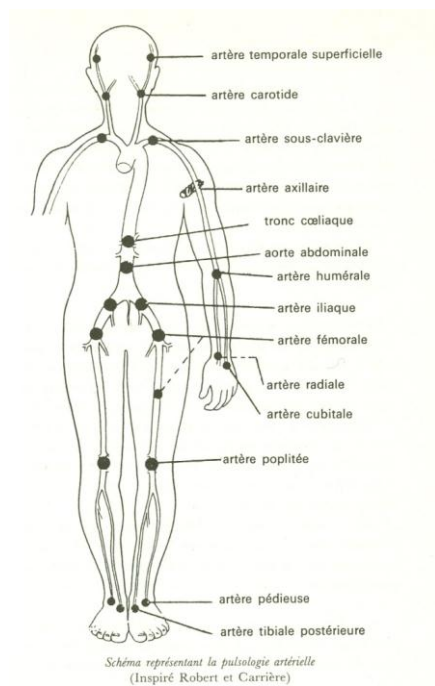
La pulsologie se fait selon deux approches suivant la pathologie. S'il s'agit d'un traumatisme physique récent, la pulsologie sera en priorité verticale et localisée. S'il s'agit d'une pathologie de terrain, la pulsologie sera en priorité transversale, puis verticale, afin d'effectuer une évaluation analytique.

La vocation de cet ouvrage est de brosser un tableau général de cette méthode. C'est pourquoi une évaluation générale dans le cadre d'une pathologie de terrain a été choisie.

EVALUATION GÉNÉRALE DANS LE CAS D'UNE PATHOLOGIE DE TERRAIN :

Cette évaluation fait intervenir un enchaînement spécifique. Il se fait de préférence de cette manière :

p.157



p.158

*a / Evaluation de l'aorte abdominale* (voir figure, page 165). — Cette artère est fondamentale car elle renseigne sur la qualité de la force vitale du sujet et la qualité de la circulation abdominale qui, rappelons-le, tient sous sa dépendance l'ensemble de la circulation générale. Elle renseigne également sur l'état cardio-vasculaire et digestif.

Cette artère est très souvent densifiée et adhérente ; il convient impérativement de tester sa mobilité dans l'espace.

*b / Evaluation du tronc coeliaque* (voir figure, page 165). — Cette artère est souvent silencieuse en raison de son intime relation avec le plexus solaire et le diaphragme thoracique. Elle renseigne sur l'état neuro-végétatif du sujet, sur les troubles psychiques (angoisse, affectivité).

Elle reflète un déséquilibre vasculaire du foie, de l'estomac, de la rate ou du pancréas. Et, enfin, elle renseigne sur la mobilité rythmique du diaphragme thoracique et sur l'état de la circulation du système artério-veineux du compartiment thoracique.

A ce niveau, il existe très fréquemment, dans la prise de pouls vertical, une désynchronisation avec l'aorte abdominale qu'il faut prendre tout particulièrement en considération.

*c / Evaluation bilatérale des artères fémorales et iliaques.* — Cette artère permet d'analyser la qualité du passage du sang entre le tronc et les membres inférieurs

p.159

et renseigne sur la circulation du bassin et l'état gynécologique.

Sur un point de vue osseux et fascial, une mauvaise pulsologie, à ce niveau, indique le plus souvent la présence d'un poétisme et une contracture du muscle iliaque. Et, enfin, elle reflète une lésion sacro-iliaque ou ilio-sacrée (lésion iliaque antérieure avec une symphyse pubienne postéro-inférieure).

*d / Evaluation bilatérale des artères poplitées dans le creux poplité.* — Elle met en évidence l'état vasculaire et enfer-`que des membres inférieurs.

Si la pulsologie n'apparaît pas dans la partie interne, pourrait indiquer un facteur compressif au niveau l'artère ischiatique ou au niveau de l'artère tibiale postérieure et de l'artère plantaire interne. Dans ce cas, il a probabilité de lésions sacro-iliaques ou astragalocalcanéennes.

Si la pulsologie n'apparaît pas dans la partie externe creux poplité, cela pourrait indiquer un facteur comssif au niveau des artères circonflexes, lombaires, tibiales antérieures et au niveau du tronc tibio-péronier de l'artère pédieuse. Dans ce cas, il y a probabilité de lésions de l'acétabulum, sacro-iliaques, lombaires, pyramidales et péronéo-tibiales.

Si la pulsologie n'apparaît pas dans la partie médiane eu massivement, il y a probabilité de lésions ostéopathiques du genou et, plus particulièrement, une lésion postérieure du tibia.

Une telle évaluation permet de déceler une lésion soit

p.160

sus-jacente au genou, soit sous-jacente. En effet, si l'artère pédieuse est synchrones avec l'artère poplitée, la lésion sera sus-jacente. Dans le cas contraire, la lésion sera sous-jacente.

*e / Evaluation des deux artères pédieuses.* — Elle permet d'évaluer la bonne intégrité du système vasculaire et énergétique de la jambe et du pied.

Sur un point de vue osseux et fascial, elle indique des possibilités de lésions tibio-tarsiennes (tibia antérieur) et des lésions d'un cuboïde haut ou bas et tibioastragaliennes. Les lésions des cunéiformes doivent également attirer l'attention.

*f / Evaluation bilatérale du tronc artério-veineux dans l'espace sus-claviculaire.* — Elle permet d'évaluer la sous-clavière, le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive.

A partir des réponses obtenues, une enquête sera effectuée, analytiquement, soit au niveau du cou, soit au niveau du dôme pleural.

La prospection inférieure permet de mettre en évidence l'intégrité de l'anneau thoracique, des six premières côtes, de la clavicule et des vertèbres dorsales supérieures.

La prospection supérieure permet d'évaluer l'intégrité des fascias de la région du cou en prospectant successivement les carotides, le sinus carotidien au niveau de C4 (grand centre thérapeutique), l'artère vertébrale couplée avec l'aorte abdominale, l'artère temporale couplée avec l'artère vertébrale.

p.161

Cette évaluation, d'une manière générale, permet de remettre en évidence l'état neuro-végétatif du patient en n de sa proximité avec les ganglions cervicaux, per-également de déceler des lésions cervicales et crânien-et, enfin, permet de prospector l'état de la glande thyroïde, l'état du fascia endothoracique et le système neuro-vasculaire et pulmonaire.

*g / Evaluation bilatérale de l'artère axillaire dans le creux axillaire.* — Elle met en évidence l'intégrité de l'aponévrose clavi-pectoroaxillaire, reflétant les lésions de l'ensemble articulations de l'épaule.

Toutefois, une mauvaise pulsologie, à ce niveau, peut être une oppression de l'artère sous-clavière avec une pathologie claviculaire, costale supérieure et une pathologie fasciale du grand et petit pectoral et du grand dorsal

Elle peut être également le reflet d'une pathologie cardiaque, gastro-intestinale et pulmonaire.

*h/ Evaluation de l'artère humérale dans la saignée du coude.* Tout comme le genou, le coude est le point de balance un lemnicate. Il est donc un carrefour important ; la ture de cette région se fait soit localisée afin de mettre en évidence une pathologie propre aux différentes articulations du coude, soit associée avec les artères cubitales, et radiales situées dans la saignée du poignet. Il s'agit là d'une prise de pouls verticale consistant à déceler une éventuelle désynchronisation des différents pouls sus-jacents ou sous-jacents.

Dans le cas où il y aurait une dissociation du pouls

p.162

entre l'artère humérale et l'artère axillaire, cela indiquerait une lésion intermédiaire, située, en priorité, dans les zones d'alarme précitées dans l'étude du fascia des membres.

Dans le cas d'une désynchronisation entre l'artère humérale et les artères radiale et cubitale, cela indiquerait une pathologie intermédiaire dans les zones critiques déjà décrites.

*i / Evaluation de l'artère radiale et cubitale à la saignée du poignet.* — Elle nous offre le moyen de déceler l'activité circulatoire et énergétique du membre supérieur. Elle indique également l'état de tous les fascias du membre supérieur, du poignet et de la main et des articulations de toute la partie distale du bras.

Tout comme le pied, les artères digitales et toutes les artères de petit calibre doivent faire l'objet d'une attention particulière, car de nombreuses artères perforent les différentes aponévroses de la main et du pied (se référer aux zones critiques déjà décrites).

Dans tous les cas, l'onde de choc de l'activité énergétique du sang doit être perçue jusqu'aux confins des extrémités de notre organisme. Dans le cas contraire, cela indiquerait un déficit énergétique très important de l'ensemble des organes.

*j / Evaluation des artères carotides et vertébrales et de certaines artères du crâne.* — L'évaluation des artères carotides se fait facilement. La carotide primitive se palpe à la base du cou, dans la partie antérieure, la carotide externe

p.163

s'étend de la bifurcation de la carotide primitive jusqu'à 5 cm au-dessus de l'angle de la mâchoire où elle se divise en ses branches terminales, la temporale superficielle et la maxillaire interne.

La carotide externe donne, par ailleurs, des branches collatérales très importantes, car certaines d'entre elles peuvent être évaluées par la pulsologie. Il s'agit de l'artère thyroïdienne supérieure, de l'artère faciale et de l'artère occipitale.

Il convient impérativement de tester la carotide externe, l'artère temporale superficielle, l'artère faciale et l'artère occipitale. Ces artères sont généralement emprisonnées dans les fascias du cou et du crâne. L'artère temporale superficielle est facile à déceler par une pulsologie directe ; l'artère faciale demande une perception très fine. Quant à l'artère occipitale, le thérapeute n'en perçoit que l'onde de choc.

Une absence de pouls de la carotide externe indique une pathologie cervicale et surtout aponévrotique et un déséquilibre neuro-végétatif.

Une absence de pouls de l'artère thyroïdienne supérieure indique une pathologie de la glande thyroïde. Cette artère est perçue par son onde de choc.

Une absence de pouls de l'artère faciale indique une pathologie des fascias de la face et une pathologie des maxillaires.

Une absence de pouls de l'artère temporale superficielle indique une pathologie de l'os temporal et de l'articulation temporo-mandibulaire et une lésion au niveau du pivot sphéno-squameux.

p.164

Une absence de pouls au niveau de l'artère occipitale indique une lésion occipito-mastoïdienne et une lésion occipitale.

Une absence de pouls de l'artère angulaire, au niveau de l'angle interne de l'œil, signifie une pathologie ostéopathique au niveau de la crista galli, au niveau de la branche ascendante du maxillaire supérieur et une pathologie nasale et oculaire. Elle indique également une altération rythmique de l'articulation fronto-nasale.

D'une manière générale, une absence de pouls de l'artère angulaire reflète un terrain propice aux sinusites et rhumes.

L'absence de pouls de l'artère carotide interne indique une pathologie des fascias de la région cervicale, des vertèbres cervicales, une oppression au niveau du canal carotidien et du sinus caverneux et, enfin, elle indique une altération du contenu de l'orbite par l'intermédiaire de l'artère ophtalmique.

Cette chronologie, dans les enchaînements, est surtout utilisée afin d'avoir rapidement une cartographie générale de l'ensemble du système artériel. Lorsqu'un pouls, lors de son évaluation, n'entre pas dans les critères de normalité, il convient alors de prospecter analytiquement la région se trouvant en relation étroite avec le pouls pathologique. Cette prospection analytique consiste à évaluer les différentes altérations rythmiques, énergétiques, liquidiennes, membraneuses et osseuses, inévitablement associées. LE RETOUR À LA NORMALITÉ DU POULS CONSIDÉRÉ INDIQUE LA NORMALISATION DE TOUS LES PARAMÈTRES.

p.165



*Prise de pouls  
de l'aorte abdominale  
et du tronc cœliaque*

p.166

#### D / PERCEPTION DES RYTHMES INHÉRENTS DE NOTRE ORGANISME

Cette perception s'intéresse aux rythmes inhérents de l'organisme, ultime manifestation de la motilité oscillatoire cellulaire, du mécanisme respiratoire primaire, des trois diaphragmes et de l'activité intime des fascias. Tout point de fixité est synonyme de pathologie. Il convient de rechercher les différentes désynchronisations rythmiques responsables de l'agonie des tissus.

Dans tous les cas, cette recherche doit apparaître, chronologiquement, après celle de la pulsologie. Dans le chapitre consacré tout particulièrement à l'activité rythmique involontaire de notre organisme, chacune de ses expressions ont été exprimées.

##### *a / Evaluation de la motilité oscillatoire cellulaire :*

Cette évaluation est la plus subtile de toutes les évaluations, car elle est l'expression de l'activité énergétique cellulaire et forme le corps énergétique, invisible à nos yeux physiques. Elle est également le reflet de l'onde électromagnétique ou aura bio plasmatique connue classiquement.

