



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Émergence et évolution du concept de la
globalité dans la fasciathérapie
méthode Danis Bois**

**Analyse bibliographique du processus d'émergence et
d'évolution des différentes dimensions du concept de
globalité**

Bruno Dutemple

Porto, 2012



Université Fernando Pessoa

**Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive**

**Émergence et évolution du concept de la
globalité dans la fasciathérapie
méthode Danis Bois**

**Analyse bibliographique du processus d'émergence et
d'évolution des différentes dimensions du concept de
globalité**

Directeur: Prof. Dr. Didier Austray

Bruno Dutemple

Porto, 2012

Abstract :

Cette recherche porte sur l'historicité du concept de globalité en fasciathérapie méthode Danis Bois. Basée sur une analyse bibliographique des écrits du Pr. D. Bois, son fondateur, elle étudie les aspects d'émergence et d'évolution de ce concept, depuis ses racines ostéopathiques jusqu'à sa forme actuelle qui recouvre la notion d'unité somato-psychique. Mon champ théorique présente d'abord les théories de l'organisation du vivant pour y montrer l'importance de la notion de globalité, puis le développement du concept de globalité en ostéopathie, enfin la fasciathérapie dans ses principaux concepts. Mon analyse de ces données est d'inspiration phénoménologique et utilise une méthodologie catégorielle, et a produit une synthèse à la fois conceptuelle et historique des différentes dimensions de la globalité présentes en fasciathérapie.

Resumo:

Esta investigação concentra-se sobre a historicidade do conceito de globalidade em fasciaterapie método Danis Bois. Com base em uma revisão da literatura sobre os escritos do Pr. D. Bois, seu fundador, ela examina os aspectos do surgimento e evolução deste conceito, a partir de suas raízes em osteopatia até à sua forma actual englobando o conceito de unidade somato-psíquica. A parte teórica apresenta inicialmente as teorias da organização do sujeito vivo no sentido de demonstrar a importância da noção de globalidade, em seguida o desenvolvimento do conceito de globalidade em osteopatia, e finalmente em fasciaterapia nos seus conceitos principais. Minha análise destes dados é de inspiração fenomenológica e utiliza uma metodologia categorial, produzindo uma síntese simultaneamente conceptual e histórica das diferentes dimensões conceituais e históricas da globalidade presentes em fasciaterapia.

Remerciements

Mes premiers remerciements vont au Pr. Danis Bois, pour la qualité de son enseignement et la constance de son engagement auprès de ses étudiants : je n'ose le remercier pour l'ampleur de ses découvertes, mais j'assume totalement de lui être reconnaissant d'avoir tant fait pour nous les rendre accessibles... ou pour nous rendre accessibles à elles.

Merci à Didier Austry, mon directeur de recherche, et ami de longue date, d'avoir su veiller sur l'apprenti chercheur, si souvent distrait par le praticien... J'ai souvent été surpris en découvrant en moi le déroulement des conseils qu'il m'avait prodigués, et dont la pertinence m'apparaissait alors. Mon amitié pour lui s'est encore enrichie au cours de cet apprentissage.

Merci à Aline, ma compagne. Évidemment, je dois bien être le principal terrain d'entraînement de sa patience ! Mais aussi, elle a su me faire profiter de son regard et de son écoute, et nos échanges ont souvent été fructueux pour ma recherche.

Merci à tous mes 'aînés' dans la méthode, pour la chaleur de leur présence et le respect attentionné que j'ai si souvent ressenti auprès d'eux. Pour l'exemple qu'ils donnent aussi en étant devenus eux : ils sont un appui important dans ma vie, et bien souvent source d'inspiration !

À tous mes amis, aussi, de cœur avec moi dans cette aventure, qu'ils se soient montrés présents et encourageants, ou simplement patients et disponibles.

À mes patients, enfin, qui m'honorent et m'enseignent de leur confiance.

À Romain, à Pierre...

Sommaire

SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	9
CONTEXTUALISATION	11
I. PERTINENCE PERSONNELLE	11
II. PERTINENCE PROFESSIONNELLE	13
III. PERTINENCE SOCIALE	14
IV. PERTINENCE SCIENTIFIQUE	17
V. QUESTION DE RECHERCHE	18
VI. OBJECTIFS DE RECHERCHE	18
PREMIÈRE PARTIE CHAMP THÉORIQUE	21
INTRODUCTION GÉNÉRALE AU CHAMP THÉORIQUE	22
CHAPITRE 1. L'ORGANISATION DU VIVANT	25
I. LES THÉORIES DU VIVANT AU XIXE SIÈCLE	26
1. La biologie, une science naissante	26
2. Vitalisme	27
3. Matérialisme	29
II. CLAUDE BERNARD, MILIEU INTÉRIEUR ET HOMÉOSTASIE	30
1. Les débuts de la physiologie	30
2. Milieu intérieur	31
3. Nécessité d'un plan	32
III. GÉNÉTIQUE	33
1. Information, code, programme	33
2. La génétique, tout un langage	34
3. Un programme qui tourne en rond	35
4. La donnée, l'épigénétique, le programme distribué	35
5. Une autre idée de plan	36
IV. UNE BOUCLE AVEC LA CYBERNÉTIQUE	38
V. AUTO-ORGANISATION	40
1. L'autoproduction avant l'autoreproduction	40
2. Clôture organisationnelle	41

3. Couplage structural	41
VI. LA PHYSIOLOGIE COMME GLOBALITÉ AUTO-ORGANISÉE	42
1. Intégration neurohumorale et globalité	43
2. Le facteur natriurétique atrial	44
3. Système immunitaire et intégration nerveuse, hormonale et neurovégétative	45
CHAPITRE 2. APPROCHE DE LA GLOBALITÉ DANS L'OSTÉOPATHIE	47
I. STILL : AUX ORIGINES DE L'OSTÉOPATHIE	48
1. Le contexte historique	48
2. L'homme, création de Dieu, ne peut pas être imparfait	50
3. La structure gouverne la fonction	52
4. Ingénieur mécanicien	53
5. La parfaite anatomie	54
6. Unité du corps	55
7. Le fascia, vecteur de globalité et lieu d'expression de la vie et de la mort	56
8. Les fluides de la vie : la règle de l'artère est suprême	57
9. Conclusion	58
II. LITTLEJOHN ET LA PHYSIOLOGIE	59
1. L'opposition Still - Littlejohn	59
2. Importance de la physiologie	61
3. Globalité corporelle	62
4. Globalité environnementale	63
5. Ajustement	64
6. Structure et fonction, une relation mutuelle	65
7. Le traitement ostéopathique général	67
8. Conclusion	69
III. SUTHERLAND ET LE MOUVEMENT CRÂNIEN	69
1. Lignée Still - Sutherland	69
2. Mouvement des os crâniens	70
3. Modèle du Mouvement Respiratoire Primaire	71
4. Évolution du travail proposé, au contact du modèle	73
5. Extension du MRP à la globalité du corps	74
6. Le MRP contesté	76
7. Risques de morcellement de la pratique ostéopathique autour du concept crânien	78
8. Conclusion	80
IV. CONCLUSION À LA PARTIE SUR L'OSTÉOPATHIE	80
CHAPITRE 3. LA FASCIATHÉRAPIE	83
I. LE FASCIA, UNE DONNÉE PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE	83
II. LE MOUVEMENT INTERNE, FORCE D'ANIMATION ET DE RÉGULATION DES TISSUS DU CORPS	86
III. LA RELATION D'AIDE MANUELLE	88
IV. LA PERSONNE APPRÉHENDÉE DANS SA TOTALITÉ COMME UN ESPACE DE SUBJECTIVITÉ	89

1. Psychotonus	90
2. Corps Sensible	91
CONCLUSION AU CHAMP THÉORIQUE	92
<hr/>	
DEUXIEME PARTIE POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	95
<hr/>	
CHAPITRE 1. POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE	96
<hr/>	
I. DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE	96
II. ANALYSE QUALITATIVE	97
III. PRATICIEN CHERCHEUR	97
IV. POSTURE INSCRITE DANS LE PARADIGME DU SENSIBLE	98
1. Implication et distanciation	99
2. Neutralité active	99
CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	101
<hr/>	
I. JUSTIFICATION MÉTHODOLOGIQUE	101
II. CHOIX DES RÉFÉRENCES	102
III. MÉTHODE D'ANALYSE	103
IV. MISE EN RÉCIT	107
TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	109
<hr/>	
CHAPITRE 1. RÉCIT D'INSPIRATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE	110
<hr/>	
I. LES DIFFÉRENTS CONCEPTS DE LA GLOBALITÉ STRUCTURELLE ET FONCTIONNELLE	111
1. La globalité tissulaire	111
2. La globalité liquidienne	114
3. La globalité par l'animation interne	117
4. La globalité par le mouvement sensoriel	126
5. La globalité par la lenteur	129
6. La globalité par le linéaire	131
II. LA GLOBALITÉ ADAPTATIVE, LES DIFFÉRENTES ATTEINTES ET LEURS RELATIONS	135
1. Atteinte des fascias	135
2. Atteinte du périoste et de l'os	139
3. Atteinte du sang et du système neurovégétatif	140
4. Diffusion de l'atteinte à l'ensemble de l'organisme et voie de résonance d'un choc	142
5. Absorption des chocs tant physiques que psychiques dans les tissus	144
III. LA GLOBALITÉ COMME UNITÉ SOMATO-PSYCHIQUE	145
1. Des termes propres à la psychologie utilisés pour le corps	145
2. Le constat du corps comme terrain d'expression du psychisme	146
3. Découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique	149
4. La médiation avec le psychisme dans le toucher manuel	151
IV. LA GLOBALITÉ DANS LA POSTURE ET LA PRATIQUE DU PRATICIEN	153

1. Une posture centrée sur la personne	153
2. Actions et modes d'action globalisants du praticien	156
3. Qualités d'être et compétences du praticien	164
CHAPITRE 2. SYNTHÈSE	171
I. PARCOURS ÉVOLUTIF D'UNE GLOBALITÉ ANATOMIQUE À UNE GLOBALITÉ PAR LE MOUVEMENT	
SENSORIEL	171
1. Première étape	172
2. Deuxième étape	172
3. Troisième étape	173
4. Quatrième étape	173
II. PARCOURS ÉVOLUTIF D'UNE GLOBALITÉ ANATOMIQUE DANS LE CORPS À L'UNITÉ SOMATO-PSYCHIQUE	174
III. GLOBALITÉ ET DÉTAILS	176
IV. GLOBALITÉ ET PRINCIPE D'ÉVOLUTION	178
CONCLUSION	181
I. RETOUR SUR MA QUESTION DE RECHERCHE	181
II. LIMITES	182
III. PERSPECTIVES	184
BIBLIOGRAPHIE	185
ANNEXES	193
LES DIFFÉRENTS CONCEPTS DE LA GLOBALITÉ STRUCTURELLE ET FONCTIONNELLE	194
LA GLOBALITÉ ADAPTATIVE, LES DIFFÉRENTES ATTEINTES ET LEURS RELATIONS	217
LA GLOBALITÉ COMME UNITÉ SOMATO-PSYCHIQUE	224
LA GLOBALITÉ DANS LA POSTURE ET LA PRATIQUE DU PRATICIEN	232
TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CATÉGORIES	253

Introduction

Ma recherche porte sur la question de la globalité, concept clé dans la théorie et la pratique de la fasciathérapie méthode Danis Bois. Ma question s'origine dans ma pratique de fasciathérapeute où, dès mes débuts, j'ai été confronté à l'appréhension de la globalité dans mon geste thérapeutique. En effet, les touchers manuels de la fasciathérapie étaient basés sur la perception et la construction d'une globalité d'animation dans le corps du patient ; et cette construction et cette perception réclamaient un apprentissage que j'ai mis du temps à maîtriser. Cependant, dans le même temps, l'approche globale de la personne dans mon accompagnement thérapeutique m'avait séduit dès le départ. Et donc mes premiers pas dans la compréhension et la maîtrise de la pratique de la fasciathérapie ont été nourris de cette tension entre ces deux dimensions de la globalité.