Cette motilité oscillatoire cellulaire s'exprime sous forme de « respiration cellulaire » perçue en tant que dilatation et rétraction du corps énergétique, perçue sous forme de courants, de vides ou de trop-pleins, de chaleur, de froid, et, enfin, perçue sous forme de couleurs.

p.167

Il convient de percevoir toutes ces activités subtiles ; ceci requiert un feeling particulièrement développé, car il n'est pas simple de quantifier les différentes dysharmonies rythmiques, les localisations des traits de fractures du corps entérique et les éventuelles malpositions du corps énergétique par rapport au corps physique ; et, enfin, d'observer les yeux fermés, avec le cœur entrouvert, la merveilleuse mutation des phénomènes vibratoires en une subtile couleur, la couleur indiquant souvent l'état de santé de l'organisme et de ses différents organes. Comme la flamme engendre la lumière, la lumière engendre les couleurs. Rien ne peut plus profondément émouvoir l'observateur privilégié. Les couleurs naissent d'ondes lumineuses, espèce particulière d'énergie électromagnétique.

A ce propos, Osty, après ses expériences avec Schneider, cite : « Le corps humain est un réservoir et un transformateur d'énergie, il n'est rien d'autre qu'une transformation de l'énergie en réserve dans les tissus. » Et, enfin, dans le but de sécuriser les ostéopathes « structurels », il convient de citer une des plus grandes praticiennes de l'ostéopathie, Viola Frymann : « Les étudiants des écoles ostéopathiques seront jugés non seulement pour leur intérêt, leur sérieux académique et leur aptitude, mais surtout pour leurs qualités inhérentes de sensibilité. L'étudiant aura des mains sensibles, capables de détecter l'état de santé par la sensation des tissus, l'activité des énergies dans le corps, la mobilité des fluides. L'étudiant doit être également capable d'avoir une vision pénétrante pour voir à l'intérieur du corps et établir le diagnostic par

p.168

un regard transparent, direct sur la couleur et la vitalité. Et, enfin, la vision de l'étudiant doit être suffisamment développée pour percevoir les champs d'énergie autour de ses patients et, de cette façon, évaluer les conditions émotionnelles, mentales et spirituelles qui soulignent les mots qui le présentent. »

Ceci est indéniable, l'ostéopathie devrait être une thérapeutique complète, si l'on s'en réfère à Viola Frymann.

Quant à la fasciathérapie et à la pulsologie, elles ne peuvent exclure de leur champ d'application toutes les manifestations, aussi subtiles soient-elles, de l'organisme.

Pour parvenir à cette fin, l'écoute se fait uniquement en contact avec la structure énergétique ; elle nécessite une disponibilité totale afin de percevoir les ondes de choc à distance du système artériel, les résistances de l'enveloppe énergétique émanant de l'organisme. Cette qualité d'écoute peut faire intervenir la pulsologie effectuée à distance consistant à ressentir l'activité pulsatile et rythmique de l'organisme du patient à travers la perception du propre pouls du thérapeute. D'une manière générale, il existe également un enchaînement chronologique précis et notamment au niveau des chakras. Il est souhaitable de toujours évaluer l'activité énergétique de ces centres d'une manière couplée. Ainsi, l'évaluation fait intervenir le protocole d'action suivant :

Cœur/troisième œil ;

cœur/thyroïde ;

Cœur/pinéale ;

cœur/plexus solaire ;

p.169

cœur/bassin ;

et, enfin l'enchaînement vertical: bassin/plexus solaire/cœur/thyroïde/troisième œil/pinéale. Chaque appréciation se fera en couple.

Cette appréciation se fait toujours à partir du cœur vers les autres chakras, pour une raison très simple déjà exprimée dans le chapitre réservé à la MOC. Le noyau vibratoire du cœur non physique orchestre une activité oscillatoire cellulaire s'étendant à l'ensemble des cellules de notre organisme, et, d'autre part, tous les chakras sont contenus dans le chakra du cœur, lorsque celui-ci est totalement ouvert.

Cette évaluation énergétique a été volontairement esquissée, tant ce domaine est vaste à décrire. Il existe, par ailleurs, d'innombrables méthodes consistant à palper l'activité inhérente des corps subtils. Cette introduction très brève sert en fait à dénoncer le phénomène suivant : LÀ OÙ L'ARTÈRE NE PRÉSENTE PAS UNE PULSOLOGIE DIRECTE NORMALE, LA PERCEPTION À DISTANCE DE L'ÉMANATION ÉNERGÉTIQUE EST NULLE OU PRATIQUEMENT NULLE ; LA VISION DE LA COULEUR LAISSE PERCEVOIR UNE COULEUR DE TAUX VIBRATOIRE BAS ET DES COURANTS GÉNÉRALEMENT FROIDS. UNE FOIS LA NORMALISATION ARTÉRIELLE OBTENUE, LES CRITÈRES PRÉCITÉS REDEVIENNENT NORMAUX.

*La recherche de la qualité de la force vitale :*

De cette qualité dépendra l'efficacité du traitement. Plus la force vitale est importante, plus la réponse cura-

p.170

tive est rapide. Cette force vitale s'explore en évaluant la qualité de réponse à la stimulation digitale des mouvements mineurs involontaires, le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, et, enfin, la qualité énergétique dans le sens acuponctura du terme.

En ce qui concerne la qualité de réponse à la stimulation digitale, la force vitale s'exprimera entre le moment de la fuite dans l'espace intemporel de l'os ou de la matière à traiter et celui du retour. Autrement dit, à chaque stimulation digitale, le fascia, la vertèbre ou l'organe échappe à notre contrôle comme si il ou elle disparaissait dans un espace inconnu, puis réapparaissait sous nos doigts, au bout d'un laps de temps indéterminé. Un thérapeute digne de ce nom doit être capable de pénétrer dans cette sphère indéterminée et d'accompagner, de sa présence sereine, ce voyage, et d'en évaluer les subtilités. Par convention, la qualité de la force vitale est proportionnelle à la durée du temps qui sépare la stimulation de la fuite de l'organe du fascia ou de l'organe testé, et le retour de son activité rythmique perçue sous nos doigts.

Plus le retour est lent, ou plus la réponse à la stimulation est nulle, moins la force vitale est importante.

Il convient également de percevoir, outre la durée du voyage, la puissance de retour.

En ce qui concerne le temps et la qualité de réponse au niveau de la pulsologie artérielle, la force vitale est également dépendante de sa rapidité de réponse, car plus la pulsologie apparaît rapidement, lorsqu'elle a été

p.171

sollicitée par une pression, meilleure est la force vitale du sujet.

Par convention, lorsqu'une réponse est obtenue avec une apparition d'un pouls équilibré avant 7 secondes, ceci indique un terrain sain et une vitalité satisfaisante.

La force vitale est évaluée au niveau de l'aorte abdominale et du creux poplité. Ainsi, une aorte abdominale muette, c'est-à-dire inexistante, est le signe d'un état de fatigue profond. Une artère poplitée muette indique un déséquilibre énergétique entre le haut et le bas, généralement dû à une hyperactivité cérébrale. Il est bon de rappeler, à ce propos, l'effet de balance du sang, ce dernier allant, tout naturellement, vers les organes en fonction (le cerveau utilise 20 % de l'oxygène total bien que pesant 2 % de tout le poids du corps).

En ce qui concerne la qualité énergétique dans le sens acuponctura du terme, elle s'exprime également à travers l'apparition d'un pouls, non pas uniquement au niveau du pouls radial, mais au niveau des trajets de tous les méridiens. Ainsi, par exemple, le méridien gros intestin sera évalué dans l'espace compris entre le pouce et l'index. Les critères de qualité de cette pulsologie sont identiques à ceux utilisés dans la pulsologie artérielle, mais, cette fois-ci, le but n'est pas de créer une vasodilatation réflexe, mais d'évaluer la qualité du passage énergétique dans les méridiens par une perception digitale dont la pression est très fine.

Autres exemples : l'artère radiale va indiquer la qualité du méridien poumons, l'artère cubitale va évaluer le méridien du cœur, l'artère faciale va évaluer le méridien de l'estomac, etc.

p.172

LE VÉRITABLE FASCIATHÉRAPEUTE ET PULSOLOGUE DOIT ÊTRE EN MESURE DE PERCEVOIR TOUTES CES SUBTILITÉS ET ÊTRE CAPABLE DE LES EXPLOITER AU MAXIMUM.

DURANT LA FUIITE INTEMPORELLE DE LA MATIÈRE A' TRAITER, SOLLICITÉE PAR LA POUSSÉE MANUELLE ET MEN-TALE DU THÉRAPEUTE, LE PATIENT EST CONFRONTÉ A SON DÉSIR PROFOND D'AFFRONTER SA PERSONNALITÉ AUTHENTIQUE ET SON DÉSIR PROFOND DE FUIR.

*b / Evaluation de l'activité rythmique des fascias et des mouvements mineurs involontaires osseux:*

L'activité manifestée par la vie intime des membranes et des fascias et celle manifestée par la mobilité rythmique des mouvements mineurs involontaires osseux sont la conséquence du mécanisme respiratoire primaire, ce dernier étant lui-même sous la dépendance de la MOC.

*Ecoute pure de l'activité des fascias :*

En fait, il existe plusieurs formes d'écoute, une écoute méditative neutre, une écoute amplificatrice semi-active et enfin une écoute directionnelle active.

Chacune de ces écoutes est électivement utilisée en fonction des différentes catégories de fascias, le fascia superficialis, le fascia principal ou superficiel, le fascia axial profond et le fascia dure-mérien.

— L'écoute méditative neutre est surtout utilisée dans l'évaluation du fascia superficialis et dure-mérien.

p.173

Le thérapeute est entraîné dans le tourbillon infini de l'activité des fascias sans projeter la moindre pensée directrice, son but étant d'indiquer la direction et la localisation de certaines adhérences et la direction et la localisation du point de ralentissement.

Dans ce cas, toutes les sensations de mouvement sont permises. En réalité, quelle que soit l'écoute utilisée, la matière testée se dirige spontanément toujours dans le sens de sa lésion.

Cette qualité d'écoute est généralement utilisée par les ostéopathes « fluidiques ». Cependant, elle n'est pas suffisante ; généralement même, le risque d'entraîner le thérapeute dans un véritable cercle vicieux, dans un « voyage monotone », n'est pas exclu, un point de ralentissement succédant à un autre point de ralentissement. Mais plus grave encore est cette perte énergétique considérable nécessaire à une telle écoute.

C'est pourquoi l'écoute de la vie intime des fascias doit se faire dans un délai très bref. Il faut savoir mettre un terme à cette lecture. De toute façon, d'une manière générale, la première sensation, le premier mouvement, la première envie de... indiquent, dans la grande majorité des cas, le sens de la lésion. Toutefois, cette écoute a le mérite d'évaluer la qualité de la « malléabilité respiratoire » de l'ensemble des fascias apparaissant en permanence dans « le cœur de la main » sous forme de pompes rythmiques selon un rythme respectant l'activité de la motilité oscillatoire cellulaire. Une

dysharmonie rythmique à ce niveau aboutirait, inévitablement, à une modification de la structure se manifestant sous forme de

p.174

densification, d'adhérence et de sensation d'éponge sèche (voir figure, page 176).

— L'écoute amplificatrice semi-active est surtout utilisée dans la lecture du fascia principal et parfois du fascia axial profond. Elle demande, pour parvenir à cette qualité d'écoute, de s'intégrer à la vie intime des fascias afin d'exercer un compromis en sollicitant ces fascias à aller profondément dans le sens de leurs lésions. Cette écoute a le mérite d'indiquer, d'une manière plus analytique, le sens de la lésion. Ce diagnostic palpatoire fait intervenir une participation active de la part du thérapeute, en exilant la pensée dans la vie intime du fascia. En réalité, cette forme de perception est impossible, si le thérapeute n'a pas créé la véritable osmose et ne connaît pas le langage du tissu. Il s'agit là d'un véritable dialogue de mise en confiance qui permet au praticien d'accélérer, d'amplifier l'envie de... en demandant la permission au tissu d'accepter cette sublime promenade.

Une telle promenade est également permise avec le fascia dure-mérien. En fait, il s'agit, pour le thérapeute, de créer une stimulation suscitant le voyage. Dès lors, il lui suffit d'amplifier respectueusement l'aller et de respecter scrupuleusement le retour.

Il ne faut pas également limiter ce voyage en prenant uniquement les « rails physiologiques » ; ce serait même une erreur que de penser cela, à l'image du skieur qui se propulse sur les rails de son tremplin et poursuit son voyage en dehors de celui-ci ; grâce à cette impulsion, le fascia connaît le même phénomène et se trouve suspendu

p.175

dans un monde intemporel. Cet instant est crucial, car le thérapeute va suivre et accompagner ce voyage au-delà de ses mains, c'est-à-dire avec sa pensée (voir figure page 177).