Avec ce sujet de recherche de master, j'ai choisi d'approfondir cette première problématique.

Ensuite, au long de ces années de pratique, je me suis rendu compte progressivement de l'omniprésence du concept de globalité non seulement comme outil pratique, mais comme un souci permanent qui accompagnait tant l'enseignement que l'évolution de la fasciathérapie, telle que la concevait son fondateur, le Pr. D. Bois. C'est donc pour cela que j'ai décidé d'explorer non seulement le concept de globalité en lui-même, mais son évolution historique à travers les travaux principaux du Pr. D. Bois.

Ma recherche est donc une recherche bibliographique qui, par l'interrogation approfondie de ces textes, vise à modéliser les différentes dimensions de la globalité ainsi que sa logique d'évolution. Avant de présenter ces analyses, je présente mon champ théorique, construit selon trois axes.

Le premier axe interroge la notion de vivant dans les champs disciplinaires de la biologie et de la physiologie pour y rechercher la place de la globalité du point de vue du fonctionnement d'un corps vivant.

Le deuxième axe est consacré à la présentation des principaux concepts de l'ostéopathie, en particulier du point de vue de la notion de globalité. L'ostéopathie étant ici présentée comme l'une des grandes inspirations du fondateur de la fasciathérapie, D. Bois.

Le troisième axe présente les principaux concepts de la fasciathérapie.

Ce parcours théorique sert d'appui à la construction de mes analyses et pour la présentation de la synthèse des résultats.

La deuxième partie est consacrée à la présentation de ma posture épistémologique et à la méthodologie d'analyse de mes données. Cette recherche étant une recherche qualitative d'inspiration phénoménologique, il est donc important de préciser dans ce contexte posture et méthodologie. La méthodologie choisie est qualitative et l'analyse de mes données s'est faite selon une démarche catégorielle.

La troisième partie est consacrée à la présentation des résultats de mes analyses, centrée sur le récit d'inspiration phénoménologique de mise en forme de mes tableaux d'analyse catégorielle (reportés en annexes), ainsi qu'à une synthèse des points principaux que j'ai fait ressortir de mon récit.

Je présente maintenant en premier lieu la contextualisation de ma recherche.

Contextualisation

I. Pertinence personnelle

Ma formation initiale de kinésithérapeute m'avait laissé dans l'insatisfaction de ne pouvoir appréhender la personne comme une unité. Je sentais que la singularité de la personne m'échappait, et je ne pouvais préciser ce qu'il y avait d'unique dans sa manière de répondre ou non au traitement prodigué, que je soupçonnais en lien avec son histoire et son présent face à la maladie.

En grande partie à cause de mon inexpérience, je ressentais une difficulté à appréhender la personne dans son entier, avec un corps et un psychisme non séparés. Les quelques cours de psychologie m'avaient laissé perplexe et dans une grande ignorance, au regard de ce savoir faire que je sentais me manquer. Découragé par la somme de travail que j'imaginai nécessaire dans cette voie encore mal tracée, j'avais fait le deuil de cette expertise rêvée.

Acceptant de revenir au seul soin du corps, j'étais à nouveau insatisfait, cette fois à cause du côté segmenté et local de mon approche. Je me mis donc en demeure de compléter ma formation initiale de kinésithérapeute par un enseignement proposant une approche holistique. Mon choix s'est finalement porté sur la fasciathérapie que le hasard m'avait fait découvrir indirectement, alors que mon peu d'expertise ne m'avait pas permis de départager les différentes écoles d'ostéopathie, technique déjà très en vogue chez les kinésithérapeutes. Je débutai ma formation sans autre préalable que la lecture du livre *La vie entre les mains* (Bois, 1989), qui m'avait laissé un goût de promesse mêlée de mystères à élucider, et une conférence suivie de quelques minutes d'échange avec l'orateur qui avait su alimenter ma curiosité.

J'étais tellement à la recherche d'une technique qui me permette d'améliorer ma pratique thérapeutique auprès de mes patients que jamais je n'ai pensé à l'époque essayer par moi-même la fasciathérapie : je n'avais aucun symptôme ! C'est dire dans quel état m'avait laissé ma formation de kinésithérapeute, dire à quel point j'étais éloigné, professionnellement, de mon propre corps, de mon corps ressentant.

Pourtant, j'avais une pratique régulière de l'escalade au cours de laquelle j'améliorais certains principes d'équilibre, la précision d'ajustement de mes placements et l'importance d'une répartition la plus harmonieuse des contraintes dans mon corps. Tout cela pour minimiser la fatigue, bien sûr, mais surtout parce que tout de soi devait s'engager et s'organiser au mieux pour produire l'effort nécessaire et adapté à tel rocher, la bonne poussée dans les bons appuis, équilibrée par les bonnes tractions selon le bon tempo. Toute une vie de sensations qui se développait aux heures de loisirs sur la falaise...

Mon corps ne m'était donc pas inconnu, loin de là, mais il ne m'était pas apparu qu'il puisse me donner des indications dans ma recherche de formation, par son ressenti à l'occasion d'une séance d'essai.

Pourtant, j'attendais de la technique à laquelle j'allais me former qu'elle me permette d'aider mes patients à retrouver un mieux-être en relation avec la disparition de leurs symptômes, mais aussi de les accompagner vers un *être mieux qu'avant*. Ma formation en kinésithérapie m'avait séduit par ses perspectives d'éducation, avec la prévention par exemple et une sensibilisation que je sentais possible à un certain *prendre soin de soi*.

La fasciathérapie m'a comblé dans ma recherche de globalité physique : j'y apprenais à traiter une articulation au sein de son environnement régional, parfois même *par* son environnement quand il fallait aller libérer d'autres zones qui maintenaient l'articulation dans sa lésion. Je découvrais toute une logique propre à la vie du corps, toute une cohérence sensible qui guidait dorénavant mes traitements.

Mon premier choc a été de rencontrer ce mouvement interne dont j'avais entendu et lu tant de choses qui m'étaient restées mystérieuses. Ressentir mon intériorité abriter comme une envie de se mouvoir indépendante de ma volonté, exprimer comme une curiosité pour telle direction à tel moment et revenir, puis repartir... Le parallèle s'est immédiatement fait en moi, avec les orientations que je pouvais être amené à prendre dans ma vie : sentir cette volonté directionnelle propre à mon corps me faisait imaginer que plus jamais je ne serais seul

à décider de mon sort. Cette sensation me procurait un sentiment de complétude et je me sentais prêt à affronter le plus cornélien des choix qu'on pourrait imaginer, avec l'intuition que je pourrais m'en référer aussi à mon ressenti dans les choix que j'aurais à poser à l'avenir.

En tout état de cause, cette première expérience de la fasciathérapie était venue interroger à nouveau en moi cette idée d'un lien entre corps et psychisme, d'un lien possible et palpable à vivre entre ces deux parties de moi-même, d'où l'émergence de ma préoccupation à propos de la globalité.

Mon second choc fut qu'il me fallait participer aux traitements que j'allais *donner* : il me fallait m'engager physiquement. L'idée m'avait d'emblée séduit, mais je découvrais que mon corps, si fiable sur une falaise, était d'une déconcertante maladresse pour cette danse *a minima* qui m'était demandée dans le plus grand relâchement musculaire. J'allais devoir apprendre à faire corps avec mon propre mouvement interne, à faire corps avec le mouvement interne au corps de mes patients.

Voici plus de vingt ans que j'ai commencé à pratiquer la fasciathérapie, durée au cours de laquelle j'ai continué à me former et j'ai donc suivi les évolutions de la méthode. Alors, effectuer cette recherche aujourd'hui m'apparaît comme l'opportunité de retracer les grandes étapes d'un processus qui s'est fait, pour une part dans un cheminement collectif autour de grandes articulations conceptuelles faciles à dater, mais aussi tout au long d'un cheminement individuel fait de moments d'intégration pratique, parfois moins bien définis dans leur déroulement. J'espère que cette recherche sera l'occasion pour moi de revisiter cette grande trajectoire telle que je l'ai vécue et d'en retrouver certaines étapes ou certains détails dont l'importance ne me serait pas encore apparue. Je compte aussi qu'une meilleure visibilité sur ce parcours et qu'une compréhension renouvelée de la notion de globalité aura un retentissement sur les applications de cette dimension dans ma vie.

II. Pertinence professionnelle

Le cadre théorique de la fasciathérapie m'est toujours apparu comme un système cohérent, organisé de différents concepts qui se mettent en perspective les uns avec les autres.

La notion de globalité, en particulier, m'est apparue dans mon apprentissage comme un concept clé pour plusieurs raisons. En premier lieu, il s'applique à ma pratique et concerne la personne dont il décrit plusieurs dimensions (anatomique, physiologique, et somato-psychique) et leurs relations. Ensuite, tout comme le corps présente une globalité physique et

fonctionnelle, la théorie de la fasciathérapie présente une globalité conceptuelle qu'il convient d'appréhender. Le concept de globalité m'apparaît comme le *fascia de la théorie*, donnant accès à la fois à l'étendue des autres concepts et à la profondeur de l'approche.

La dimension de globalité que véhicule la fasciathérapie apparaît au professionnel qui se forme telle qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire telle qu'elle est devenue. Parmi les apprentissages que doit réaliser le kinésithérapeute qui se forme à la fasciathérapie, figure celui d'un langage propre à cette pratique. J'ai le souvenir, au cours de ma formation, d'avoir cherché à découvrir ce qui, en amont des mots spécifiques de la méthode, avait justifié précisément le choix de tels vocables pour évoquer un vécu corporel précis : *pression de relation, ancrage à distance, îlots de tension*, autant d'expressions dont la signification prenait tout son sens au contact de l'expérience.

Pour ma part, reconnaître que pour parler de l'essentiel de mon vécu, je ne choisirais pas d'autres termes que ceux effectivement retenus dans le modèle correspondant à ce vécu, me signifiait l'intégration et l'appropriation du concept : je pouvais alors partager une compréhension adéquate au concept, justifiée de manière nouvelle par mon vécu.

J'attends de ma recherche qu'elle m'apporte une compréhension détaillée de la structuration de la globalité telle qu'elle a été conceptualisée et une vue des différentes manières d'aborder cette globalité qui ont été développées au cours son enseignement.

Je compte qu'elle me permettra ensuite de savoir mieux appréhender les multiples dimensions qui la composent et donc d'accueillir plus complètement les personnes qui feront appel à mes soins. J'espère améliorer la prise en charge que je leur propose, et les aider dans le besoin qu'elles expriment de vivre de manière rassemblée ces différentes parties d'elles-mêmes.

III. Pertinence sociale

La fasciathérapie est une méthode de soin alliant thérapie manuelle et rééducation gestuelle fondée par le Pr. D. Bois dans les années 1980. Enseignée aux kinésithérapeutes dans le cadre de la formation continue, elle est exercée dans le cadre de la kinésithérapie, et bénéficie donc du socle de connaissances de cette profession, qu'elle vient enrichir de ses spécificités. Elle fait par ailleurs l'objet d'un diplôme universitaire à l'université Fernando Pessoa et constitue une part du programme d'un Master en kinésithérapie sportive.

Précisément, il faudrait parler de *fasciathérapie méthode Danis Bois* pour la distinguer d'autres approches, la plupart ostéopathiques, qui s'intéressent à ce tissu dans leur geste, et constituent le courant des thérapies des fascias.

On peut dire de la fasciathérapie qu'elle constitue une approche globale, ce qui réclame des éclaircissements, à l'heure où notre profession s'efforce d'encadrer ses pratiques.

L'organisation mondiale de la santé définit la notion de santé en tenant compte des dimensions physique, mentale et sociale de la personne : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (O.M.S., 1946). La notion de santé suppose donc une vision globale de la personne. Le ministère de la santé également va dans ce sens, lorsqu'il préconise au kinésithérapeute de tenir « *compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie* » dans l'article R4321-2 du code de la santé publique. Il reprend donc l'idée de globalité de la personne, l'inscrivant cette fois dans le mode de prise en charge que réalise le kinésithérapeute.

D'autres contextes peuvent apporter cependant un éclairage bien différent sur la notion de globalité dans l'approche du patient. Ainsi, la direction générale de la santé, dans sa participation au rapport 2006 de la mission interministérielle de lutte contre les dérives sectaires, constate : « *Les mouvements à caractère sectaire ont investi massivement le champ de la santé et le champ médico-social, notamment à travers des offres de prise en compte globale de la personne dans une perspective dite "holistique".* » (Miviludes, 2006, p. 277). Ainsi, la notion de globalité peut être associée à une forme d'inquiétude, liée à des pratiques non classiques, et aussi à l'utilisation détournée d'un concept qui, par lui-même n'est pas porteur de ces dérives. Pour preuve, les recherches actuelles dans les domaines qui vont de la biologie aux neurosciences, de la sociologie à la psychologie, apportent plus de preuves de la place de la notion de globalité que le contraire. C'est dans cet esprit que j'aborde aussi cette recherche, en espérant contribuer à la démystification de la notion de globalité et à la reconnaissance de son importance sur les plans théoriques et pratiques.

Je souhaite que ma recherche contribue à faire comprendre les implications de la fasciathérapie en termes de globalité, à la faire mieux connaître dans le milieu du soin à la personne, la kinésithérapie en particulier, et dans les différentes instances d'encadrement nécessaires à l'épanouissement de notre profession.

Une autre manière de comprendre le terme d'approche globale décrirait une globalité qui concerne non plus la personne, mais une globalité de moyens. Dans cette deuxième acception, on peut convenir que le kinésithérapeute est formé pour, et habitué à utiliser un ensemble composé de techniques diverses, qu'il choisit de manière libre et appropriée. Il engage sa responsabilité dans les choix qu'il opère, et son professionnalisme lui permet d'en justifier. La variété de l'offre de formation continue atteste de cette habileté qu'il a développée à proposer un panel de techniques variées.

La fasciathérapie est une méthode globale dans les deux sens du terme. Le fasciathérapeute choisit au cours de différentes conditions de séance, approche manuelle, approche gestuelle, d'utiliser des outils codifiés propres à la méthode, comme toucher de relation, toucher symptomatique, toucher psychotonique, point d'appui, accordage somato-psychique, gymnastique sensorielle, etc. La globalité propre à la fasciathérapie offre une cohérence dans l'utilisation qui est faite de ces différents outils. D'autre part, le fasciathérapeute, par la pratique qu'il propose, vise à concerner une globalité chez son patient, qui prend différentes dimensions, structurelle et fonctionnelle, adaptative, somato-psychique.

L'histoire qui nourrit la communauté singulière que nous constituons ne fait pas référence à des générations antérieures, ainsi que peuvent le faire les ostéopathes avec leurs aînés, mais doit s'appuyer sur les choix théoriques et pédagogiques qui ont conduit à la méthodologie telle que nous la découvrons aujourd'hui. L'histoire des concepts clés de la méthode, celui de la globalité en particulier, son évolution depuis le contexte originel jusqu'à nos jours, les choix et les découvertes qui l'ont progressivement modelé tel que nous le connaissons actuellement déterminent fondamentalement et très concrètement la pratique qui est la nôtre aujourd'hui. J'espère que chacun pourra tirer profit de ce travail dans son appropriation de l'intelligence des concepts autour de celui de globalité, et dans son mouvement de reconnaissance du paradigme dans lequel s'inscrit sa pratique.

Je compte que ma recherche, mettant en lumière certains aspects historiques des processus d'émergence et d'évolution qui ont produit le concept de globalité en fasciathérapie, dans ses contours comme dans son contenu et son organisation, participe à aider les fasciathérapeutes à mieux appréhender la richesse de leur art.

IV. Pertinence scientifique

La fasciathérapie est une méthode d'une grande vitalité conceptuelle. D. Bois, son fondateur se réclame d'une filiation ostéopathique. La fasciathérapie s'est émancipée de l'ostéopathie, D. Bois se démarquant à la fois d'un système de pensée préexistant et organisé, et d'un mode de prise en charge présenté comme cohérent, pour mettre en place un nouveau cadre théorique et pratique : « *À aucun moment je ne renie les bases sur lesquelles [la fasciathérapie] a été fondée. Mais au-delà des concepts somme toute confortables reflétant l'évolution logique de mon expérience d'ostéopathe, je me situe désormais dans un cadre de référence en perpétuelle mutation.* » (Bois & Berger, 1990, p. 21)

L'ostéopathie avait été développée par quelques grands noms, comme nous le verrons dans le cadre théorique de cette recherche, notamment à partir de deux grandes idées : la divine perfection en l'homme, pour Still et la *folle idée d'un mécanisme respiratoire* pour Sutherland. C'est peu à peu que les développements théoriques ont trouvé leur application dans la pratique ostéopathique.

Pour la fasciathérapie, à l'inverse, c'est l'analyse de sa pratique qui a poussé D. Bois à s'éloigner du modèle ostéopathique. De la même manière, pour la construction des concepts fondateurs innovants, il s'est appuyé sur sa pratique, comme il en témoigne. « *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, 1990, p. 21). La fasciathérapie s'est ainsi vu constituer un cadre théorique propre et une méthodologie d'action originale.

À cet enrichissement mutuel qui se joue entre les deux pôles de la pratique et de la théorie, il faut ajouter une autre source de créativité, l'enseignement. En effet, dès 1986, Danis Bois explique par le besoin pédagogique la conceptualisation de la méthode. « *Cette thérapie est née de l'expérience sensible de son fondateur. La rationalisation n'est que secondaire : elle est née du besoin pédagogique de guider ceux dont la perception est encore balbutiante.* » (Bois, 1986a, p. 7).

Les difficultés rencontrées par les étudiants ont sans doute permis que soit levé le voile sur certains allants de soi, incitant le fondateur à trouver de nouvelles formulations pour guider ou rendre compte des pratiques et de leurs enjeux,. Ainsi furent construits de nouveaux

modèles et protocoles qui permettaient de mieux décrire tant les contenus que les méthodologies de relation et d'action.

La fasciathérapie ayant atteint une certaine maturité théorique et ayant stabilisé sa pratique, sa croissance prit une nouvelle forme avec la création d'un laboratoire de recherche dans lequel des fasciathérapeutes peuvent se former à la recherche en utilisant des modes d'analyse compatibles avec le type de relation qui s'instaure entre le praticien et son patient, et entre le patient et son intériorité sensible.

Depuis 2007, avec le *Fascia Research Congress* à Harvard Medical School à Boston, et avec le prochain *Fascia Congress Brussels*, se manifeste de manière croissante l'intérêt de chercheurs et de praticiens de diverses nationalités et de diverses spécialités, pour le fascia dont ils se font les experts, dans ses composantes biologiques et mécaniques.

Ma recherche a aussi pour ambition de mieux cerner ce que veut dire *globalité* sur le plan théorique, ainsi que de mettre à jour l'importance de la notion de globalité dans les sciences du vivant. Montrer comment cette notion imprègne les théories des fondateurs de l'ostéopathie éclairera le contexte d'émergence de la fasciathérapie et j'espère montrer l'originalité des concepts qui ont spécifié cette méthode en un tout cohérent.

V. Question de recherche

Ma recherche questionnera la nature des différentes dimensions de la globalité mises en œuvre en fasciathérapie méthode Danis Bois, depuis son impact tissulaire jusqu'à son influence sur l'unité de l'être. Elle analysera le déroulement des étapes qui ont conduit le concept de globalité depuis son origine ostéopathique à la maturité qu'on lui connaît aujourd'hui, étapes qui ont marqué l'évolution de la pratique de la fasciathérapie.

Ma question de recherche est donc : **Comment le concept de la globalité s'est construit dans la fasciathérapie méthode Danis Bois ?**

VI. Objectifs de recherche

Je sais l'importance de la globalité dans l'approche que je mets en pratique quotidiennement : mes patients en attestent de diverses manières. Mais je sais aussi que cette richesse, en tant que variété des propos, recouvre un grand nombre de vécus, et qu'il ne faut pas se contenter de l'approximation du vocable *global*. Il me paraît important, pour un bon

accompagnement, d'identifier dans le détail les contenus de la globalité, de même que l'incidence des différentes formes de globalité sur la personne elle-même.

Aussi, les objectifs de ma recherche sont :

- Identifier le contexte dans lequel s'est jouée l'émergence progressive du concept de globalité
- Identifier les différentes dimensions de la globalité mises en œuvre dans la pratique en fasciathérapie
- Identifier les relations entre ces différentes dimensions dans le processus d'évolution de ce concept
- Dégager les différents enjeux théoriques, pratiques, et existentiels du concept de la globalité

PREMIÈRE PARTIE

CHAMP THÉORIQUE

Introduction générale au champ théorique

Si on se réfère à la définition du centre national de ressources textuelles et lexicales, la globalité est « *ce qui forme un tout, un ensemble* ». On peut entrevoir cette définition de la globalité comme tout ou ensemble de deux manières complémentaires. La première, statique, est de concevoir un tout comme un ensemble de parties reliées entre elles et qui possède une certaine unité due par exemple à un contour. L'exemple en rapport avec notre recherche est évidemment le corps, considéré justement comme un ensemble de parties, organes, squelette, muscles, contenus ensemble par des liens internes et délimité par la peau.

La deuxième, dynamique, est de pointer dans la définition non pas le terme de tout ou d'ensemble, mais le terme de « *ce qui forme* » c'est-à-dire de concevoir qu'un tout n'existe en tant que tout que parce que ce tout forme une unité cohérente ou dynamique, ou encore parce qu'il maintient cette cohérence dans le temps. Ce qui compte alors, ce n'est pas la forme elle-même mais le maintien de cette forme dans le temps et les processus qui participent au maintien de cette forme.

C'est pourquoi, dans mon champ théorique, j'ai choisi de regarder ce que peut signifier l'approche du corps en tant que globalité, soit statique, soit dynamique. Il me semblait alors important de mettre en lien la notion d'unité dynamique corporelle et la notion de vivant.

Ainsi, la première partie de mon champ théorique est consacrée à l'abord historique et philosophique des théories du vivant en biologie. Cette partie, à l'occasion de l'exposition des controverses entre théories finalistes et théories mécanistes du vivant, montrera que l'abord du vivant comme globalité débouche forcément sur la question de la finalité. Le fait de rendre compte du maintien d'une unité dynamique cohérente oblige à poser la question d'une forme d'intelligence à l'œuvre, que cette intelligence soit immanente à l'organisme vivant ou qu'elle soit considérée comme la marque d'une transcendance ; cette dernière dichotomie étant le cœur de la controverse entre matérialistes et vitalistes. Mais mon approche ne sera pas que

historique, je me suis aussi intéressé aux théories modernes de l'auto-organisation. Ces dernières veulent échapper au choix entre vitalisme et matérialisme et prétendent proposer une troisième voie pour expliquer la notion du vivant d'un point de vue biologique. L'auto-organisation est pour moi intéressante parce qu'elle offre un autre déploiement de la notion de globalité, en avançant l'idée que l'unité et la cohérence dynamiques d'un vivant reposent sur l'entrelacement entre le tout et ses parties : la cohérence du tout repose sur la participation de ses parties, mais en même temps, le fonctionnement d'une partie quelconque ne se comprend que par rapport à la cohérence globale du tout. Les théories de l'auto-organisation offrent donc un autre regard sur l'appréhension de la notion de finalité.