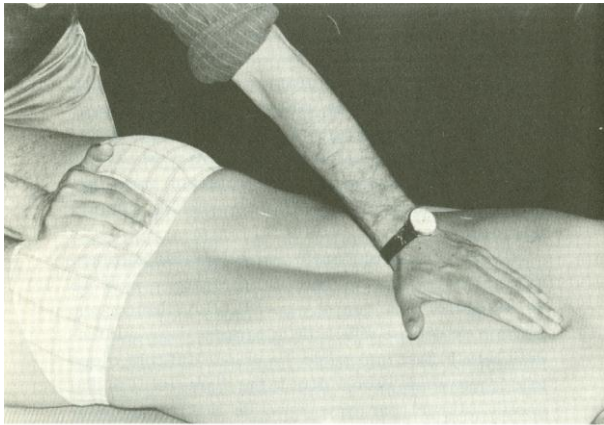
— L'écoute directionnelle active est utilisée dans la lecture du fascia axial profond et du périoste. Paradoxalement, plus l'écoute est active, amplificatrice, plus elle est difficile à acquérir. Une telle déduction est pour le moins surprenante et sûrement contradictoire à la conception admise classiquement. En effet, bon nombre de praticiens considèrent l'écoute neutre comme étant l'étape ultime de la perception. Certes, la neutralité est une étape intéressante, mais l'action dans la neutralité est encore plus subtile. Cette nuance est infime et plus les phénomènes sont infimes, plus grands sont les bras de leviers. Il y a la pensée qui élabore et le souffle de la pensée qui transforme l'inanimé en animé. Il n'est pas certain qu'une telle nuance soit perçue par tous, mais l'impact existant à ce niveau fait la qualité de l'impact thérapeutique.

Cette écoute directionnelle active demande une identification et une osmose totale du thérapeute avec la vie de ces fascias, sans quoi il y aurait inévitablement une réaction de défense réflexe de la part des tissus qui rendrait cette lecture impossible. La grande difficulté d'une telle écoute réside surtout dans le fait d'anticiper son diagnostic manuel par cette sorte de perception extra-sensorielle qui consiste non plus à accompagner l'envie de..., mais à la deviner.

p.176

Par ailleurs, cette écoute a le mérite d'être très rapide et curative, contemporanément au diagnostic (voir figure, page 178 = Ecoute méditative neutre et normalisation du fascia superficialis)).

En fait, quelle que soit l'écoute utilisée, elle possède toujours une action curative. Tout dépend de l'investissement du thérapeute. Il semble difficile de dissocier diagnostic et thérapeutique, car le fait d'observer influence déjà la matière à traiter. Ce qui a été écrit dans le vécu des différentes écoutes s'avère également vrai lors des différentes approches curatives.

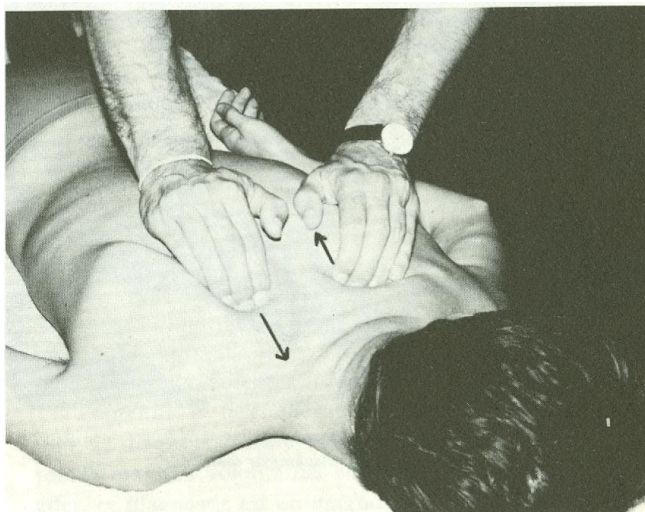


*Ecoute méditative neutre  
et normalisation du fascia superficialis*

p.177

L'écoute et la normalisation se font simultanément ; elles consistent à suivre le tourbillon infini des fascias. Les deux mains du thérapeute sont toujours en mouvement et créent deux pôles d'action.

Par ailleurs, cette prise peut également faire l'objet de micropompages du sacrum et de la région lombaire en suivant le rythme de la MOC. Et, enfin, elle peut également assurer une normalisation sensorielle et fluïdique.

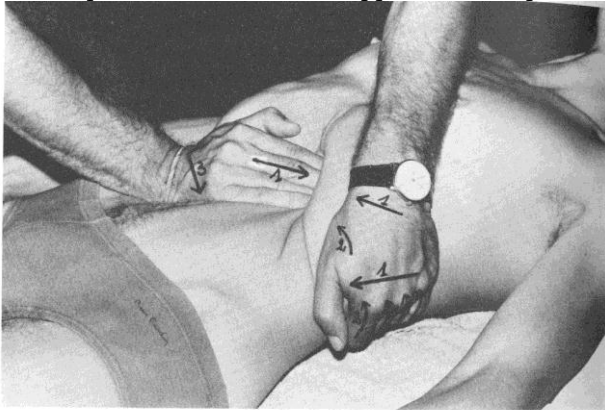


*Ecoute amplificatrice semi active  
et normalisation du fascia superficiel*

Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum, ce qui implique obligatoirement un couple de force. Une fois la mise en

p.178

tension obtenue, le praticien demande au patient un temps respiratoire, dans le cas où la force vitale n'est pas suffisante. L'appui est profond et suit scrupuleusement l'envie de...



*Ecoute directionnelle active  
et normalisation du diaphragme thoracique*

Là encore, il convient d'isoler la sensation d'élasticité ; la direction de la pression anticipe l'envie de... Dans un premier temps, le thérapeute coulisser sa main profondément sous le grill costal à la recherche de points de fixité ou d'adhérences. Dans un deuxième temps, de l'autre main, il entraîne les basses côtes en bas, puis en

p.179

dedans, favorisant ainsi à la main située sous le grill d'aller plus profondément. Une fois la mise en tension obtenue, le thérapeute demande au patient d'effectuer de petits temps respiratoires. Le diaphragme ainsi effectuée un pompage. Dans l'expiration, le thérapeute enfonce un peu plus profondément sa main. Dans l'inspiration, il la maintient. Il agit ainsi sur l'ensemble du diaphragme. Une manœuvre identique est utilisée pour le pompage du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas et de la rate. Il faut préciser : les extrémités des doigts de la main située sur le grill costal exercent un appui sur le ligament cintré, tandis que la paume de la main située sous le grill costal exerce des pressions alternées sur le système vasculaire mésentérique, aorte abdominale et artère iliaque.

*Evaluation des mouvements mineurs involontaires :*

Il y a une très grande similitude à ce niveau avec le diagnostic utilisé par l'ostéopathie ; c'est pourquoi le fasciathérapeute étudie toute la physiologie et la pathologie ostéopathique, crânienne et générale.

Toutefois, la fasciathérapie a éliminé toutes les formes de diagnostic utilisant la participation des mouvements majeurs volontaires effectués par le patient. En effet, ce diagnostic est un diagnostic structural par opposition au diagnostic fonctionnel et ne reflétant pas, par conséquent, obligatoirement, la physiologie propre au patient et à son vécu.

Les différentes formes d'écoute précitées lors de l'écoute des fascias sont utilisées dans leurs principes profonds.

p.180

*Toutefois, il convient d'y ajouter trois catégories d'écoute spécifiques à l'étude de la mobilité rythmique des mouvements mineurs involontaires, à savoir : l'écoute fonctionnelle, l'écoute sensorielle et l'écoute fluïdique.*

— L'écoute fonctionnelle nécessite le même état d'esprit utilisé lors de l'écoute amplificatrice semi-active et l'écoute directionnelle active. Elle s'adresse à l'ensemble des articulations du corps, que ce soit des articulations crâniennes, vertébrales ou des membres.

L'intérêt de cet examen palpatoire est qu'il s'adresse à l'existence des mouvements mineurs involontaires dans ses paramètres de mobilité, dans leur fréquence et dans leurs rythmes.

Par définition, l'écoute fonctionnelle est un test d'écoute utilisant une contre-force fixe d'une main, tandis que l'autre main est opérationnelle activement, testant les mouvements dans les trois plans de l'espace et selon les axes référentiels classiques.

La vocation de cet ouvrage n'est pas d'expliquer la physiologie ostéopathique, mais seulement ses concepts.

Les paramètres de mobilité des vertèbres utilisent les principes des lois de Fryette à savoir FSR et ERS :

F =	flexion	E =	extension
S =	latéralité	R =	rotation
R =	rotation	S =	latéralité

FSR appartient à la première loi de Fryette ; il s'agit d'une lésion de groupes (scoliose). Ce qu'il faut retenir impérativement, c'est l'existence d'une chronologie

p.181

d'apparition dans ses mouvements ; c'est-à-dire S apparaît avant R et enfin R tourne dans la convexité.

ERS appartient à la seconde loi de Fryette ; il s'agit d'une lésion traumatique ; la chronologie d'apparition est R avant S ; la rotation se fait du côté de la concavité.

Ces données physiologiques très succinctes diffèrent au niveau cervical ou dans certains cas pathologiques spécifiques. Il faut seulement en retirer le principe général afin de mieux comprendre le concept suivant : la première envie de... indique le sens de la lésion.

Ainsi, si sous les doigts du thérapeute S s'exprime en premier, il y a probabilités de lésions en FSR. En revanche, si R apparaît en premier, la lésion sera probablement en ERS.

Il y a bien évidemment des exceptions à cette règle, le but étant de faire comprendre l'approche et le principe d'un tel diagnostic. Mais, quoi qu'il en soit, le geste correcteur devra suivre la chronologie de l'apparition du message.

En fait, il s'agit d'une perception subtile consistant à percevoir un mouvement infiniment mineur situé à la limite du subjectif et de l'objectif.

Au niveau des autres articulations et notamment des grosses articulations des membres, la même approche est utilisée, mais cette fois sans les lois de Fryette. A ces différents niveaux, la rotation prime sur les autres paramètres. Toutefois, il convient de tester tous les paramètres, tout en prenant soin également de la chronologie d'apparition.

p.182

— L'écoute sensorielle utilise une approche identique à celle de l'écoute méditative neutre. Cette fois, le test d'écoute utilise une contre-force fixe d'une main, tandis que l'autre main enregistre passivement l'envie d'aller de l'os ou de la matière à traiter. Cette forme de diagnostic ne se fait plus selon les axes référentiels, car l'os (est complètement dépendant de l'état tensionnel des fascias. Aussi, toutes sortes de sensations peuvent être enregistrées et se situent par conséquent en dehors des grands principes de la biomécanique ostéopathique.

— L'écoute fluidique est le reflet exact de l'écoute méditative neutre, mais, cette fois-ci, il n'y a plus de contre-prise ; elle consiste à enregistrer les mouvements de « godille des os » et l'activité de la MOC. Cette perception est très qualitative et enregistre la chaleur, la malléabilité et la fluidité de l'os.

L'ensemble de ces différentes écoutes peut être utilisé selon un système lemniscatoire. Il convient alors d'aborder le lemniscate vertébral de Martin Dale, véritable lemniscate de compensation structurelle. Une telle théorie considère l'occiput, le sphénoïde et l'ethmoïde comme étant des vestiges de trois vertèbres. Il faut, dès lors, compter les vertèbres du corps de la façon suivante : 3 crâniennes, 7 cervicales, 12 dorsales, 12 thoraciques, 5 lombaires, 5 sacrées et 5 coccygiennes, ce qui fait un total de 49.

Si l'on prend D9 comme point de balance du lemniscate vertébral, cela fait 24 vertèbres au-dessus et 24 vertèbres au-dessous. Toute vertèbre située au-dessus de D9

p.183

retrouvera, par ce phénomène lemniscatoire, sa compensation vertébrale en dessous. Ainsi, D1 correspond à L5, D2 à L4, D3 à L3, D4 à L2, etc.

Il existe également un autre lemniscate établissant des relations sensorielles dit lemniscate de Mac Connel. Ce lemniscate est centré sur C7/D1, on a :

C6 =	D2 =	8
C5 =	D3 =	8
C1 =	D7 =	8
Occiput =		D8
Sphénoïde =		D9

Par rapport à L1/L2 pris comme point de balance, on a :

D12 = L3

D11 = L4

D10 = L5

D9 = S1

En fait, il existe une multitude de théories. Si elles ne sont pas inexactes, elles n'en sont pas pour autant toujours exactes. Une théorie, quelle qu'elle soit, est toujours rigide, indispensable aux esprits rigides. En fait, elle essaie toujours de suppléer les déficiences intuitives. Mais, en aucun cas, elle ne peut se substituer à cette connaissance directe.

Dans notre jargon profond, il serait dit : « C'est mieux que rien. » Dans notre langage emphatique, il serait dit : « Si vous pouvez, sans le savoir, obtenir d'excellents résultats, votre voie est de ne pas savoir ; mais si, de votre absence de science, vous ne réussissez pas,

p.184

vous devez essayer de vous instruire. » La même différence se situe dans les termes « initiation » et « instruction » ou « connaissance » et « savoir ». Il ne s'agit pas de rejeter toutes les théories, car elles sont vraies par l'idée générale qui s'en dégage, et fausses par les détails qui s'y ajoutent. Autrement dit, cela signifie utiliser (un concept et enregistrer avec votre cœur.