J'ai chois de conclure cette partie sur le vivant en illustrant, avec quelques exemples paradigmatiques tirés de la physiologie, ces notions d'enchevêtrement entre tout et parties. Les découvertes scientifiques récentes sur les fonctionnements des systèmes immunitaire, neurovégétatif et neuroendocrinien ont particulièrement bien mis en lumière que ces systèmes fonctionnent de manière intégrée, mais qu'en même temps, le fonctionnement de chacun d'eux ne se comprend que par rapport à une finalité globale.

Ce déploiement de la notion de globalité en lien avec le vivant comme finalité éclaire les approches thérapeutiques qu'on appelle *méthodes globales*. Ceci prend sens dans le cadre de ma recherche qui concerne la fasciathérapie. En effet, la fasciathérapie méthode Danis Bois est, c'est connu, issue de l'ostéopathie et partage avec elle l'approche du corps comme globalité vue justement en tant qu'unité dynamique. C'est pourquoi les deux autres parties de mon champ théorique sont consacrées à l'ostéopathie et la fasciathérapie.

L'ostéopathie a toujours considéré le corps comme possédant une intelligence propre, à la fois dans la logique de sa structure et dans sa cohérence dynamique. Les fondateurs de l'ostéopathie ont aussi toujours soutenu que la vie dans le corps dépassait le cadre du matérialisme, cela se retrouve dans la notion de mécanisme respiratoire primaire, horloge qui marque autant un rythme temporel qu'une cohérence spatiale dans le corps. Ce qui sera intéressant à montrer, c'est que cette cohérence globale est le résultat d'un principe unique et unitaire. Le fait que ce principe unitaire soit, pour Still en rapport avec l'idée de Dieu, idée qu'on n'est pas forcé de partager, n'enlève en rien la pertinence de ce regard sur la globalité du corps vivant.

La fasciathérapie partage à l'origine avec l'ostéopathie cette même philosophie du vivant, ou de ce qui fait qu'un corps est un corps vivant. L'objectif de cette partie est de poser

des concepts généraux sur la fasciathérapie méthode Danis Bois pour montrer à la fois sa filiation avec l'ostéopathie et son originalité propre, et aussi pour poser le cadre général dans lequel ma recherche sur la globalité prend tout son sens.

En conclusion, cette étude théorique montre que la notion de globalité porte en elle une richesse de significations possibles et que loin d'être un slogan généraliste, elle réclame une approche précise pour ce qui concerne la compréhension du corps et du vivant dans le corps.

De plus, elle m'a apporté les premiers éléments nécessaires à l'analyse qualitative de mes données sous la forme de premières catégories qui m'ont permis de procéder à ma première classification.

Chapitre 1. L'organisation du vivant

Pour appréhender l'organisation du vivant, il est intéressant d'en retracer un historique condensé. Nous placer dans une dynamique temporelle, lors de ce bref exposé, pourra faire écho à mon sujet qui, par nature, s'inscrit également dans une chronologie, ainsi qu'à la partie théorique sur la globalité au sein de l'ostéopathie, qui se déroule sur l'ensemble du XX^{ème} siècle.

Le choix historique trouve par ailleurs une justification épistémologique : un rapide panorama des théories défendues au cours de ces derniers siècles au sujet du vivant permet d'en saisir l'évolution et le rebondissement des idées. Au mécanisme qui caractérisait l'animal-machine de Descartes, les vitalistes ont répondu par une force vitale animant la matière, avant que les matérialistes parviennent à expliquer les phénomènes observés dans le vivant sans qu'il ne soit plus besoin de faire appel à un principe extérieur à la matière. La difficulté principale qu'ont partagée ces différents courants consistait en cette apparente finalité du vivant qui semble doué d'une intelligence propre, tant dans sa manière de se construire que dans sa capacité à se maintenir en un tout cohérent, malgré des lois physico-chimiques qui imposent généralement altération et corruption à la matière.

Si certaines de ces théories n'ont plus cours aujourd'hui, elles restent néanmoins des voies qui ont été ouvertes pour éclairer le sujet qui est le nôtre, et demeurent des tendances, parfois des dérives encore possibles lors de nos réflexions actuelles. D'autres ont si fortement teinté la pensée qu'elles ont fini par faire partie du cadre admis, au point de constituer des allants de soi et priver la compréhension d'une part de profondeur.

Les orientations de recherche les plus récentes, qui ont pour elles l'avantage de pouvoir s'appuyer sur les développements et les limites de leurs aînées, nous parlent de complexité et d'auto-organisation.

I. Les théories du vivant au XIXe siècle

1. La biologie, une science naissante

Auguste Comte (1798-1857) disait dans son *Cours de philosophie positive* « *On ne connaît pas complètement une science tant qu'on n'en sait pas l'histoire* ». Quelques dates clés auront pour effet de nous sortir de l'état moderne de connaissances dans lequel nous sommes plongés et de nous resituer dans la perspective d'une pensée scientifique qui s'élabore en même temps qu'elle construit ses outils.

Si l'origine des sciences de la nature et du vivant se perd dans la nuit des temps, la biologie n'existe que depuis 1802, inventée par le naturaliste français Lamarck. L'allemand Schwann établit la théorie cellulaire en 1839, définissant la cellule comme l'unité de base du monde vivant, végétal comme animal, mais on ne trouve cependant aucune mention du compartiment intracellulaire dans les travaux de Claude Bernard.

En Angleterre, Darwin établit sa théorie de l'évolution en 1838, mais attend de l'avoir suffisamment étayée pour faire face aux réactions vives auxquelles il s'attend, et ne publie qu'en 1859 son livre *De l'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle*.

Dès 1828, le chimiste allemand Friedrich Wöhler (1800-1882) avait réussi à obtenir de l'urée, une molécule caractéristique du monde vivant, à partir d'un composé minéral. Cette expérience remettait en question l'idée qui avait dominé jusqu'alors, selon laquelle les molécules « organiques » ne pouvaient provenir que de constituants ou de dérivés d'organismes vivants habités par la « force vitale ».

Il se trouvait cependant un certain nombre de scientifiques qui s'attardaient à défendre l'idée de génération spontanée, et c'est en 1859 qu'éclate la controverse entre Louis Pasteur et Félix-Archimède Pouchet, auteur de « *Hétérogénie ou Traité de la génération spontanée* ».

Les points de rivalités les plus centraux, entre les différents promoteurs des sciences de la vie, qu'ils soient scientifiques ou philosophes, s'articulaient finalement autour de la manière qu'il convenait d'aborder la question de la vie elle-même.

Pour les mécanistes, les seules lois de la physique, la matière et le mouvement, suffisaient à expliquer la vie. Pour les vitalistes, le vivant était l'expression d'une propriété particulière, un *principe vital*, distinct tant de l'âme que des propriétés physico-chimiques du corps.

2. Vitalisme

Le vitalisme ne constitue pas une doctrine structurée de manière homogène, mais est plutôt l'émanation d'un effort pluriel, entre la fin du XVIIe et la seconde moitié du XIXe siècle, en réaction à la doctrine de Descartes (1596-1650). Le dualisme strict que celui-ci avait instauré entre substance étendue (l'objet de la physique) et substance pensante (l'âme) ne laissait pas de place à la vie :

« La vie disparaît dans ce dualisme, elle n'a plus sa place dans une philosophie qui ne connaît que matière et pensée. » (Pichot, 1994, p. 10)

La conception cartésienne de l'homme-machine répondait pleinement aux lois mécanistes de la physique, et l'âme lui donnait la pensée et, avec elle, la capacité à se mouvoir. Les partisans de l'animal-machine réglèrent la question de la conception et de la construction du corps avec les théories de la préformation et de l'emboîtement des germes¹.

Le principal argument des vitalistes, face au mécanisme cartésien, nous est livré par Antoine Augustin Cournot (1801-1867). Mathématicien aujourd'hui connu pour ses théories économiques, il était aussi philosophe et voulait à ce titre penser l'articulation et la différence du déterminisme physique, de la vie, de la liberté et du hasard :

« (...) rien ne nous autorise à croire qu'on puisse rendre raison de tous les phénomènes avec les notions d'étendue, de temps, de mouvement. Les actes des êtres vivants, intelligents et moraux ne s'expliquent nullement, dans l'état de nos connaissances, et il y a de bonnes raisons de croire qu'ils ne s'expliqueront jamais par la mécanique et la géométrie. » (Cournot, cité par Martin, 2011, p. 104)

Les vitalistes établirent alors un nouveau principe, une substance vivante distincte de l'âme, qui aurait en charge d'animer la matière des organismes vivants. Cette force d'animation est diversement responsable, selon les auteurs, de la croissance jusqu'à la forme adulte, du maintien et de la conservation du corps formé, de tout ou partie de l'économie animale. On trouve cette force vitale diversement articulée, également, aux principes alors reconnus de physique et de chimie, qu'elle les respecte, les enrichisse ou les remplace au sein de la matière vivante :

¹ Selon ces théories, l'animal existe, déjà formé mais réduit, dans les gamètes (ovule ou spermatozoïde, selon les écoles) et n'a plus qu'à se développer en taille. Pour expliquer le jeu des filiations, les animaux adultes actuels sont déjà présents en mode réduit dans les gamètes de leur parent qui étaient à leur tour présents dans les gamètes de leur parent, et ainsi de suite par emboîtement, jusqu'à l'origine du monde.

² L'ensemble de ses productions écrites (thèses, mémoires, ouvrages, et carnets de notes) est recensé (et

« Ce passage au vitalisme est terriblement confus dans la physiologie du XVIIIe siècle. Se mêlent toutes sortes de thèses prêtant à la matière vivante des propriétés particulières d'élasticité, de contractilité, de sensibilité, sans qu'on sache toujours très bien si ces propriétés sont considérées comme simplement physiques ou comme spécifiquement "vitales". Rien n'est vraiment précis... » (Pichot, 1994, p. 19)

En France, le courant vitaliste est porté par l'école de Montpellier et son chef de file, le docteur Paul-Joseph Barthez (1734-1806). Après avoir présenté dans son ouvrage les forces du monde minéral, il en vient au vivant qui ne saurait s'expliquer par les forces physico-chimiques :

« Enfin des principes de mouvement d'un ordre supérieur, sont les forces vivantes des animaux et celles des végétaux ; dont les fonctions ne peuvent s'expliquer par des lois de Statique, d'Hydraulique ou de Chimie. En suivant les plans que l'Auteur de la Nature a tracés pour chaque espèce, ces Principes produisent et conservent dans les divers individus une extrême variété de formes superficielles et d'organisation intérieure. » (Barthez, 1778, p. 56)

On trouve, guidés par le philosophe québécois François Duchesneau, une autre illustration de la pensée vitaliste, telle qu'elle était portée par Blumenbach (1752-1840). Ayant écarté les propriétés de l'âme, cet anthropologue allemand définit les forces vitales comme étant celles « qui appartiennent exclusivement à la matière organique dont nous sommes composés » (Blumenbach, cité par Duchesneau, 2011, p. 82), précisant ainsi qu'il s'intéresse bien à la sphère matérielle. Il distingue alors trois *forces communes* – de contractilité pour les tissus conjonctifs, d'irritabilité pour les tissus musculaires et de sensibilité ou force nerveuse, que l'on trouvait dans toutes les parties du corps selon leur organisation histologique – et une quatrième force qu'il nomme *vie propre* pour « certaines parties de notre corps [qui] remplissent les fonctions spéciales dont la nature les a chargées » (Blumenbach, cité par Duchesneau, 2011, p. 82).

Un cinquième élément qu'il nomme le *Bildungstrieb* apparaît, déterminant comme en amont, sur le plan organisationnel, la nature des tissus et subséquemment leurs fonctions :

« Cette force de formation est la cause efficiente de tout acte conservateur et reproducteur. C'est par elle que les matières génératives et nutritives sont (...) commuées en parties susceptibles ou de contractilité, ou d'irritabilité ou de sensibilité, ou de vie propre. » (Blumenbach, cité par Duchesneau, 2011, p. 83)

Le *Bildungstrieb* de Blumenbach est donc en quelque sorte la force première, une sorte de pulsion créatrice de vie qui se différencie au cours de la croissance de l'organisme pour incarner les différentes fonctions vitales. De manière générale, ces forces vitales expliquent la nature du vivant :

« En effet, ce sont ces forces qui donnent aux organes leur irritabilité et leurs principes de mouvement, sans lesquels on ne peut concevoir ni nutrition, ni accroissement, ni action réciproque des parties sur le tout, ou du tout sur les parties, pour la conservation de l'être organisé [et sa reproduction]. » (Blumenbach, cité par Duchesneau, 2011, p. 87)

3. Matérialisme

Face au vitalisme qui introduit un dualisme principe vital /matière, certains savants ou philosophes proposèrent une vision bâtie sur un fondement matérialiste qui se voulait unifiant :

« Le matérialisme est une doctrine de l'unité, qui prétend rendre compte de la variété et de la diversité, en plaçant cette unité dans une substance, dont toutes les formes et propriétés susceptibles de se rencontrer sont des transformations. » (Largeault, 2007, p. 1)

La substance constituant l'ensemble de notre monde, sous toutes les formes qu'il prend, doit donc permettre d'expliquer tous les phénomènes observables, ce qui définit la démarche réductionniste, comme le présente le philosophe Jean Largeault :

« Le réductionnisme tend à dériver le supérieur (le conscient, le vital) de l'inférieur (le physico-chimique). N'attribuant de réalité qu'aux constituants les plus petits de l'univers et interprétant les niveaux d'organisation supérieurs en termes des inférieurs, il apparaît comme un aspect du matérialisme (...). (Elle) affirme alors la réductibilité du niveau de description supérieur (biologique) au niveau de description inférieur (physico-chimique). » (Ibid.)

Le XIX^{ème} siècle semble marquer un tournant pour la science, qui s'ancre dans un matérialisme progressivement victorieux. La démarche réductionniste commence à faire ses preuves. Mais si ces thèses ont commencé à trouver un écho favorable dans les sciences en général, leur application à la biologie se heurte au problème encore difficile de l'apparente finalité qui fait saillie en deux endroits : la croissance des organismes à partir d'un œuf indifférencié paraît difficile à expliquer, de même que l'unité d'un organisme vivant, quelles

que soient ses variations. C'est seulement dans les années soixante, comme nous le verrons plus loin, que la notion de programme semblera apporter une solution et que pratiquement toute position vitaliste disparaîtra :

« Pour [Mayr], à l'évidence, un programme génétique est inscrit dans la séquence nucléotidique des ADN et ce programme fournit une explication mécanique, non vitaliste, au développement orienté des organismes. Ce développement apparemment finaliste ne l'est pas ; il est finalisé, mais de façon mécanique. » (Atlan, 1999, p. 14)

Mais, dans cette seconde moitié du XIX^{ème}, le problème encore difficile de l'apparente finalité tend à faire séparer le vivant et le non vivant en deux mondes dont les lois ne seraient pas superposables. Tout se passe comme si le vivant semblait soumis à ses propres lois, ou plutôt ses propres buts, et était doué d'une intelligence propre :

« À la conception moniste et causale, où les phénomènes naturels sont produits par le jeu des forces physico-chimiques immanentes à la matière, s'oppose la conception 'dualistique', où l'explication mécanique est tenue pour valable dans le domaine inorganique, mais non-valable pour rendre compte des mouvements et de la morphogenèse des animaux et des végétaux. » (Largeault, 2007, p. 3)

Une autre voie, intermédiaire et innovante, a été ouverte par Claude Bernard : ses travaux tendent à montrer qu'il existerait une logique propre au niveau du physico-chimique.

II. Claude Bernard, milieu intérieur et homéostasie

1. Les débuts de la physiologie

C'est Claude Bernard² (1813-1878) qui a donné à la physiologie naissante son socle de rigueur positiviste, en poursuivant l'effort impulsé en médecine par son maître, François Magendie qui s'était fait l'apôtre de l'expérimentation en médecine :

Bernard « se donne pour but de définir les bases de la médecine expérimentale et d'établir des préceptes rigoureux de l'expérimentation appliquée à l'étude des êtres vivants ». (Berthoz, 1999, p. 144)

² L'ensemble de ses productions écrites (thèses, mémoires, ouvrages, et carnets de notes) est recensé (et souvent accessible à la lecture directe) sur le site <http://www.claude-bernard.co.uk/> qui propose une biographie du chercheur.

Dans ce contexte de profonds changements conceptuels qu'est le XIXe siècle, ses travaux ont eu une importance considérable, faisant progresser notre compréhension des mécanismes spécifiques du vivant. Comme il en témoigne au collège de France, le vivant semble se comporter d'une manière bien particulière, d'un point de vue physico-chimique :

« Souvent, en effet, nous aurons l'occasion de vous prouver qu'il se passe, pendant la vie, des phénomènes physiques et chimiques qu'il aurait été absolument impossible de prévoir par les faits physiques ou chimiques connus, parce qu'ils n'ont leurs analogues nulle part en dehors de l'organisme vivant. » (Bernard, 1999, p. 160)

2. Milieu intérieur

Dans l'effort général pour définir l'être vivant, notamment dans ses rapports avec son environnement, il propose une vision innovante, faisant de l'indépendance une notion qu'il nuance :

« Certains physiologistes ont dit que ce qui caractérisait l'être vivant c'était son indépendance vis-à-vis des phénomènes extérieurs. Cependant cette indépendance est loin d'être absolue : l'être vivant n'est indépendant de l'extérieur que d'une manière toute relative (...) et vous verrez que cette indépendance n'est qu'apparente et n'existe pas vraiment. » (Bernard, 1866, pp. 37-38)

Cette posture semble découler en toute logique de sa découverte, la notion de milieu intérieur, qui sera conjointement développée avec celle d'homéostasie, inventée par un autre physiologiste, Walter Bradford Cannon. L'organisme parvient à se protéger des variations trop grandes de son environnement et à maintenir en son sein des conditions qui demeurent compatibles avec la structure et le fonctionnement de ses constituants :

« Il faut toujours considérer les milieux extérieurs comme transmettant leurs actions dans les milieux internes qui constituent ainsi une sorte d'intermédiaire entre le milieu cosmique et les éléments organiques de l'être vivant. » (Bernard, 1866, p. 54)

Cette rupture avec l'environnement est d'autant plus marquée que l'organisme considéré est organisé et présente à étudier un degré élevé de complexité :

« À mesure que le milieu intérieur s'élève, il tend à s'isoler plus complètement des milieux extérieurs, et présente des conditions organiques modifiées d'une manière spéciale pour le développement des éléments anatomiques, qui sont ainsi de plus en plus protégés contre l'influence du dehors. » (Bernard, 1866, p. 58)

Tout, dans le monde du vivant, semble être au service de la survie de l'organisme et du maintien de l'espèce ce qui, dorénavant, signifie être finalement au service de la stabilité des conditions élémentaires des phénomènes de la vie :

« Tous les mécanismes vitaux, quelques variés qu'il soient, n'ont toujours qu'un but, celui de maintenir l'unité des conditions de la vie dans le milieu intérieur. » (Bernard, cité par Changeux, 1976, p. 57)

3. Nécessité d'un plan

On voit poindre la notion de finalité qui était, nous en avons parlé, sous-jacente aux débats d'idées et, avec elle, la question du déterminisme, qui se posait de manière nouvelle depuis que l'existence d'une organisation des espèces commençait à être admise, et que l'agencement des organismes commençait à être mieux compris.

Dans cette question cruciale en biologie fonctionnelle, de ce qui fait l'ordonnement des matériaux en un tout physiologiquement cohérent, subsistait un malaise autour de l'idée de réductionnisme harmonisé qu'on pouvait trouver chez Bernard. Il avait toujours œuvré pour qu'aux côtés de la physique et la chimie, sciences de la réduction, la physiologie garde ses phénomènes spéciaux et ses lois propres, ses plans d'organisation :

« Pour Claude Bernard, ce concept de plan d'organisation était essentiel, il constituait une espèce de complément à la physique et à la chimie, complément indispensable pour pouvoir comprendre la physiologie. (...) L'idée de plan d'organisation impliquait une finalité, à la limite même une forme d'intentionnalité de la vie ou du vivant, ce qui est inacceptable pour une conscience scientifique mécaniste. » (Atlan, 1999, pp. 13-14)

Dans les années soixante, les progrès techniques allaient permettre de réaliser des investigations à un niveau d'organisation inférieur, moléculaire, et la découverte du code génétique allait rendre possible la reformulation de cette idée d'un plan d'organisation, en la débarrassant de son contexte vitaliste.

III. Génétique

Dans les années 50, la génétique ouvrait de nouvelles perspectives qui permirent de revisiter la question de l'organisation du vivant. On accédait en même temps au support de la transmission génétique, et à des questionnements d'un ordre nouveau sur l'ontogénèse.

1. Information, code, programme

C'est longtemps après que la génétique mendélienne³ ait défini des lois de transmission de certains caractères (1866), qu'on a pu identifier un support matériel pour les fameux gènes opérationnels, jusqu'alors considérés seulement sur un plan conceptuel : la responsabilité de l'ADN dans le port de l'information héréditaire est montré en 1944 (Avery, MacLeod et McCarty).

Les bases de la biologie moléculaire sont jetées, qui permettent de comprendre comment la matière s'organise au niveau de cette chimie fine, comment se synthétisent des molécules complexes comme l'ADN et plus généralement les protéines, autour de la notion d'information portée par la structure :

« La découverte du code génétique, clé de la correspondance entre la structure des ADN et celle des protéines, permet en effet, pour la première fois, d'introduire efficacement la notion d'information en biologie, information dite génétique. » (Atlan, 1999, p. 14)

Les mécanismes de l'hérédité devenaient clairs, et on allait devenir capable, à mesure que l'on découvrirait les séquences de code, non seulement de décrire mais d'expliquer comment se développe un organisme, et comment tel organisme allait se comporter une fois mature, d'un point de vue biologique. La même clé, ou le même trousseau, pour l'ontogénèse et pour le déterminisme des comportements fonctionnels métaboliques :

« On considérait que les gènes qui sont contenus dans le noyau cellulaire contrôlent activement non seulement la structure et le fonctionnement des organismes adultes mais aussi le développement embryonnaire. » (Atlan, 1999, p. 43)

³ Johann Gregor Mendel (1822-1884), moine et botaniste autrichien, a posé les bases théoriques de la génétique et de l'hérédité moderne en étudiant les hybrides végétaux. Ses travaux, qui avaient laissé son contemporain Charles Darwin dans l'indifférence, ne furent redécouverts qu'au début du XXe siècle.

De la notion de code à celle de programme, le pas a été vite franchi, et admis généralement comme cadre de recherche pour étudier les mécanismes de la transmission de l'information génétique. Le cadre ainsi défini, même s'il comportait des failles théoriques, a eu une portée heuristique importante, donnant des résultats aux applications pratiques prometteuses, dont le programme du génome humain est un bel exemple.