A ce propos, Still dit : « L'ostéopathe qui réussit le mieux est celui qui puise sa connaissance dans la nature. »

Quoi qu'il en soit, le phénomène lemniscatoire existe. Chaque partie du corps possède quelque part dans l'organisme son homologue. Ceci implique de chercher, de trouver et de normaliser. Les surprises sont innombrables ; c'est pourquoi il convient de décrire une certaine ligne de conduite. C'est la raison pour laquelle ce livre a été écrit ; mais tout en sollicitant un protocole d'action, il doit susciter à l'intérieur du futur thérapeute une liberté d'action sans limite. Ceci signifie la nécessité de construire ses propres critères référentiels à partir d'une théorie.

Ainsi, le fasciathérapeute et pulsologue doit mener conjointement une vie intérieure lui permettant d'expérimenter et un savoir intellectuel lui permettant d'expliquer.

#### *Perception du point d'immobilité*

Cette recherche du point d'immobilité justifie ce recul décrit envers les théories, ce point reflète une liberté

p.185

osseuse dans tous les paramètres de mobilité. Dans le cas contraire, il s'agit d'un signe pathologique. Il n'existe pas de moyen plus efficace pour abandonner le champ de cohérences rationnel et les théories qui en émanent.

Il y a en fait deux approches fondamentales permettant d'évaluer les éventuelles pathologies.

L'une se fait par une identification structurelle et posturale consistant à évaluer l'équilibre du sujet par rapport à une référence générale anatomo-physiologique.

L'autre se fait par une identification de la fonction consistant à rechercher manuellement les différents points de fixité, de ralentissement ou d'ancrage responsables des modifications des sept lignes de gravité. Ce principe respecte le schéma anatomo-physiologique adapté au schéma comportemental individuel du patient. La fasciathérapie utilise en priorité la seconde approche.

C'est pourquoi le thérapeute recherche en permanence le point d'immobilité par opposition au point de fixité ; en effet, le point d'immobilité n'est pas, comme son nom l'indique, un point de fixité, mais, au contraire, un point exprimant une parfaite liberté dans tous les paramètres de mobilité, signifiant ainsi une absence totale de points d'ancrage ou de tensions anormales des fascias.

Le point d'immobilité est obtenu :

— lorsque les mouvements mineurs sont libres dans les paramètres tridimensionnels et lorsque la sensation de flottement et de malléabilité est perçue sous les doigts ;

p.186

— lorsque le thérapeute sent progressivement venir sous ses doigts une sensation de fluide pulsatile.

Ainsi, ce point d'immobilité indique une absence de lésions lors d'une prospection localisée, ou un retour à la normalité lorsque la correction a été effectuée.

Ce point d'immobilité varie du point de repos car ce dernier exprime le compromis utilisé par la vertèbre ou la matière à traiter avec la lésion.

## E / PERCEPTION DES CHANGEMENTS DE LA STRUCTURE

Il s'agit là d'un point très important car toute phase d'agonie s'exprime sous forme de densification, fibrose, adhérence, contracture, stase, nodule et douleur. Il convient, dès lors, d'effectuer une véritable introspection minutieuse de l'ensemble de l'organisme.

Là où l'activité rythmique est ralentie, une modification de la structure apparaît à tous les niveaux et notamment au niveau du tissu conjonctif originel avec apparition d'une augmentation de la viscosité et transformation en fibrose et densification (Taylor). Au niveau de ce qui est appelé les gouttières, mais qui, pour la circonstance, seront dénommées les « vallées du corps », se trouve un lieu de prédilection à d'éventuelles adhérences des fascias avec le périoste. A cet endroit, les attaches indirectes des diverses aponévroses s'effectuent par l'intermédiaire des cloisons intermusculaires ; la prospection de ces vallées est systématique car elles sont les zones les plus propices aux adhérences.

p.187

Au niveau du périoste (tissu conjonctif de soutien), il faut rechercher une sensation de densification, de rigidité ou d'« expressions saillantes », une mauvaise « humidification périosté » et une force de contraintes mécaniques.

## CHAPITRE II

### TRAITEMENT PROPREMENT DIT

#### A / GÉNÉRALITÉS

L'approche thérapeutique est différente selon la maladie, mais surtout selon le profil psychologique du malade. D'une manière générale, il existe un schéma sans cesse retrouvé ; soit il s'agit de troubles venant d'un traumatisme physique, soit il s'agit d'un mal-être mental, s'exprimant sous forme d'hygiène de vie lamentable avec comme résultat final une force vitale déficiente.

La réussite du traitement dépend schématiquement de deux facteurs : de la compétence du thérapeute et du désir profond qu'a le patient de guérir.

Aussi, le thérapeute peut faire échec à la maladie, mais seul le malade est en mesure de déclarer mat. Cependant, il y a un troisième critère qu'il convient de ne pas oublier : le rendez-vous indélébile avec le destin. Les uns appellent cela la fatalité, les autres Karma.

Le patient est sur la voie de la guérison certes, lorsqu'il y a soulagement ou disparition des symptômes,

p.190

mais aussi et surtout lorsqu'il y a expérimentation de sensations nouvelles permettant une redécouverte de l'être intérieur et des énergies subtiles émanant de la vie intime de la particule la plus élémentaire de l'organisme.

Il y a à ce niveau un paradoxe. En effet, il existe trois grandes catégories de douleurs.

« Grandes douleurs pour de petits maux, petites douleurs pour de grands maux, et douleurs justes.

Les premiers nommés appartiennent le plus souvent à la catégorie des grands émotifs, mais, paradoxalement, cela peut signifier une disponibilité à l'écoute des messages toxémiques rejetés par

l'organisme, et, par voie de conséquence, une certaine prédisposition à ressentir des sensations nouvelles suscitées par le traitement.

Les seconds nommés sont des malades qui disent volontiers : « Je ne suis pas du genre à m'écouter. » Il peut s'agir d'une qualité, mais, pour un thérapeute, il peut s'agir d'un obstacle insurmontable ; car cela peut certes signifier une maîtrise parfaite de son corps, mais aussi et surtout une totale inaptitude à percevoir les messages et les agonies internes. Cette forme de dispersion rigide » rend la tâche difficile pour obtenir une guérison vraie. Il faut entendre par guérison vraie un abandon progressif des « certitudes acquises » au profit d'une expérimentation d'un « jamais vécu ».

Les troisièmes nommés n'offrent pas de difficultés particulières. En fait, cela semble indéniable : la majorité des maladies trouvent leur origine dans une certaine forme de prédisposition mentale.

Ce n'est certes pas une généralité, mais il existe des

p.191

malades prêts à assumer les pires maux tant ils ont peur de la mort. Aussi incroyable que cela puisse paraître, il y a des gens qui se pendent parce qu'ils ont peur de la mort ; d'autres font de leur maladie le « nombril de leur vie » et existent à travers elle. La souffrance n'est-elle pas un critère de survie, n'est-elle pas également un moyen d'attirer l'attention, de crier « Au secours » ? Mais, quelle que soit l'origine de l'agonie, quel que soit le profil psychologique, le thérapeute doit apporter sérénité et compassion.

Il n'est pas juste de cataloguer les maladies psychosomatiques uniquement lorsqu'il y a symptômes avec absence de troubles lésionnels, car la présence de troubles lésionnels ne signifie certainement pas une absence de prédisposition mentale ; ceci revient à dire que, quelle que soit la maladie, il faut toujours prendre en considération le message intérieur.

Ainsi, le stress psycho-émotionnel se fixe électivement sur les fascias, engendrant progressivement des tensions myo-fasciales, pouvant même modifier le schéma corporel du patient. Et, d'autre part, le stress psycho-émotionnel peut se fixer sur l'énergie qui anime le sang, le troisième facteur pathologique étant un déséquilibre du système neuro-végétatif.

Ce n'est un secret pour personne : notre état de santé dépend de notre faculté à assumer nos réactions face à nos émotions ; et, enfin, notre turbulence interne est proportionnelle au nombre de sensations négatives qui s'entrechoquent.

Un grand nombre de maladies sont le résultat d'une

p.192

émotion aiguë surajoutée à un fond d'émotivité chronique. L'homme a reçu en héritage une codification rigoureuse et des sillons indélébiles ont été sculptés dans son cerveau, lentement, sournoisement. Il se trouve désormais devant deux choix restrictifs : soit d'éprouver un sentiment de frustration ou d'auto culpabilisation.

La frustration intervenant lorsque le sujet fait taire ses aspirations profondes, l'auto culpabilisation naissant d'un acte qui a été fait et qui serait interdit, il reste la possibilité à l'homme de ne pas se faire prendre. La souffrance vient sûrement de ce que nous sommes trop exigeants.

Le sentiment de frustration est souvent à l'origine des pathologies chroniques ; le sentiment de culpabilisation est souvent à l'origine des pathologies aiguës.

Outre l'observation de la posture, une main sensible doit détecter les schémas de stress figés sur l'organisme. Le corps est le reflet de la pensée humaine, mais surtout le résultat des pensées qui ne se sont pas manifestées ou matérialisées, refoulées qu'elles étaient par la censure implacable exercée par le mental. Le fascia est véritablement l'« arbre généalogique » du corps. L'agonie psychique du fascia se

manifeste sous la main sous forme de résistances, de douleurs, de densifications, de contractures et d'hypertonie.

Durant le traitement, le thérapeute doit avoir une main chaleureuse afin d'exercer un compromis permanent entre le refus qu'a le patient d'accepter sa douleur et le désir profond de l'effacer.

Très souvent, lorsqu'une douleur cesse ou qu'une contracture disparaît, le patient sent remonter en lui des

p.193

« vagues émotionnelles », soit sous forme de « flashes » ou de sensations.

Ainsi, le fascia restitue les visualisations défaillantes de toutes les énergies perverses accumulées dans le présent et le passé. C'est pourquoi il est considéré comme étant l'arbre généalogique de l'organisme.

Par ailleurs, le fascia joue un rôle de coordination motrice, et, par leur richesse en éléments sensitifs, les fascias, parallèlement aux récepteurs situés dans les tendons, participent très étroitement aux sensations du corps dans l'espace et, par conséquent, à la régulation réflexe des tensions posturales et au maintien de la statique.

A ce propos, les travaux de Gellhorn, « Rôle de la proprioception dans la physiologie et la pathologie des émotions », parus dans *Psychological Review* en 1964, mettent en évidence les réactions toniques dans les muscles squelettiques à partir des émotions et montre :

une association caractéristique de processus somatique et autonome, dans la mesure où les décharges orthosympathiques et le tonus musculaire suivent des changements parallèles dans des conditions physiologiques, alors que les états d'hyperactivité parasympathique s'accompagnent d'une perte de tonus musculaire ;

la régulation de l'équilibre hypothalamique est déterminée également par la posture du corps à travers la quantité totale des impulsions proprioceptives convergentes à l'hypothalamus postérieur par unité de temps.

p.194

Ceci démontre combien des changements volontaires induits dans le tonus musculaire peuvent être utilisés pour le contrôle émotionnel. En revanche, un champ émotionnel bien assumé peut influencer le tonus musculaire. En réalité, ces deux paramètres sont indissociables. Il ne servirait à rien de modifier le tonus musculaire manuellement sans qu'il y ait conjointement désir de découvrir les émotions et de les assumer.

Volontairement, le terme contrôle des émotions n'a pas été utilisé car il y aurait là une résonance teintée de résistances, contraire au « lâcher-prise » souhaitable.

Un autre aspect du fascia n'est pas assez souvent pris en considération ; il s'agit du fascia en tant que « langue du psychisme », phénomène directement lié au fascia dure-mérien qui, par sa situation intime avec le système nerveux central et le système nerveux autonome, engendre des maux obscurs.

En effet, le cerveau, sous l'influence d'une énergie psycho-physico-émotionnelle, se conduit parfois comme un « gouverneur tyrannique » faisant peser sa loi martiale sur l'organisme, exploitant à cette fin les tentacules que sont les fascias.

Fascia qui telle une méduse peut se rétracter lentement, sournoisement ou, au contraire, violemment et se transformer en une véritable prison et opprimer tous les éléments en relation avec lui. Reflétant

dès lors le chagrin du névraxe, l'angoisse des tissus, la mélancolie des flux et reflux liquidiens, la dysharmonie du système glandulaire endocrinien et du système nerveux, le fascia, par

p.195

les membranes dure-mériennes d'abord et par l'ensemble des fascias rayonnants, devient alors le complice d'une grande partie des maux.

*En réalité, deux grandes zones sont électivement le siège des désynchronisations des libres rythmes inhérents de l'organisme :*

— La première est directement liée aux membranes dure-mériennes, sous l'influence de stress psychiques de type surmenage intellectuel, anxiété, dépression nerveuse, etc.

De nombreuses céphalées ou maux de tête de type vagal apparaissent. De nombreuses lombalgies et troubles de la colonne vertébrale dans son ensemble se manifestent. Le facteur causal en est souvent une oppression de toutes les membranes ralentissant la mobilité rythmique, crânienne et vertébrale.