Ce que Atlan a nommé *a posteriori* le *tout génétique* fut cette tendance à croire, dans la lancée des prodigieuses promesses de compréhensions possibles qui accompagnaient cette cascade de découvertes, qu'on avait trouvé la réponse à toutes les questions qui se posaient à propos de la cellule :

« *L'erreur théorique ou épistémologique consiste à prétendre expliquer l'ensemble des fonctions cellulaires à partir de ce corpus de connaissances nouvelles.* » (Atlan, 1999, p. 17)

2. La génétique, tout un langage

La notion de *programme génétique* pour décrire et expliquer des mécanismes de l'hérédité, si elle a été une métaphore utile pour définir des cadres d'expériences, s'est vite révélée comme un piège sémantique d'autant plus marqué que les images abondaient dans la communication pédagogiquement simplificatrice. Insidieusement, se sont opérés des glissements conceptuels qui ont fini par influencer le cadre épistémologique :

« *Programme, code, information, transcription, message, traduction : toute cette terminologie est importée de la description des communications entre être humains, de leurs projets, de leurs désirs. Voilà un bel exemple de circulation des concepts entre disciplines.* » (Dupuy, 1990, p. 213)

Dans le domaine de l'endocrinologie, où les emprunts aux lexiques du comportement humain et de la cognition sont courants également, Christiane Sinding, épistémologue et historienne des sciences, voit dans l'utilisation des métaphores par ses pairs endocrinologues le camouflage d'une faille théorique :

« *Le langage cognitif en biologie permet de pallier à l'insuffisance de concepts purement réductionnistes. Parler de sagesse du corps c'est reconnaître que le seul alignement de séquences physiologiques ou biochimiques ne parvient pas à répondre à la question de l'organisation du vivant.* » (Sinding, 1993, p. 86)

Ernest Starling (1866-1927) avait en effet intitulé sa conférence *La sagesse du corps*, par laquelle il donna ses lettres de noblesse à l'endocrinologie en 1923. Il y avait utilisé la métaphore pour éluder la question de savoir comment s'opère la synthèse des informations élémentaires véhiculées par les hormones.

3. Un programme qui tourne en rond

L'utilisation de l'image du *programme* dans la conception même des recherches en génétique montre ses limites quand, considérant l'ADN et les protéines, on tente de déterminer où est le programme. Finalement, dans cette chaîne de réplifications, on se heurte à cette idée d'un programme dont on ne peut dire comment il commence, ni en terme de survenue du premier programme – la première protéine d'un point de vue phylogénétique, capable de se répliquer – ni en tant que point de départ du programme dans les processus physiologiques d'une cellule donnée à un instant donné :

« Si “programme génétique” il y a, c'est un programme qui nécessite les produits de sa lecture et de son exécution pour être lu et exécuté. C'est donc en effet un “programme qui se programme lui-même”. » (Dupuy, 1990, p. 222)

4. La donnée, l'épigénétique, le programme distribué

Atlan propose de voir le séquençage de l'ADN comme un ensemble de données plutôt qu'un programme, ce dernier étant alors assuré par l'ensemble des nombreuses réactions biochimiques couplées du métabolisme cellulaire :

« Plutôt que de voir dans la structure des gènes un système centralisé de contrôle de l'organisme, il semble plus adéquat de considérer au contraire que c'est l'organisme qui contrôle l'activité des gènes, y compris celle des gènes de développement. » (Atlan, 1999, p. 43)

A la vision initiale d'une causalité linéaire – un gène, une enzyme, une fonction ou un caractère – se substitue progressivement un nouveau paradigme dans lequel chaque étape – ADN, ARN, protéine, fonction – est l'origine d'une boucle de rétrocontrôle sur l'état d'activité de l'étape précédente. On en vient à considérer des systèmes plus complexes, où l'activité de contrôle paraît être davantage répartie :

« Cette idée selon laquelle la totalité ou l'essentiel du développement et du fonctionnement des organismes vivants est déterminé par un programme génétique tend petit à petit à être remplacée par un modèle plus complexe, qui repose sur des

notions d'interactions, d'effets réciproques entre le génétique, dont il ne s'agit pas de nier le rôle central, et l'épigénétique, dont on découvre progressivement l'importance. » (Atlan, 1999, p. 16)

Il faut en finir avec le mirage d'un programme prédéterminé et localisable en un quelconque endroit de la cellule. En premier lieu parce que si programme il y a, il semble ne pas être prédéterminé, mais se découvrir et même se constituer, au moins se transformer au fur et à mesure de sa réalisation. Cette détermination est fonction des états successifs du cytoplasme et de leurs interactions avec le noyau.

Ensuite, apparaît la nécessité d'imaginer un modèle de détermination de la structure des protéines qui ne soit pas limité dans l'espace, bien qu'agissant d'une certaine manière sur l'espace, on en vient à parler de programme distribué :

« Ce programme (...) n'est donc à proprement parler ni localisé, sinon dans la totalité de l'espace de l'embryon, ni fixe dans le temps, puisqu'il se fabrique au fur et à mesure du développement lui-même. Autrement dit, si l'on tient absolument à utiliser la métaphore du programme – dont on peut à mon avis se passer –, on est obligé d'imaginer un programme contenu dans la totalité de l'espace occupé par l'embryon (puis par l'organisme qui en résultera) et dont la structure se modifie au fur et à mesure qu'il se réalise. » (Atlan, 1999, p. 48)

5. Une autre idée de plan

Jusque là on voyait l'idée d'un programme général qui contiendrait toutes les fonctions nécessaires au maintien de la vie. Une critique à l'égard du tout génétique venait de la biologie du développement avec une question – comment se construit un organisme entier à partir de 2 cellules ? – question qui montrait notre incapacité à nous affranchir des idées de plan d'organisation et de finalité.

Si, avec l'homéostasie, la biologie s'était émancipée du finalisme pour ce qui concerne le métabolisme, qu'il soit cellulaire ou du niveau de l'organisme, l'ontogénèse n'avait pas encore trouvé comment s'y soustraire.

Dans les années 70, les chercheurs ont commencé à mettre en lumière les principes génétiques de l'ontogénèse. Avec le neurobiologiste Alain Prochiantz (1948-), vient l'idée, à partir de 1980, que l'ensemble des gènes ne serait pas simplement un programme mais aurait une sorte d'intelligence, y compris une forme de connaissance nécessaire à la construction d'un organisme.

Déjà dans le milieu interne de Claude Bernard⁴, il propose de voir non seulement un liquide interstitiel circulant, produit de l'organisme mais aussi un élément constructeur de l'organisme :

« Constructeur au titre de support à la circulation des nutriments, des globules rouges dont le rôle dans l'apport d'oxygène et dans la respiration de chaque cellule est fondamental. Constructeur surtout en tant qu'il permet la circulation des hormones qui fédèrent organes et cellules (bien que tardivement, Bernard s'est rallié à la théorie cellulaire) en un tout physiologiquement unifié. » (Prochiantz, 1997, p. 18)

Si on voyait le milieu intérieur comme un élément certes réparti à l'ensemble de l'organisme et soumis à une certaine mobilité en conséquence des mouvements de ses contenants, il faut lui accorder un rôle plus agissant :

« L'on comprend dès lors ce que Bernard veut dire quand il décrète que la nutrition n'est pas seulement organique (au sens lavoisien de chimie organique), mais aussi organogénique ou organisatrice. » (Prochiantz, 1997, p. 19)

On découvre qu'à un gène ne correspond pas seulement une protéine, mais qu'il existe aussi une spécialisation des gènes, certains étant porteurs d'une information de structure, d'autres de régulation, de contrôle, etc. L'exemple le plus parlant est la découverte des gènes dits de développement qui initient le plan tridimensionnel d'un mammifère. Ainsi, il existe des gènes spécifiques pour le haut et le bas, l'avant et l'arrière, la gauche et la droite. Le plus étonnant, c'est que ces gènes sont restés pratiquement identiques de la mouche à l'homme.

Ces gènes sont en quelque sorte des gènes génériques : intervenant une première fois pour déterminer le plan du corps, ils influencent ensuite, pour chaque segment, la multiplication cellulaire et donc la constitution d'un membre ou d'un organe :

« Le codage génétique est donc doublement impliqué, une fois au niveau de la différenciation des cellules et une fois dans leur organisation, comme s'il y avait un code des interactions cellulaires par lequel les mêmes cellules "savaient" à la construction de quel organe ou de quelle partie d'organe elles doivent, à tel endroit, s'atteler. » (Prochiantz, 1997, p. 37)

Si cela ne donne pas le fin mot de l'affaire sur la construction d'un organisme, l'idée de finalité ne paraît plus hors de portée de cette génétique développementale.

⁴ Alain Prochiantz a écrit, à ce sujet, *Claude Bernard, la révolution physiologiques*. Paris : PUF (1990)

L'idée n'est plus celle du déroulement d'un programme décidé à l'avance, mais d'une combinaison du programme avec la notion d'interaction entre l'œuf et son milieu. Cette idée n'est pas sans résonance avec l'approche de la globalité par la cybernétique.

IV. Une boucle avec la cybernétique

Le concept d'homéostasie, issu de la physiologie, fut une source d'inspiration pour le mathématicien américain Norbert Wiener (1894-1964) qui élaborait une théorie générale de la régulation, la cybernétique. Son travail permit de renouveler des domaines aussi divers que l'ingénierie, les mathématiques, la psychologie, l'anthropologie, la sociologie, la modélisation économique, et trouva encore d'autres développements dans les sciences qui se développèrent plus tardivement, comme la systémique, les sciences cognitives et l'intelligence artificielle.

Le principe initial en est la rétroaction négative : quelque soit l'élément considéré, on observe les informations entrantes et sortantes, ce qui détermine un flux d'information. La boucle de rétroaction est définie comme étant ce qu'on observe quand l'information sortante devient (directement ou indirectement) une information entrante pour l'élément considéré, ayant pour effet de diminuer son flux. Toute accélération du système entraîne ainsi automatiquement un frein, tout ralentissement du système libère immédiatement ce frein, l'homéostasie du système est assurée. À la rétroaction négative sont venus s'ajouter la boucle de rétroaction positive, puis des boucles de rétroaction enchevêtrées, notions qui ouvrait à la théorie des systèmes.

Il est devenu possible de concevoir et réaliser des systèmes artificiels qui prennent en compte, dans la régulation du fonctionnement qu'on leur a programmé, certaines variations des conditions extérieures. On arrive à reproduire, chez ces automates, l'équivalent d'une des caractéristiques du vivant, l'homéostasie qui assure une certaine forme d'indépendance vis-à-vis de l'environnement :

« Leur état interne reste insensible aux agitations du monde : égal à lui-même, il les ignore superbement. » (Dupuy, 1990, p. 230)

Les systèmes artificiels deviennent le terrain d'étude et de mise à l'épreuve de nouvelles théories sur la communication, l'organisation et les réseaux qui permettraient de mieux comprendre les idées d'organisation :

« Grâce aux notions de rétroaction (feedback), d'homéostasie, d'information et de commande (control), [la cybernétique] a réconcilié la démarche scientifique

traditionnelle qui repose sur le principe de causalité avec certaines formes de finalité, immanentes aux artefacts que l'homme construit pour son usage en programmant leurs objectifs aussi bien que les moyens disponibles. » (Dupuy, 1990, p. 214)

Ainsi, on attendait que les vues avancées grâce aux modèles de la cybernétique insufflent une certaine nouveauté dans la manière d'aborder le vivant. On regardait les mécanismes du vivant en termes d'information, avec l'aspect organisationnel que ce vocable a trouvé grâce à la cybernétique : l'autoreproduction de la cellule était entendue comme la duplication d'un matériel génétique, l'ADN était un quasi-message héréditaire, et la reproduction s'apparentait à un phénomène d'émission-réception.