Un tel phénomène s'exprime sous nos doigts par une sensation d'étau, de manchon rigide et de perte totale de la malléabilité membraneuse et fluide de tous les os. D'autre part, outre cette oppression des membranes intracrâniennes, le muscle masséter ne semble pas étranger à cette pathologie obscure, ce muscle étant le muscle du psychisme ; il suffit de le contracter très fort pendant une minute pour se rendre compte combien est grande son influence sur les membranes intracrâniennes.

— La deuxième zone est directement liée au fascia cervico-viscéral, au diaphragme thoracique et au fascia axial profond dans son ensemble. En effet, celui-ci, sous l'influence de stress psychiques de type, cette fois,

p.196

émotionnel, affectif, etc., engendre des blocages du diaphragme thoracique et des éléments en relation directe ou indirecte avec lui.

Une nouvelle fois, de tels phénomènes relancent la dualité cœur/cerveau. Le diaphragme thoracique est au cœur ce que les membranes dure-mériennes sont au cerveau.

Le siège du psychisme, de l'anxiété, des dépressions nerveuses, etc., prend racines dans l'intellect.

Le siège de l'amour, divin et sentimental, de l'affectivité, des énergies émotionnelles prend racines au niveau de l'activité subtile du cœur.

Une hyperactivité, par opposition à la neutralité, qu'elle soit mentale ou émotionnelle, semble être la cause d'une certaine catégorie de désynchronisation des libres rythmes inhérents de l'organisme. Cette action nocive, ces points de fixité de ces rythmes inhérents « grignotent » progressivement le capital énergétique et la force vitale du sujet. Lorsqu'une voiture roule avec le frein à main serré, elle nécessite davantage d'essence pour accomplir un trajet à une allure donnée. Il en est de même pour l'homme. Il lui faut, dans ce cas, utiliser un capital énergétique supplémentaire pour accomplir ses activités quotidiennes.

Une chose est sûre : qu'il s'agisse de traumatisme physique ou d'un mal-être mental, les rythmes inhérents de l'organisme, énergétiques, liquidiens, membraneux et osseux, seront désynchronisés.

Dans tous les cas, la pathologie du système neuro-

p.197

végétatif est associée, car, plus que tout autre système, il est directement influencé par les « désaccords psychiques » et indirectement influencé par tout phénomène irritatif organique et fonctionnel. En fait, l'approche thérapeutique du patient souffrant d'une pathologie neuro-végétative dépend du facteur déclenchant, celui-ci pouvant être psychique ou mécanique.

*Le facteur psychique engendre un certain nombre de troubles :*

1 / une oppression du fascia dure-mérien qui, par sa relation intime avec le système nerveux, engendre des troubles fonctionnels dits « obscurs » ;

2 / une irritation au niveau des plexus (réunions de ganglions) ; ces plexus ont la particularité d'être des « amplificateurs de stress » à caractère affectif et émotionnel, capables de dérégler le système neuro-végétatif ;

3 / une vasoconstriction artérielle influencée par le système neuro-vasculaire ;

4 / une pathologie viscéro-vertébrale influencée par un état tensionnel du fascia axial profond ;

5 / un ralentissement de l'énergie qui anime le sang.

*Le facteur mécanique engendre également un certain nombre de troubles :*

1 / une irritation du nerf vague par une altération de rythmes au niveau du trou déchiré postérieur ;

2 / une irritation du ganglion sphéno-palatin par une

p.198

compression mécanique de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde ;

3 / une irritation au niveau de la double chaîne de ganglions latéraux vertébraux par une lésion vertébrale créant des troubles vertébro-viscéraux ;

4 / une irritation du ganglion impair par une lésion coccygienne ;

5 / et, enfin, une oppression mécanique du système artériel.

Il convient d'ouvrir une parenthèse au sujet du système neuro-vasculaire ; il y a probablement un phénomène de biofeedback entre le système, certes neuro-vasculaire, mais aussi vasculo-nerveux engendrant des troubles neuro-végétatifs et neuroendocriniens.

Pour mémoire, le système parasympathique assure l'anabolisme cellulaire ; il est responsable de la nutrition et du réapprovisionnement des ressources épuisées.

Dans notre optique, il existe un « état parasympathique physiologique » qui se situe dans la fourchette rythmique de 8 à 14 fois par minute, c'est pourquoi il est assimilé aux diaphragmes crânien et pelvien. Et il existe un « état parasympathique pathologique » qui se situe dans une fourchette rythmique inférieure à 8 avec une incapacité à revenir spontanément dans le rythme physiologique de 8 à 14 fois par minute.

Le système sympathique survient dans les phases critiques ; il est adaptatif aux événements extérieurs et à la vie relationnelle. Il a un rôle essentiel sur la résistance des

p.199

vaisseaux et une profonde influence sur le débit sanguin et sur la quantité de sang circulant.

Toujours dans notre optique, il existe un « état sympathique physiologique » reflétant une possibilité d'aller au-delà d'une activité cellulaire supérieure à 14 fois par minute avec retour spontané dans la fourchette rythmique cellulaire classique. Et il existe un « état sympathique pathologique » lorsque le retour à la normalité ne peut s'effectuer spontanément.

Ce système est assimilé au diaphragme thoracique.

En résumé, « tout est dans tout ». Il ne peut y avoir de lésion isolée, car une épine irritative enchaîne une pathologie globale. Cette réflexion aboutissant à la triade indissociable : RYTHME CELLULAIRE / DIAPHRAGMES / SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF et la triade FASCIA / RYTHME / SANG a été inspirée à partir d'une observation clinique rigoureuse.

## B / TRAITEMENT

Il se fait le plus souvent contemporanément au diagnostic, son but étant de normaliser dans un même geste et simultanément les altérations osseuses, membraneuses, liquidiennes et énergétiques.

Le thérapeute manuel original des fascias et pulsologue, pour parvenir à cette fin, possède différents outils :

a / la rééquilibration du système neuro-végétatif ;

p.200

b / la pulsologie curative ;

c / la normalisation membraneuse et osseuse ;

d / la normalisation énergétique.

L'approche thérapeutique est différente selon le type de pathologie, aiguë ou chronique, traumatisme physique récent ou pathologie psychosomatique.

Toutefois, 80 % des maladies psychosomatique ou de « mal-être » sont dues au dérèglement du système sympathique et inversement ; c'est pourquoi il est nécessaire d'emblée d'apaiser le mental du patient et de rééquilibrer le système neuro-végétatif.

*a / La rééquilibration du système neuro-végétatif et endocrinien :*

Les systèmes neuro-végétatif et endocrinien peuvent être perturbés localement par un traumatisme physique quelconque entraînant des troubles mécaniques. Dans ce cas, il faut lever la barrière membraneuse et effectuer une normalisation crânienne, vertébrale et viscérale, effectuer une pression lente, profonde, douce sur les artères intéressées. Une action sur les leviers mécaniques et physiologiques peut être utilisée par des techniques d'inhibition et de stimulation d'un ou de plusieurs étages vertébraux.

Le système neuro-végétatif peut être perturbé par un mal-être mental entraînant des troubles psychosomatiques.

Dans ce cas, la pulsologie est utilisée ; le fait d'exercer des pressions douces sur les carrefours vasculaires entraîne chez le patient un bien-être immédiat, un sou-

p.201

lagement intérieur se manifestant sous forme de « laisser-aller » comme si une main bienfaisante et sécurisante se déposait sur un nid de douleurs et qu'une plaie béante mentale se cicatrisait.

Ensuite, la sollicitation par une écoute méditative neutre et amplificatrice du fascia superficialis et du fascia principal favorise la libération de certaines émotions figées sur le système myo-tensif. Le fait de poser chaleureusement sa main fait souvent vivre une angoisse explosive propulsant le patient vers un senti jamais expérimenté. De plus, une rééquilibration métabolique est obtenue par des pompages physiologiques.

Enfin, le retour à la neutralité des mouvements mineurs involontaires, c'est-à-dire 8 à 14 fois par minute, sera utilisé dans des carrefours stratégiques, à savoir la région cervicale, la région sacrée, suivi d'une compression du quatrième ventricule.

Par ailleurs, en effectuant une libération des trois diaphragmes, certaines pressions au niveau des plexus et un jeu rythmique au niveau des os longs ; on obtient un apaisement du mental, une rééquilibration du système neuro-végétatif objectivés par une sensation de chaleur envahissant le corps du patient.

*b / La pulsologie curative :*

La pulsologie curative a une action générale et une action analytique.

L'action générale consiste à exercer une pression au niveau des gros troncs artério-veineux avec un protocole

p.202

d'action utilisant des enchaînements précis, mais, si l'on prend comme exemple la pression de l'aorte abdominale, du tronc cœliaque, des artères iliaques, fémorales, associée à une normalisation du paquet viscéral, le résultat sur l'état général est surprenant. Il se produit une contraction de ces vaisseaux, accroît- la pression vasculaire avec vasoconstriction des membres supérieurs et inférieurs. Au relâchement, il se produit une vasodilatation des membres supérieurs et des membres inférieurs, une précipitation du courant sanguin et une amplitude plus grande du pouls du capillaire.

Le pompage alternatif, lent, progressif, de ces artères provoque une relance de toute la circulation générale, une marée de sang dans la zone ischémique grâce à la vasodilatation réflexe localisée (voir figure, page 205).

La grande difficulté est d'acquiescer cette pression juste. Elle peut se faire à l'aide de la paume de la main, elle doit être uniforme, globale et intelligente ; il faut entendre par intelligence la faculté de percevoir la qualité d'élasticité de l'artère et le geste qu'il ne faudrait pas faire. Elle peut se faire également à l'aide d'une pression digitale de l'ensemble des doigts, celle-ci doit être également uniforme, non agressive et épouser respectueusement tous les contours de la zone à traiter. En réalité, il ne serait pas juste d'offrir à la pression le monopole de l'action curative, car l'échange énergétique qui s'effectue entre le système artériel et la main du thérapeute contribue fortement à la réussite thérapeutique.

p.203

L'action analytique est davantage dirigée puisqu'elle consiste à rétablir un flux sanguin dans une zone ischémique. Cette fois-ci, la pulsologie s'inscrit dans un schéma global thérapeutique. En effet, celle-ci sera associée à la normalisation contemporaine des os, des membranes et des énergies.

Le but de cette pression est de créer une vasodilatation réflexe localisée et de diriger une véritable marée liquidienne vers cette zone. Parfois, ce résultat est acquis spontanément et, notamment, dans

les troubles essentiellement à caractère énergétique et fonctionnel, mais souvent la réponse est nulle ; ceci indique une lésion mécanique ou structurelle majeure qu'il convient de libérer.

Cette qualité de pulsologie possède un double intérêt : elle est curative par son action de pompage et elle renseigne sur les éventuelles libérations des paramètres osseux, membraneux, liquidiens et énergétiques.

C'est pourquoi une main teste la qualité de l'énergie qui anime le sang et l'autre main tente de normaliser les différents paramètres, soit localement ou à distance. Une réponse obtenue au niveau de la main testant la pulsologie, lorsque l'autre main normalise une région, invite le thérapeute à travailler électivement sur cette zone (perception provoquée).

D'une manière générale, lors de l'apparition du flux sanguin, le patient ressent une intense chaleur liquidienne, et, parfois, des émotions ou des sensations agréables. Il s'agit là d'un critère de réussite (voir figure, page 206).

p.204

La très grande difficulté rencontrée dans cette méthode est de rechercher scrupuleusement les artères couplées. En effet, le thérapeute possède toujours une main vagabonde qui recherche scrupuleusement les différentes artères de l'organisme, car la pression est toujours couplée, soit au niveau des différentes localisations d'une même artère, soit au niveau, comme cela a été écrit précédemment, de deux artères différentes.

En fait, il existe un enchaînement précis évitant de passer à côté de l'artère couplée. Le but de cet ouvrage est de vous initier aux principes de la pulsologie et non de donner des recettes. Toutefois, schématiquement, en agissant sur telle artère on a une action directe sur telle autre artère (se référer au chapitre consacré au diagnostic).

La pulsologie consiste également à supprimer les adhérences ou les états tensionnels faciaux entravant la malléabilité respiratoire de l'artère, car elle aussi doit être libre dans tous ses paramètres ; tout comme les os, l'artère va spontanément dans le sens de sa lésion. Il convient dès lors d'amener la structure à son point d'équilibre dans sa lésion pour que les tensions des fascias se régénèrent.

Et, enfin, la pulsologie est utilisée associée à la normalisation des autres paramètres afin de permettre une régénération plus rapide (réaction provoquée).

p.205



*Pulsologie curative dans le cadre d'une action générale*

Cette photo montre le principe de la pression et deux prises différentes. Il s'agit là d'une pression triplée (aorte abdominale/artère iliaque primitive exercée par la main céphalique et fémorale exercée par la main caudale). La pression sera différente, alternée, inférieure à 7 secondes selon les besoins et la demande de chaque artère, le but à atteindre étant de créer une synchronisation parfaite des trois artères et un pouls de qualité normale et, contemporanément, de normaliser la masse vertébrale.

p.206



*Pulsologie mixte (curative et diagnostic)  
dans le cadre d'une normalisation d'un psotisme*

La main céphalique effectue des pressions sur l'artère iliaque externe, interne, primitive et le système porte. Contemporanément, cette main effectue des micropompages du muscle psoas/iliaque en utilisant la participation respiratoire du patient. Dans la phase d'expiration, la main accompagne profondément le psoas, dans la phase d'inspiration, elle maintient sa pression. Ainsi, le psoas vient se pomper sur les doigts du thérapeute.

La main caudale exerce une pression sur l'artère fémorale et exerce un pompage des fascias de la loge interne de la cuisse. Contemporanément, il met en

p.207

tension maximum l'élasticité du fascia de façon à ce que la force vitale se trouve dans un étai tel qu'elle se trouve dans l'obligation de rompre les barrières. Cette a le mérite de normaliser la structure et la fonction dans un même temps. Là encore, la notion de pression couplée apparaît.

En conclusion, la pulsologie curative exerce une action générale et une action analytique.

L'action générale est obtenue par un travail spécifique sur la circulation générale. L'action analytique, en revanche, s'inscrit dans un schéma thérapeutique global, et permet également d'obtenir des informations sur les éventuelles libérations. La pulsologie est d'une manière générale mixte (curative et diagnostique).

La pulsologie utilise toujours des pressions couplées, triplées, etc. A ce propos, il est souhaitable de travailler à plusieurs thérapeutes afin d'avoir une action plus élargie en travaillant sur un plus grand nombre d'artères.

La pulsologie permet de dégager les concepts suivants :

— En agissant sur le contenant, une action directe s'exerce sur le contenu. En effet, le contenant peut subir l'influence de contraintes mécaniques et de stress psychiques. Les contraintes mécaniques ont été maintes fois abordées dans cet ouvrage. Il convient de se référer à l'étude des points et des zones critiques.

Les stress psychiques ont pour conséquence de contracter les artères et d'agir sur l'énergie qui anime le sang.

p.208

Il convient également de se référer aux données consacrées à ces différents phénomènes.

La normalisation sanguine est atteinte lorsque l'onde de choc devient lente, douce, flexible et généreuse, lorsque le temps de réponse est rapide, sans désynchronisation, et, enfin, lorsque les adhérences ou tensions empêchant l'artère de flotter librement sont vaincues.

L'artère tient sous sa dépendance un ensemble de méridiens et *vice versa* ; en libérant le fascia, l'artère retrouve son intégrité et le méridien également.

L'apparition de la pulsologie indique le retour à la normalité. En effet, le thérapeute, lorsqu'il normalise les paramètres osseux et membraneux, est informé sans cesse de l'évolution de son travail en évaluant le retour de la pulsologie, lui indiquant la proximité ou le retour du point d'immobilité. Si, par exemple, le thérapeute entraîne une articulation en rotation externe (mineure), et que la pulsologie devient de plus en plus ample, cela signifie une normalisation en bonne voie.

La normalisation du fascia est indiquée lorsque la sensation d'élasticité se fond progressivement en un fluide pulsatile. En effet, la pulsologie ne s'adresse pas uniquement à la macrocirculation ; en réalité, quelle que soit la localisation où s'effectue le geste thérapeutique, la pulsologie apparaît à tous les niveaux et, notamment, au niveau de l'unité circulatoire terminale. Lorsqu'il y a libération des fascias ou du tissu conjonctif originel, une chaleur liquidienne s'exprime sous les doigts et va de sa symphonie pulsatile.

p.209

*c / Normalisation membraneuse et osseuse :*

Nul ne peut travailler sur le fascia s'il n'a pas auparavant isolé la sensation d'élasticité de celui-ci.

Le Dr Becker écrit : « Si, en traitant mon malade, je restaure les mouvements involontaires, les mécanismes volontaires se corrigeront d'eux-mêmes automatiquement. » Pour parvenir à cette fin, il y a des outils différents ; les uns libèrent la mobilité involontaire en agissant directement sur la pathologie osseuse, les autres agissent sur les membranes ou fascias responsables de cette absence de mobilité osseuse. Par ailleurs, cette approche différente devient soudainement opposée lorsque l'action directe sur l'os se fait d'une manière structurelle, avec utilisation d'un grand bras de levier. Pour être plus clair, il s'agit de l'ostéopathie structurelle agissant par l'intermédiaire d'une mise en tension des mouvements majeurs (cracking et trust).

La fasciathérapie rejette les techniques agressives. La raison en est fort simple : elle possède des outils lui permettant une efficacité absolue et lui conférant une action thérapeutique douce, respectueuse et chaleureuse.

En réalité, la fasciathérapie agit dans un même temps directement sur l'os lui-même et sur la distorsion aponévrotique. Mais, cette fois-ci, elle n'utilise pas la mise en tension maximum des mouvements majeurs, mais LA MISE EN TENSION MAXIMUM DES MOUVEMENTS MINEURS OSSEUX ET DE L'ÉLASTICITÉ DES FASCIAS.

Comme cela a été écrit précédemment, il y a plusieurs approches thérapeutiques :

p.210

Dans l'écoute, à savoir l'écoute méditative neutre, l'écoute amplificatrice semi-active et l'écoute directionnelle active.

Dans l'impact anatomique et physiologique ; en effet le thérapeute peut agir électivement sur les différents fascias.

L'action sur le fascia superficialis aura un impact sur le métabolisme.

L'action sur le fascia superficiel aura un impact sur la coordination des chaînes myotensives et sur les différentes activités rythmiques du système musculo-squelettique.

L'action sur le fascia axial profond aura un impact sur les différents rôles de soutien et de protection viscérale et liquidienne.

Et, enfin, l'action sur le fascia dure-mérien aura un impact sur les différentes activités rythmiques s'exerçant sur l'ensemble des éléments de notre organisme.

Ces différentes approches thérapeutiques ne se limitent pas aux seuls niveaux de l'écoute et de l'impact anatomo-physiologique, mais aussi dans le geste thérapeutique. En effet, comme cela a déjà été également décrit, il y a des méthodes sensorielles et fluidiques, fonctionnelles et structurales.

Le lecteur doit sûrement ressentir une apparente répétition avec les différentes descriptions faites dans le chapitre consacré au diagnostic. En fait, cela est dû au caractère indissociable du diagnostic et de l'action curative, étant effectués contemporanément.

p.211

A propos du geste thérapeutique, il est nécessaire de lever un éventuel malentendu, car, si effectivement de nombreuses écoles travaillent le fascia ou s'orientent dans cette direction, il est surprenant néanmoins de constater combien elles travaillent en superficie, en utilisant uniquement l'écoute méditative neutre, et parfois, pour les meilleures d'entre elles, l'écoute amplificatrice semi-active. Il s'agit là de l'aspect sensoriel et fluide du fascia. En réalité, il existe, bien que cela puisse paraître curieux, une approche certes fonctionnelle connue par beaucoup, mais aussi et surtout une approche « fonctionno-structurelle » et même structurelle du fascia (voir figure, page 216).

S'il est bon de pénétrer dans le tourbillon infini du fascia, il faut savoir y mettre fin en temps voulu. Cette mise à terme s'effectue après avoir suivi l'envie de... au moment jugé opportun (c'est à ce moment que le thérapeute effectue une poussée structurelle) ; ce moment opportun est indiqué lorsqu'une sensation de déséquilibre ou de faiblesse se manifeste sous nos doigts. En art martial, le principe est le même ; on ne désarme un adversaire que s'il est en déséquilibre. Mais, au préalable, il est indispensable d'assurer une bonne prise, solide, rigoureuse, de type « étau », mais à la fois souple, malléable, afin d'accompagner le mouvement. La prise doit être identique lorsque l'on désire normaliser une pathologie osseuse et membraneuse. Il faut travailler en même temps, dans une même prise et non isolément, le fascia et l'os.

Ainsi, par exemple, pour les uns, la pathologie ver-

p.212

tébrale est souvent la conséquence de micro déplacements d'une vertèbre entraînant un conflit radiculaire. Pour les autres, en l'occurrence les fasciathérapeute, cette lésion est provoquée par une distorsion aponévrotique empêchant la vertèbre de revenir à son état initial, et, par voie de conséquence, entraînant un ralentissement de l'apport liquidien.

Il existe plusieurs approches thérapeutiques ; l'une structurelle, c'est la manipulation directe de la vertèbre, en allant directement dans le sens contraire à la lésion ; l'autre fonctionnelle, manœuvre spécifique allant dans un premier temps dans le sens de la lésion jusqu'à l'accumulation des tensions ; à ce moment précis, il est demandé un temps respiratoire, puis, dans un second temps, la manœuvre entraîne la vertèbre dans le sens contraire à la lésion.

L'une et l'autre technique agissent directement sur la vertèbre, mais avec un protocole d'action différent.

En revanche, le fasciathérapeute, bien qu'il lui arrive d'utiliser la méthode fonctionnelle, préfère agir directement sur la normalisation de l'aponévrose ou du fascia responsable de l'altération de la mobilité. Toutefois, la possibilité d'agir dans un même temps sur l'os et sur le fascia existe lorsque le thérapeute réussit à isoler la sensation d'élasticité de l'os et du fascia, car, à ce moment précis, les deux éléments ne font plus qu'un. Toute structure amenée à son point d'équilibre dans sa lésion permet aux tensions formant barrière vers la normalité de se dissoudre.

Il convient dès lors de percevoir les différences exis-

p.213

tant entre le point de repos, le point neutre de la maladie, le point neutre de santé et le point d'immobilité.

Le point de repos est un point d'équilibre fonctionnel ; contrairement à ce que l'on pourrait penser, c'est le point de compromis engagé par l'élément à traiter et sa lésion.

Le point neutre de maladie représente une certaine puissance de la maladie.

Le point neutre de santé représente une puissance de santé.

Le point d'immobilité est un point qui a été largement décrit précédemment, car il représente pour le fasciathérapeute le but à atteindre.

Le geste thérapeutique du fasciathérapeute est très simple ; il lui faut toutefois respecter certains principes fondamentaux :

ISOLER LA SENSATION D'ÉLASTICITÉ DES FASCIAS ;

MISE EN TENSION MAXIMUM DES MOUVEMENTS MINEURS INVOLONTAIRES DES OS ET DES FASCIAS ENVIRONNANTS ;

PRISE EN ÉTAU ET PRESSION JUSTE.

Une fois ces conditions acquises, il y a trois possibilités d'intervention :

1 / L'utilisation de la force vitale du sujet ; il s'agit là de solliciter une explosion venant de l'intérieur, sous l'effet de la PRISE EN ÉTAU, soit digitale pour les os, soit manuelle globalement pour les fascia (image et sensation

p.214

d'un ballon que l'on maintient sous l'eau et que l'on relâcherait soudainement). Le fasciathérapeute possède des outils permettant d'évaluer cette force vitale, à savoir la qualité et la puissance de réponse et de retour à la stimulation digitale, la qualité de réponse du pouls artériel, la couleur (bleu-violet indigo de préférence), le champ électromagnétique. Mais, outre ces éléments, le déficit de la force vitale ou son agonie s'exprime en une impression imagée, comme si l'on jetait une pierre dans de l'huile, par opposition à une pierre jetée dans de l'eau provoquant un remous et d'innombrables circonférences.

2 / L'utilisation de la respiration du sujet dans le cas où la force vitale serait déficiente ; cette participation respiratoire se fait selon le même protocole que celui utilisé par l'ostéopathie ; par exemple, une fois obtenue la mise en tension maximum de la rotation externe mineure et des différents paramètres qui s'y associent, le thérapeute demande au patient d'exercer une inspiration. Par opposition, une fois obtenue la mise en tension maximum de la rotation interne mineure et des

différents paramètres qui s'y associent, le temps respiratoire demandé est une expiration. Parfois, afin d'obtenir une puissance plus importante, il est demandé une apnée.

3 / L'utilisation d'un geste correcteur du thérapeute peut être exercée simultanément, soit parce que la force vitale et l'homéostasie sont déficientes, soit parce que la lésion structurelle est très résistante. Ce geste peut être effectué selon un protocole d'action particulier : il s'agit d'effectuer une « manœuvre fonctionno-structu-

p.215

relle ». Là encore, les critères nécessaires précités, à savoir, obtenir l'isolement de la sensation d'élasticité, la mise en tension maximum des mouvements mineurs et la prise en étau, sont indispensables.

La mise en tension des mouvements mineurs se fait manuellement, suivant scrupuleusement l'envie de l'os jusqu'à l'accumulation des tensions (similaire à la méthode fonctionnelle) ; une fois obtenue cette mise en tension, et tout en conservant celle-ci dans les paramètres acquis, le thérapeute exerce un geste correcteur dans le sens contraire de la lésion (il s'agit en quelque sorte d'une manœuvre structurelle, mais s'exerçant uniquement sur un paramètre tout en conservant les paramètres acquis fonctionnellement ; ainsi, au niveau cervical, par exemple, le geste correcteur sera effectué par une translation latérale du côté opposé à la latéralité).