« Ainsi, la cellule pouvait être cybernétisée, et l'élément clé de cette explication cybernétique se trouvait dans l'information. Ici, encore, une théorie d'origine communicationnelle était appliquée à une réalité de type organisationnel. » (Morin, 2005, p. 36)

Mais la transposition des vues cybernétiques sur le biologique trouve ses limites, ne parvenant pas à rendre compte de ce qui le caractérise, à savoir l'apparente autonomie de son autocontrôle :

« Le paradigme cybernétique, c'est-à-dire le paradigme de la gouverne, de la commande, du gouvernement, n'a jamais pensé les rapports d'un système à son environnement autrement que sur le mode du contrôlé à son contrôleur. (...) On ne sait pas penser les systèmes naturels autrement que dans son moule. » (Dupuy, 1990, p. 225)

Car le vivant, s'isolant de son environnement en assurant son homéostasie et s'appuyant cependant sur lui pour régler ses mécanismes de régulation, en plus d'y puiser ses ressources, semble se définir à la fois par lui-même et en rapport à son milieu :

« Par construction et destination, l'homéostat est donc impuissant à connaître le milieu où il se trouve plongé. Tel n'est évidemment pas le cas du système vivant qui se laisse traverser par les flux de matière, d'énergie et de formes qui émanent de son environnement, tout en restant lui-même. » (Dupuy, 1990, p. 230)

Pour finir, la cybernétique et, avec elle, toutes les propositions alors nouvelles de modéliser le vivant ont montré par leur développement même des limites qui ne pouvaient être franchies sans un saut épistémologique :

« Chacune à sa façon, la cybernétique, la théorie des systèmes, la théorie de l'information, à la fois dans leur fécondité et leurs insuffisances, appellent une théorie de l'organisation. » (Morin, 2005, p. 38)

V. Auto-organisation

Une distinction demeure entre vivant et inanimé, que faisait déjà remarquer le mathématicien et physicien Von Neumann (1903-1957) : la machine artefact, pourtant constituée d'éléments fiables, est moins fiable que chacun de ses éléments pris isolément et nécessite une intervention extérieure pour son maintien, alors que la machine vivante, aux composants peu fiables, parvient à se maintenir identique à elle-même par le renouvellement de ses constituants. Cette différenciation pointe l'organisation qui, contrairement aux composants qui changent, se maintient dans le temps.

1. L'autoproduction avant l'autoreproduction

Jusque là, un consensus semblait s'être fait peu à peu, qui reconnaissait au vivant trois propriétés :

« Trois propriétés des êtres vivants sont étroitement associées, selon tous les auteurs, à la vie : les êtres vivants sont formés de molécules (macromolécules) chimiques particulières ; ils sont en échange permanent avec l'environnement dont ils utilisent la matière et l'énergie pour assurer le renouvellement de leurs constituants ; ils sont capables de se reproduire avec variations. » (Morange, 2004, p. 287)

Ce troisième point, la reproduction, s'il est bien une propriété du vivant, n'est en rien constitutif du vivant et ne joue aucun rôle dans son organisation, selon les biologistes Francisco Varela (1946-2001) et Humberto Maturana (1928-) :

« La reproduction ne peut faire partie de l'organisation des êtres vivants car pour que quelque chose se reproduise, celui-ci doit d'abord constituer une unité et posséder une organisation qui le définit. » (Maturana & Varela, 1994, p. 47)

Avant la reproduction donc, ils proposent l'autoproduction, la production de soi comme le phénomène déterminant le vivant, ce qu'ils nomment l'autopoïèse :

« Notre proposition est que les êtres vivants sont caractérisés par le fait que, littéralement, ils sont continuellement en train de s'auto-produire. » (Maturana & Varela, 1994, p. 32)

2. Clôture organisationnelle

La naissance d'un système autopoïétique, émergeant des multiples interactions entre divers éléments, ceux du système à naître se détachant de ceux de l'environnement par leur appartenance même à ce système, fait apparaître une organisation. Par organisation, il faut entendre *« l'ensemble des relations qui doivent être présentes pour qu'une chose existe. »* (Maturana & Varela, 1994, p.31)

Cette organisation se produit donc elle-même et se définit par elle-même, en autoréférence :

« Ce qui caractérise cependant les êtres vivants, c'est que leur organisation est telle que leur seul produit est eux-mêmes, et l'absence de séparation entre le producteur et le produit. L'être et le faire d'une unité autopoïétique sont inséparables, et c'est leur mode particulier d'organisation. » (Maturana & Varela, 1994, p. 37)

La clôture opérationnelle ou organisationnelle est un concept clé de Maturana et Varela qui permet de définir comment le système autopoïétique se définit dans l'espace, à l'intérieur d'une frontière topologique :

« Il existe une clôture opérationnelle de leur organisation : leur identité est spécifiée par un réseau de processus dynamiques dont les effets se manifestent dans ce réseau. » (Maturana & Varela, 1994, p. 79)

Pour la cellule, par exemple, sa membrane participe à déterminer les limites du système autopoïétique unicellulaire, et circonscrit géographiquement les limites du réseau d'interactions et de transformations tout en participant à son autoproduction.

« Varela pose que la totalité y apparaît comme une propriété émergente de la clôture organisationnelle des parties sur elles-mêmes. » (Dupuy, 1990, p. 227)

3. Couplage structural

On retrouve, dans les relations du système autopoïétique à son environnement, la notion d'autonomie non indépendante :

« Il reste le problème par quoi nous avons commencé : le rapport à l'environnement. (...) Mais comment concevoir l'autonomie sous influence, voire, comme dit Morin, dans la dépendance ? Comment embrasser dans le même regard la fermeture sur lui-même de l'être autonome et son ouverture au monde ? » (Dupuy, 1990, p. 230)

Car si l'organisme s'auto-définit par sa clôture organisationnelle, il reste un système ouvert sur le plan de la thermodynamique, se livrant à de nombreux échanges avec son environnement. Le couplage structural, ensemble des relations récurrentes sinon stables, entre les éléments du système autopoïétique et l'environnement, est mutuel : l'organisme et l'environnement agissent l'un pour l'autre comme élément perturbateur, et chacun subit des transformations. Il faut donc repenser le rapport du vivant à son environnement et abandonner le point de vue cartésien, selon lequel *« toutes les choses vivantes sont considérées comme des entités closes, et non comme des systèmes organisant leur clôture (c'est-à-dire leur autonomie) dans et par leur ouverture. »* (Morin, 2005, p. 31)

De ce degré élevé de relations dans ce couplage structural, on peut dire qu'il y a une co-détermination, une co-création du système et de son environnement :

« Le système auto-éco-organisateur a son individualité, elle-même liée à de très riches, donc dépendantes, relations avec l'environnement. Plus autonome, il est moins isolé. Il a besoin de matière/énergie, mais aussi d'information, d'ordre (Schrödinger). L'environnement est du coup à l'intérieur de lui et, comme nous le verrons, il joue un rôle co-organisateur. Le système auto-éco-organisateur ne peut donc se suffire à lui-même (...). Il ne peut s'achever, se clore, s'auto-suffire. » (Morin, 2005, p. 46)

VI. La physiologie comme globalité auto-organisée

Dans cette section, je vais présenter rapidement trois exemples tirés de la physiologie humaine, comme illustration de ces théories de l'auto-organisation et pour montrer le type de globalité qui imprègne ces exemples réels.

Le premier exemple est tiré d'un article de synthèse à propos de l'intégration nerveuse et neurohumorale (Laget, 1990). Le deuxième est basé sur un article de vulgarisation scientifique présentant des travaux récents à l'époque sur une hormone spéciale, le facteur natriurétique atrial (Cantin & Genest 1986). Le troisième, un peu plus général, est une

synthèse des recherches des années 90 sur les liens entre système immunitaire et système neurohumoral (Dantzer & Kelley 1989). Ce dernier article est aussi intéressant en ce qu'il montre un autre aspect fondamental pour le fonctionnement du corps humain : la non séparation et même l'interdépendance entre les grands systèmes. Nous retrouverons ce thème illustré dans la présentation de la fasciathérapie et il sera très présent dans nos analyses sous la forme de l'unité somato-psychique.

1. Intégration neurohumorale et globalité

Dans sa synthèse sur l'intégration neurohumorale, le physiologiste P. Laget (1990) montre comment les régulations générales des organismes vivants sont en fait basées sur deux principes : la hiérarchisation des niveaux de fonctionnement et les boucles de rétroaction. Ensuite, en portant un regard sur l'évolution du vivant, il montre que celle-ci tend vers leur autonomie croissante vis-à-vis de l'environnement, au profit de phénomènes adaptatifs basés sur des régulation internes. Ce sont ces phénomènes d'adaptation et de régulation internes qui sont l'objet d'exemples de l'auteur.

L'un des exemples les plus parlants est la description par l'auteur de la régulation des sécrétions hormonales du système hypothalamo-hypophysaire. Celles-ci sont, c'est bien connu, sous la dépendance des facteurs sécréteurs hypothalamiques, mais leur régulation, fondamentale pour l'équilibre de l'organisme, est extrêmement complexe. P. Laget la décrit ainsi : « *Ceux-ci (ces facteurs) ne sauraient se comporter de façon 'capricieuse' ou indépendante, mais sont eux-mêmes, sous le contrôle d'un nombre prodigieusement élevé de facteurs agissant à travers des 'boucles de rétroaction' de longueurs variées, (...). L'ensemble de ceux-ci réalise donc un dispositif intégrateur remarquablement perfectionné et complexe.* » (*Ibid.*, p. 1245).

On a présenté dans le chapitre précédent la notion de boucle de rétroaction, omniprésente en physiologie. Celle-ci repose sur le fait que ce sont les facteurs sécrétés circulant dans le sang qui finissent par stimuler ou inhiber les cellules productrices de ces mêmes facteurs. La stimulation ou l'inhibition pouvant se faire soit directement soit indirectement. Dans notre exemple, P. Laget distingue trois boucles de rétroaction, suivant la longueur de la boucle : courte et donc locale, moyenne et indirecte, et, enfin longue, constitué par plusieurs éléments distincts. Tout ceci montre la grande sophistication de la régulation et donc son importance pour la physiologie du corps.

Je n'entrerai pas dans les détails de ces mécanismes (*Ibid.*, p. 1245 et suivantes), mais je conclurai par le fait, qui concerne ma question, que ces boucles montrent la façon dont l'intégration des mécanismes de production d'hormones se basent sur un fonctionnement global et que, de plus, cette globalité est composée de nombreux éléments organiques et hormonaux.

2. Le facteur natriurétique atrial

Dans leur article, *Le cœur est une glande endocrine*, résumant plusieurs décennies de recherche, M. Cantin et J. Genest (1986) décrivent les différentes fonctions d'une hormone, découverte relativement récemment, le facteur natriurétique atrial. Ils montrent que cette hormone, produite localement par les oreillettes du cœur, joue des rôles multiples dans des fonctions aussi diverses que la régulation de la pression artérielle et du volume sanguin, l'excrétion de l'eau par les reins, et la régulation du sel et du potassium (*Ibid.*, p. 43).

L'exemple est intéressant par le fait que cette hormone, produit localement, produit des actions un peu partout dans le corps et que ces actions font parties de plusieurs boucles de rétroactions.

Donc, selon les auteurs, l'hormone possède trois fonctions :

- Dans la régulation de la pression artérielle
- Dans la rétention sodée et la gestion des liquides
- Dans « *la relaxation des cellules musculaires dans tout le système vasculaire.* » (*Ibid.*, p. 46).

Ces actions se comprennent dans une fonction homéostatique globale : « *La principale action du facteur natriurétique atrial consiste à modifier l'activité d'une rétroaction homéostatique complexe qui assure la régulation de la pression artérielle, du volume sanguin et de la rétention sodée : le système rénine-angiotensine couple certaines fonctions du cerveau, du cœur, des artères, des glandes surrénales, des reins et d'autres organes.* » (*Ibid.*, p. 44).

Dans le cadre de ma recherche, j'en tire les leçons suivantes :

1. Un facteur hormonal local influence une fonction globale et multidimensionnelle, comme la régulation (neurovégétative et humorale) de la pression artérielle.