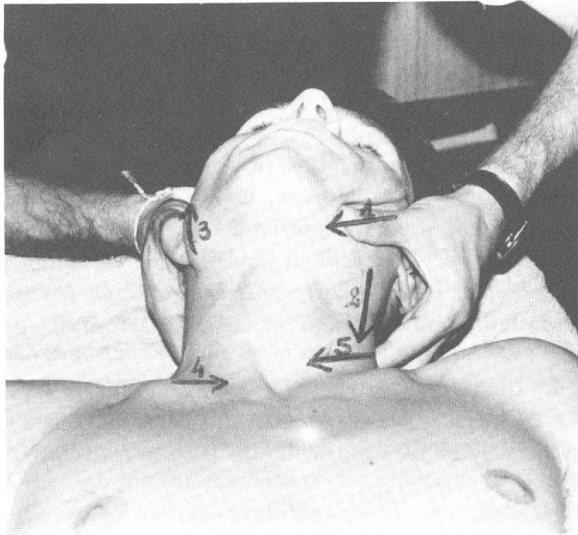
LE GESTE CORRECTEUR DANS SA RECHERCHE DE LA MISE EN TENSION MAXIMUM DES MOUVEMENTS MINEURS DEVRA SUIVRE LA CHRONOLOGIE DE L'APPARITION DU MESSAGE.

LA MOBILITÉ DE L'OS EST DIRECTEMENT DÉPENDANTE DE LA MOBILITÉ DES FASCIAS. EN SUIVANT LE FASCIA, L'OS INDIQUE LE SENS DE SA LÉSION. EN ISOLANT LA SENSATION D'ÉLASTICITÉ, L'OS ET LE FASCIA NE FONT PLUS QU'UN.

Toutefois, une telle normalisation n'est pas suffisante ; il convient d'effectuer une normalisation analytique en utilisant le principe global précité en association avec les prises et contre-prises digitales.

p.216

La contre-prise s'effectue dans le cadre d'une pathologie vertébrale, et s'exerce sur la vertèbre sous-jacente afin d'empêcher celle-ci de suivre le mouvement mineur de la vertèbre sus-jacente sollicitée par la poussée digitale effectuée par le thérapeute.



*Exemple d'une normalisation globale fonctionno-structurelle fascia/os au niveau de la colonne cervicale*

Dans ce cas précis, et ce n'est pas une généralité, conjointement le thérapeute a invité les mouvements mineurs involontaires de la région cervicale et le désir profond des fascias de la face et du cou à s'exprimer dans leur lésion jusqu'à mise en tension totale de ceux-ci.

p.217

Les pouces du thérapeute ont suivi et mis en tension le maxillaire inférieur par l'intermédiaire de ces fascias. Les doigts ont suivi les mouvements osseux et faciaux de la région cervicale jusqu'à mise en tension totale.

Spontanément, la région cervicale s'est mise en inclinaison gauche, en flexion (postexion) et très légère rotation.

Ensuite, simultanément, une fois la mise en tension maximum des mouvements mineurs involontaires, une fois, la sensation d'élasticité isolée, et une fois la prise en étau assurée, la thérapeute exerce une translation latérale droite par une poussée digitale effectuée avec sa main gauche. Un temps respiratoire peut être demandé dans le même temps.

L'intérêt de cette méthode est d'y voir l'association des articulations temporo-maxillaires avec les articulations cervicales afin de créer un bloc de l'ensemble.

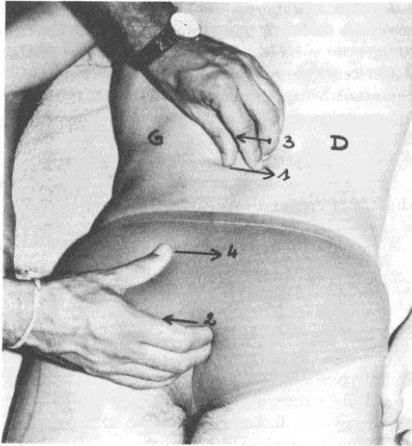
Les flèches 1 et 3 expriment une promenade sollicitée par la vie intime du fascia dirigée latéralement et en même temps vers le bas et l'avant.

La flèche 2 exprime l'inclinaison latérale à gauche. La flèche 4 indique une contre-prise sur les segments inférieurs à la vertèbre à traiter.

La flèche 5 montre le geste structurel effectuant une translation latérale droite du côté opposé à l'inclinaison.

La contre-prise, située sur l'apophyse transverse sous-jacente, s'oppose à la rotation.

La prise est située sur l'apophyse transverse sus-jacente et entraîne la vertèbre dans la rotation désirée.



*Exemple d'une normalisation globale os/fascia,  
bassin/lombaires en lemniscate*

L'intérêt de cette méthode est de faire ressortir le système de prise en étau nécessitant obligatoirement une prise et une contre-prise.

La prise et la contre-prise vont l'une et l'autre dans leur sens opposé au maximum de la mobilité des mouvements mineurs involontaires et de la tension des fascias

p.219

afin de créer un champ clos. Dans cet exemple, la prise et contre-prise est doublée.

La flèche 1, par une poussée du pouce, entraîne la vertèbre au maximum en rotation par une poussée sur le bord latéral de l'apophyse épineuse, aidé en cela par l'index qui effectue un appui sur l'apophyse articulaire postérieure, l'ensemble faisant effectuer une rotation gauche de la vertèbre avec possibilité d'association d'autres paramètres.

La flèche 3 exprime une contre-prise effectuée par le majeur qui tente de trouver le point de balance avec la vertèbre sous-jacente.

La flèche 2 suit le mouvement de l'angle inféro-latérale droit du sacrum et le mouvement du coccyx, en opposition avec la flèche 1 et la flèche 4.

La flèche 4 se trouve en opposition avec la flèche 3. Une fois la mise en tension de l'ensemble des prises et coentreprises, il est demandé un temps respiratoire.

L'intérêt de cette méthode est de normaliser simultanément coccyx/L5, ceux-ci étant en relation lemniscatoire.

*Normalisation des fascias dans les vallées :*

L'étude succincte consacrée à l'anatomie du fascia principal ou du fascia superficiel a montré des attaches directes et des attaches indirectes sur le squelette.

Les attaches directes sont dans la majorité des cas adhérentes, voire même se fondent avec le périoste, ce dernier appartenant également à la grande famille des

p.220

fascias (tissu conjonctif de soutien). Toutefois, les attaches indirectes sont fort nombreuses ; elles se font généralement par l'intermédiaire des cloisons intermusculaires créant ainsi de véritables vallées.

Ces vallées ont un intérêt à plusieurs titres, d'une part, parce que les lieux d'adhérences s'effectuent dans la grande majorité des cas à ce niveau, d'autre part, c'est à ce niveau également que se trouve le passage des grosses artères, et, enfin, ces mêmes vallées correspondent à certains trajets de méridiens.

Il s'agit donc là de lieux particulièrement importants ; l'expérience démontre combien ils sont sujets à adhérences, densifications et oppressions du système vasculaire et énergétique. Certaines vallées ont été choisies dans les différents exemples. Il a été pris soin de montrer les zones qu'il faut travailler en priorité.

La position des mains révèle les endroits où il faut exercer la pression ou la prise en étau.

Les points noirs indiquent également les zones à travailler.

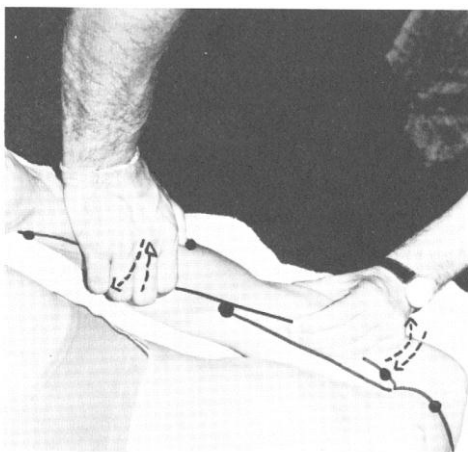
En effet, les adhérences, les oppressions, les densifications se situent dans ces endroits précis.

Il faut également prendre soin d'exercer plusieurs pressions en même temps afin d'avoir en chaîne dans ces localisations.

Il existe plusieurs catégories de prises, soit perpendiculairement, soit en crochet, soit en pince, mais, dans tous les cas, la pression est profonde et jamais immobile et doit suivre le fascia, soit par une écoute amplificatrice semi-active, soit par une écoute directionnelle active, après avoir, au préalable, isolé la sensation d'élasticité et la conserver durant toute la manœuvre.

p.221

Les doigts sont de préférence situés sur le trajet des attaches fasciales, le trajet des méridiens et des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Chacun des doigts a une action spécifique à remplir et la pensée a une disponibilité totale afin, dans le même temps, de solliciter le départ de l'os dans sa lésion, d'écouter la réponse sanguine, de percevoir la libération du fascia et de sentir la barrière responsable du ralentissement énergétique se rompre. Les dix doigts, plus les paumes, doivent jouer une véritable



*Normalisation des éléments situés dans les vallées antéro-internes*

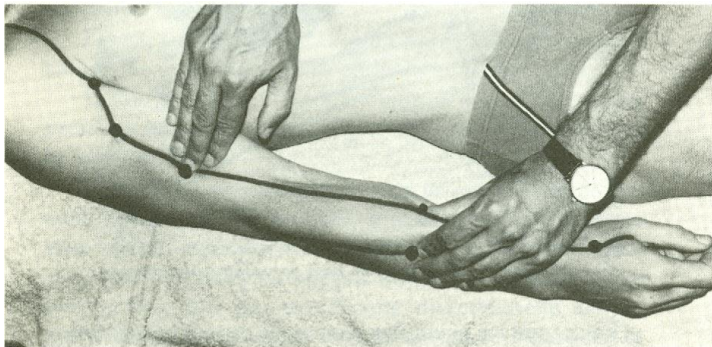
symphonie ou aucune mauvaise note n'est permise.

Pour tous les exemples choisis, il est souhaitable de revoir les principaux éléments anatomiques des fascias et

p.222

les principales zones d'alarme décrites dans le chapitre consacré à cette fin. Ainsi, par exemple, la main céphalique est située sur l'artère humérale profonde, au niveau du canal brachial de Cruveilhier ; elle prend en considération également les méridiens « Maître du Cœur », « Rate », « Foie ». Le pouce se situe sur le « V » deltoïdien. La main caudale est située au niveau du dédoublement de la cloison aponévrotique, successivement sur l'artère cubitale et radiale et le pouce est situé sur l'attache directe du fascia sur le bord postérieur du cubitus. Les méridiens pris en considération sont tantôt le méridien de la rate, du poumon, du Maître du cœur et du foie. Il suffit pour cela de déplacer légèrement les doigts.

Conjointement, le thérapeute fait une écoute amplificatrice semi-active de la mobilité des mouvements mineurs involontaires, et en recherchant qui, du paramètre rotation interne/rotation externe, libère les éléments compris dans la vallée et suscite, de la part de l'artère, une pulsologie normale.



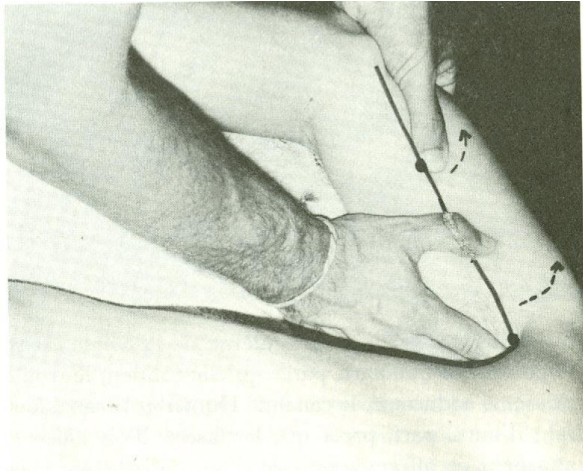
*Normalisation des éléments situés dans les vallées antéro-externes*

p.223

La main céphalique montre une pression de type perpendiculaire pour la circonstance. Généralement, la prise effectuée à ce niveau est une prise en pince et en étau, le pouce étant en contact avec les éléments compris dans la vallée interne. Dans ce cas précis, cette pression s'exerce sur le fascia périosté et sur les attaches des fascias.

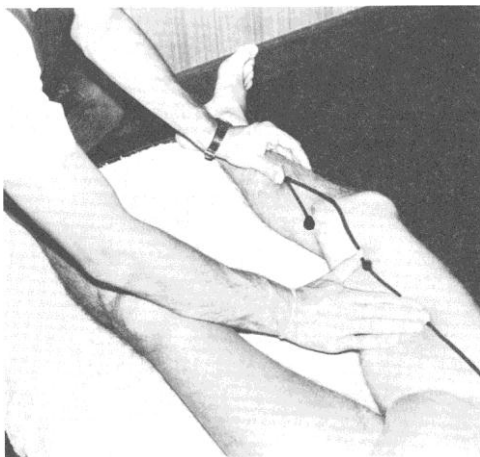
La main caudale est une prise en pince du radius et déborde sur le cubitus. L'action se fait sur les attaches des fascias, sur le périoste du radius et sur les méridiens.

Le principe de mobilisation et de mise en tension des mouvements mineurs avec sensations d'élasticité isolées se retrouvera.



p.224

Autre exemple : cette fois-ci, la main céphalique agit sur l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire et sur l'artère axillaire et agit sur les méridiens correspondants. Il y a eu auparavant une mise en tension maximum des mouvements mineurs involontaires en rotation interne, une mise en tension maximum des fascias et un temps respiratoire en expiration a été demandé.

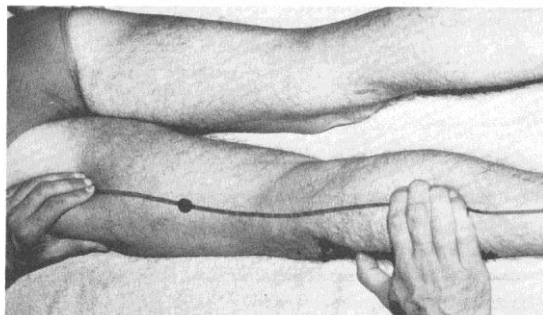
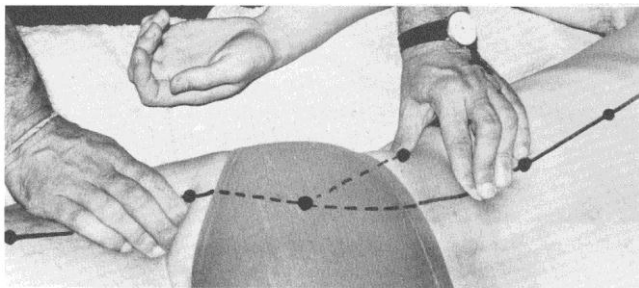


Le travail sur la vallée interne de la cuisse est très important, d'une part, parce qu'elle contient le trou du troisième adducteur, le canal de Hunter et le canal fémoral ; d'autre part, parce que les fascias de la cuisse s'y attachent et offrent une voie d'accès facile pour aller libérer le périoste. Par ailleurs, outre l'artère fémorale, les méridiens de l'intestin grêle, du Maître du cœur, du

p.225

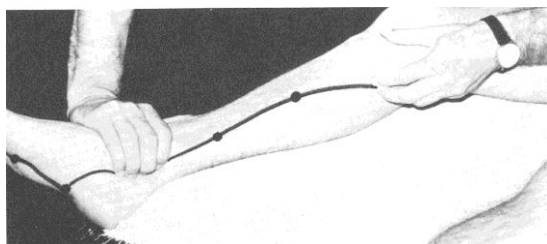
foie, y sont facilement accessibles en déplaçant légèrement la main.

Quelques exemples des vallées du membre inférieur :



Les mêmes principes sont retrouvés avec un point très important situé au niveau de la main caudale surtout lorsqu'il est associé aux pressions exercées avec la main céphalique. Il y a là un carrefour très important pour libérer les fascias de la fesse et, en même temps, pour libérer un méridien fondamental, le gros intestin (d'après Masunaga).

p.226



Les deux pressions exercées se situent au niveau de zones très importantes et favorisent la libération des fascias de la jambe, des méridiens rein, cœur, Maître du cœur, intestin grêle et de l'artère tibiale postérieure.

*d / Normalisation énergétique :*

Selon les concepts, le terme « énergie » prend un sens différent. Hippocrate la dénomma *Vis Medicatrix Naturae* ou force de vie naturelle. Les Chinois ont pour elle le terme *Chi* ou *Ki*, les Tibétains *Ga Lima* et enfin les Indiens la dénomment *Prana*.

p.227

Cette force de vie peut se trouver également colorée d'une nuance divine. Ainsi, Jésus-Christ lui donna le terme de « lumière ». Selon les philosophies, il existerait une énergie neutre véhiculée dans les méridiens et une énergie divine, source de vie. L'énergie fait également intervenir la notion d'aura, plus spécialement utilisée dans les milieux spirituels, et la notion d'« onde électromagnétique » dans le milieu scientifique.

Et, enfin, l'énergie prend d'autres formes, à savoir l'air, l'énergie essentielle, l'énergie mentale et plus spécialement, pour le fasciathérapeute, l'énergie qui anime le sang.

Ainsi, toutes ces données favorisent l'utilisation de termes différents selon ses appartenances philosophiques, à savoir méridiens pour la médecine orientale, champs électromagnétiques pour les physiciens et les magnétiseurs, corps subtil pour les chercheurs en spiritualité donnant naissance aux notions de chakras, nadis pour ces derniers, etc.

Quoi qu'il en soit, l'unanimité existe pour déclarer :

« CETTE VITALITÉ ÉNERGÉTIQUE APPORTE LA VIE DANS TOUTES LES CELLULES. »

Toutefois, il existe plusieurs modes de rééquilibration de la libre circulation énergétique. La fasciathérapie et la pulsologie, quant à elles, utilisent, pour parvenir à cette fin, trois modalités :

1 / En libérant le tissu conjonctif, car, en effet, les méridiens passent dans le tissu conjonctif, une distorsion

p.228

fasciale ou une densification de celui-ci créant une barrière au passage de l'énergie.

En libérant le tissu conjonctif, le passage de l'énergie retrouve sa parfaite intégrité, sans pour cela être dans l'obligation de faire intervenir les notions de yin et de yang, de dispersion, de stimulation, etc., utilisées par la théorie acuponcturée. Il a été pris soin de montrer quelques exemples de normalisation fascia/énergie associés. De tels propos, cela va de soi, sont issus d'innombrables expériences effectuées en la présence d'acupuncteurs.

2 / En libérant le système artério-veineux, d'une part parce que l'énergie qui anime le sang peut subir les conséquences de perturbations émotionnelles, d'autre part la qualité pulsatile du système liquidien indique la qualité du passage énergétique dans les méridiens.

En libérant une artère, il est fréquent de constater une rééquilibration de la libre circulation dans les méridiens se trouvant à proximité de l'artère.

3 / Par transfert énergétique de thérapeute à patient ou, ce qui est encore plus subtil, de cosmos/thérapeute/patient, formant la véritable trinité nécessaire.

La vocation de cet ouvrage, bien que la tentation soit grande, n'est pas de développer ce thème. Toutefois, il existe plusieurs formes et qualités de transferts.

La première est parfois utilisée par les magnétiseurs. Il s'agit d'un transfert s'effectuant à partir d'échanges magnétiques entre le thérapeute et le patient. Cet échange

p.229

se fait dans des localisations précises, afin de combler certains vides énergétiques.

La seconde fait intervenir la notion de trinité consistant à allumer le foyer d'énergie qui s'était éteint, afin que le patient puisse retrouver une hygiène de vie et mentale nouvelle. Le thérapeute agit, dans ce cas, en catalyseur afin de stimuler la force vitale personnelle du patient.

Le fasciathérapeute utilise ces deux méthodes, tout en recherchant de préférence la seconde. Elle requiert, certes, une neutralité indispensable.

D'une manière générale, ce travail énergétique s'effectue au niveau des contours du champ électromagnétique, sur les chakras, sur le système artério-veineux, sur les trajets des méridiens et sur le tissu conjonctif. Une telle méthode est utilisée souvent en fin de séance pour effectuer une réharmonisation générale de toutes les énergies.

## EN CONCLUSION

La fasciathérapie et la pulsologie consistent à stimuler les défenses naturelles du patient et à redonner de la mobilité là où il y a fixité.

Il convient, pour clore cet ouvrage, de remettre en mémoire la définition de la lésion dans l'esprit du fasciathérapeute et pulsologue.

Toute lésion, quelle qu'elle soit, est le résultat d'une désynchronisation des libres rythmes inhérents osseux, membraneux, liquidiens et énergétiques dont l'origine est toujours une distorsion aponévrotique et fasciale, et dont la conséquence majeure s'exprimera par un ralentissement du flux sanguin.

Toutes ces altérations seront obligatoirement associées dès l'instant que l'une d'entre elles fera son apparition. Par ailleurs, un tel phénomène est responsable de pathologies neuro-vasculaires, neuro-végétatives, neuroendocriniennes.

p.232

Pour la simplicité pédagogique, les normalisations liquidiennes, osseuses, membraneuses, énergétiques ont fait l'objet d'un chapitre isolé. En réalité, LE FASCIATHÉRAPEUTE ET PULSOLOGUE, PAR DES TECHNIQUES MANUEL-LES DOUCES ET PROFONDES, PAR DES PRESSIONS JUSTES, EN DES LOCALISATIONS PRÉCISES, NORMALISE, DANS UN MÊME GESTE, ET SIMULTANÉMENT, LES ALTÉRATIONS OSSEUSES, MEMBRANEUSES LIQUIDIENNES ET ÉNERGÉTIQUES.

En fait, toute l'originalité de la méthode se situe à ce niveau, et, pour parvenir à cette fin, chaque doigt de la main a une partition différente à jouer. Les uns agissent sur les méridiens et les artères, les autres agissent sur les os et les fascias, tout en suivant scrupuleusement l'activité rythmique de tous ces éléments.

Une fois acquises la tension maximum des mouvements mineurs involontaires de l'os, la sensation d'élasticité et la mise en tension des fascias, la pression juste et la prise en étau, les doigts placés sur les carrefours stratégiques, le thérapeute exerce alors une STIMULATION (invitation au tissu à aller là où spontanément il se sent le mieux) et une AMPLIFICATION MI-ACTIVE, MI-PASSIVE vers la réponse obtenue.

Dès lors, apparaîtra une SENSATION D'EFFONDREMENT ou DE FUITE dans un espace indéterminé. Une sensation d'éponge sèche s'engorgeant de liquides exprimera alors une SENSATION DE DÉLIVRANCE, accompagnée de l'APPARITION D'UNE PULSOLOGIE, véritable onde de choc de l'activité énergétique des liquides, immédiate-

p.233

ment suivie d'une APPARITION DE TIÉDEUR LIQUIDIENNE indiquant la merveilleuse phase de régénération, laquelle sera suivie d'une DIMINUTION ou SOULAGEMENT de la douleur ou des manifestations pathologiques.

## Bibliographie

Still, *Recherche et pratique en ostéopathie.*

*La philosophie de l'ostéopathie*

Magoun, *Ostéopathie crânienne*

J.Andreva Duval, *Introduction aux techniques ostéopathiques.*

Marcel BIENFAIT, *Les fascias.*

André FAUBERT, *Traité didactique d'acupuncture traditionnelle*, Editions Trédaniel.

ROUVIÈRE, t. I, II, III, Editions Delmas.

J. WEISCHENK, *Traité d'ostéopathie viscérale*, Editions Maloine.

LAZORTHES, *Le système neuro-vasculaire*, Editions Masson.

L. POURCELOT, *Application de l'examen Doppler*, Editions Specia.

Maître RAM CHANDRA, *La voix de la réalité*

Hoechst Biologie, *La circulation*, Editions G.-A. Marcel.

XUE ZHENG, *Des maladies du sang*, par Denis COLIN.

BRIZON et CASTAING, *Feuillets d'anatomie*, Editions Maloine.

A.-C. Guyon, *Traité de physiologie médicale*.

J. NICK, *Insuffisance circulatoire cérébrale*, Hôpital Tenon – Editions Specia.

Malt MAILLET, *Les tissus de soutien*, Editions Vigot.

p.236

A. BRUNEL, *Introduction à l'étude de l'ostéopathie gynécologique*.

Pr Gilbert LELORD, *Les liquides de l'organisme*.

P. VINCENT, *Le corps humain*, Paris, Editions Vuibert, 1973.

Danis Bois, *Ne pas mourir sa vie*.

Michel GINOULHAC, *Le Rolfing*, thèse de Médecine.

Philippe CENDO et Danis Bois, Polycopiés Lemniscate' Academy.

STRUYF DENIS, *Les chaînes musculaires et articulaires*.

*Cahiers intégrés de la médecine*.

*Fascias*, Polycopiés ATMAN et MTA.

*La médecine aux mains nues et la pathologie vasculaire*, Coll. scientifique Robert et Carrière.

La composition, la photogravure,  
l'impression et le brochage  
de cet ouvrage  
ont été réalisés par  
l'Imprimerie des Presses  
Universitaires de France  
73, avenue Ronsard  
à Vendôme  
pour le compte de l'auteur

La couverture a été imprimée  
par l'Imprimerie Garillon S.A.  
à Vendôme  
d'après une maquette  
de Bernard Jiquel

La marque a fait l'objet d'un dépôt

Imprimé en France juin 1984, n° 20 351