2. Ce facteur local a une influence diffuse y compris sur des centres nerveux, considérés comme centres de contrôle. Son action est alors une fonction de rétroaction.
3. Ce même facteur hormonal participe de la régulation d'autres fonctions *a priori* séparées, les fonctions de gestion des liquides et du sodium assurées par le rein.
4. Ces mélanges de régulation assurent à la fois la finesse de fonctionnement des organes mais aussi est à l'origine de pathologies mal et difficilement contrôlables, comme les hypertensions fonctionnelles.

Cet exemple met donc encore en lumière le type de globalité mobilisé par les systèmes de régulation du corps : une globalité de fonction et une globalité résultant de l'interaction enchevêtrée de nombreux éléments organiques et physiologiques.

3. Système immunitaire et intégration nerveuse, hormonale et neurovégétative

L'article de R. Dantzer et K. W. Kelley (1989), *Stress and immunity: an integrated view of relationships between the brain and the immune system*, représente, à l'aube des années 90, une des premières revues de synthèses de la littérature scientifique sur les découvertes de cette période pionnière à propos de l'étude des relations entre le système immunitaire et les système nerveux et neurohumoral. Ces découvertes ont bousculé les modèles existants et remis en question des présupposés fondamentaux, notamment sur l'indépendance des grands systèmes avec le système immunitaire et sur les liens entre état physique et état psychique.

L'objectif est posé ainsi par les auteurs : « *Décrire les influences de régulations réciproques qui existent entre le système immunitaire et le système nerveux central.*⁵ » (p. 1995).

Le point de départ de ce courant de recherche se situe dans les études cliniques qui ont démontré, de multiples manières, l'influence du comportement et de l'état psychologique sur le système immunitaire⁶. La réaction du stress a été beaucoup étudié et a montré notamment

⁵ « (...) the regulatory reciprocal influences that exist between the immune system and the central nervous system. » (Les traductions de l'anglais sont de notre fait)

⁶ « (...) clinical studies which have shown that the physical and psychological state of humans can affect activities of lymphocytes and macrophages. » (p. 1996)

que la perception de la situation délicate par la personne est un facteur clé de l'impact, positif ou négatif, sur le système immunitaire⁷.

Des développements de l'article, on peut dégager les points centraux suivants :

- Il existe bien une influence et des liens réciproques entre le système nerveux et le système immunitaire, et, cela, dans les deux sens, avec la participation des autres grands systèmes.

Les auteurs résument ainsi cette proposition essentielle : « *Le système immunitaire reçoit des informations du cerveau et du système neuroendocrinien via le système nerveux autonome et par certaines hormones et envoie de l'information au cerveau via les cytokines* ». (*Ibid.*, p. 1995)⁸.

- La réaction de stress est le processus classique qui montre le mieux ces liens réciproques entre le système neuroendocrinien et le système immunitaire.

Les auteurs soutiennent ainsi : « *Les communications bidirectionnelles entre le système nerveux central et le système immunitaire sont responsables des influences du stress sur l'immunité et de la participation du système immunitaire dans la réponse au stress.*⁹. » (*Ibid.*, p. 2001).

La découverte décisive a été de comprendre le rôle central des cytokines, ces hormones, en quelque sorte, du système immunitaire qui agissent comme messager aussi bien en interne, c'est-à-dire dans les réactions immunitaires, mais aussi en externe, c'est-à-dire dans les autres réseaux hormonaux, comme ceux impliqués dans la réaction de stress¹⁰.

Au final, l'exemple nous montre comment les grands systèmes du corps fonctionnent de manière coordonnée et s'influencent mutuellement, au service d'une dynamique globale et cohérente.

⁷ "The subject's ability to control and predict the occurrence of stressors is a critical factor in the influence of stress on behavior and physiology." (p. 1997)

⁸ "The immune system receives signals from the brain and the neuroendocrine system via the autonomic nervous system and hormones and sends information to the brains via cytokines."

⁹ "Bidirectional communication between the central nervous system and the immune system accounts for stress influences on immunity and participation of the immune system in the stress response."

¹⁰ "Cytokines released during the immune response are ideally suited to function as internal signals between the periphery and the brain for coordinating different components of the organismic response to infection and inflammation." (*Ibid.*, p.2003)

Chapitre 2. Approche de la globalité dans l'ostéopathie

D. Bois, le fondateur de la fasciathérapie, assume pleinement son passé d'ostéopathe et revendique pour sa méthode cette filiation tant pratique que conceptuelle. Il me paraît dès lors incontournable de visiter le monde ostéopathique dans son histoire conceptuelle, en particulier pour ce qui concerne la globalité. Qu'est-ce que les grands noms de l'ostéopathie, en ce qu'ils ont été des innovateurs pour ce courant, ont déclaré à propos de la globalité, et qu'est-ce que leurs écrits peuvent laisser raisonnablement supposer des différents aspects de la globalité qu'ils pouvaient appréhender et de la place qu'elle tenait dans leur approche.

De nos jours, les ostéopathes semblent tous revendiquer la notion de globalité dans leur approche et s'en réfèrent aux principes de base de l'ostéopathie, dictés par son fondateur, le Dr. Andrew Taylor Still. Ainsi, certains défendent l'importance de l'abord global du patient, globalité en tant qu'étendue, mais aussi en tant qu'ensemble de systèmes qu'ils conseillent d'appréhender comme une unité :

« À l'exception des crises aiguës et de certains autres cas, les techniques ostéopathiques ont toujours été appliquées sous l'égide du Traitement Général. Les praticiens se contentant d'un traitement local, dirigé vers la zone douloureuse indiquée par le patient, ont de fait totalement rejeté ce premier grand principe de l'ostéopathie. Cette approche limitée représente la négation absolue du deuxième grand principe de l'ostéopathie : l'intégration anatomique, mécanique et physiologique des différentes parties du corps. » (Hématy-Vasseur, 2009, p. 11)

Par ailleurs, il ne semble pas qu'on puisse résumer l'ostéopathie à une méthode de soin, ce serait l'amputer de la philosophie qui la sous-tend et a présidé à son avènement. Les auteurs que j'ai étudiés en appellent tous à des principes fondamentaux qui constituent l'armature de l'art ostéopathique, l'un d'eux formulant l'existence d'une unité fonctionnelle.

Ils insistent sur la nécessité, pour un exercice de qualité, de la bonne compréhension de la philosophie qui a guidé la mise au point des techniques et doit encore guider le choix de leur utilisation et la bonne appréciation de leur ajustement.

En parcourant l'histoire de l'ostéopathie, je chercherai à montrer la place de la globalité dans ce rapport de proximité entre théorie et pratique

I. Still : aux origines de l'ostéopathie

Je ne prétends pas décrire une histoire de l'ostéopathie, même si la lecture de ses différents auteurs a pu me toucher au point de me passionner pour leurs recherches et les enjeux qui étaient les leurs. Mais je ne peux faire l'économie d'une brève évocation du contexte historique¹¹ qui a vu la naissance de l'ostéopathie. Cette mise en perspective peut faciliter l'approche des écrits de Still, car ils peuvent nous sembler à bien des égards difficiles d'accès, tant son langage prend des formes singulières et sa pensée peut nous paraître étrangère. Il est important de se rappeler que c'est à la fin du XIX^{ème} siècle que Still (1828-1917) mit au point la philosophie ostéopathique.

1. Le contexte historique

Se faire une idée de l'état des connaissances scientifiques médicales du moment est assez difficile pour l'homme du XXI^{ème} siècle. Rappelons-nous que nous devons les notions de milieu intérieur et d'homéostasie à Claude Bernard (1813-1878), physiologiste français contemporain de Still et considéré comme le père de la médecine expérimentale. Pasteur (1822-1895) permet entre autres apports, grâce à ses travaux sur la fermentation, de faire avancer la théorie microbienne des maladies contagieuses et ouvre la voie à la reconnaissance des idées d'asepsie par le monde médical, non sans encore quelques résistances. Même si l'originalité de ses travaux est aujourd'hui souvent contestée, Pasteur s'appuyant dans de nombreux cas sur des travaux précédemment bien avancés menés par d'autres chercheurs, on lui doit au moins d'avoir su réorganiser les données et résultats, et leur faire la publicité qui

¹¹ Pour une initiation historique brève, lire Tricot, 2003. Pour approfondir, lire Trowbridge, 1999 et Still, 1902/ 1998. Je tiens à signaler l'apport considérable qu'ont constitué pour moi les travaux de Pierre Tricot. Outre ses ouvrages de traduction qu'on trouvera dans la bibliographie au nom des auteurs originaux et ses propres livres sur l'approche tissulaire de l'ostéopathie, son site contient une mine documentaire qui s'ouvre sur ces mots : « une information n'est information que si elle circule ». Pierre Tricot a été pour moi comme un référent permanent et un guide que je rencontrais régulièrement tout au long de l'élaboration de ce chapitre sur l'ostéopathie.

leur avait manqué pour une reconnaissance de la part de la sphère scientifique, puis publique. Retenons surtout que la connaissance de la physiologie, telle que nous la faisons nôtre aujourd'hui, n'en était qu'à ses balbutiements.

En Amérique, du côté des pionniers du middle-west, on décrit la médecine d'alors sous le terme de 'médecine héroïque' pour dire le courage qu'il fallait à ses patients pour supporter les remèdes prescrits. Une des techniques les plus utilisées consistait en la saignée, dans le but de faire diminuer l'augmentation de la pression dans les artères qui, selon les théories de l'américain Benjamin Rush alors en vogue, était à l'origine de la maladie. D'autres pratiques s'ajoutèrent à la saignée, et se développèrent notamment au cours de la guerre de sécession (1861-1865), comme l'utilisation des drogues (opium, cocaïne, et surtout, parce que d'approvisionnement facile, alcool).

Still fut profondément marqué par son expérience de la guerre dans laquelle il s'engagea comme combattant (il fut commandant) mais exerça également la médecine et la chirurgie, se décrivant comme souvent démuni et impuissant face aux situations d'urgence auxquelles il était confronté. Très certainement, cette période difficile a participé au ressentiment qu'il a développé à l'encontre de la médecine reconnue et pratiquée à cette époque, suffisamment pour mettre au point un système de soin radicalement différent :

« Les hommes du corps médical administrent du vieux bourbon innocemment, dans le but de stimuler l'estomac, et il en résulte qu'au cours du temps, beaucoup d'hommes deviennent des alcooliques roulant dans le fossé. C'est le système qui est incorrect. »
(Still, 1902/ 1998, p. 168).

Il faut, pour affiner notre compréhension des positions de Still, savoir qu'il est fils de pasteur méthodiste et lui-même prédicateur. Le méthodisme, principal courant religieux américain du XIX^{ème} siècle, est un mouvement protestant évangéliste fondé par John Wesley en 1729. Il préconise une expérience personnelle avec Dieu par la conversion et la foi, et demande de s'engager dans une quête de la perfection. Pour Wesley, le soin des âmes n'allait pas sans le soin des corps, et les missionnaires méthodistes cumulaient les fonctions de prédicateur et de médecin. Ainsi, à une époque où la pratique de la médecine n'était pas encore réglementée et où la formation des jeunes médecins de la région frontalière se faisait essentiellement auprès d'un praticien, le jeune Andrew Taylor put faire ses débuts et

apprendre les bases de la pratique médicale en accompagnant son père, le révérend Abram Still.

2. L'homme, création de Dieu, ne peut pas être imparfait

Peu après la guerre, en 1865, Still perd quatre membres de sa famille dont trois de ses enfants au cours d'une épidémie de méningite. Non seulement cet épisode douloureux est à mettre au nombre des éléments qui ont pu participer à la construction de la défiance qu'il a développée vis-à-vis de la médecine, mais il semble surtout avoir été déterminant dans sa résolution à trouver une autre manière d'envisager les questions de santé. Après avoir été mis à mal et ébranlé dans sa confiance, peut-être même dans sa foi, s'étant demandé si, avec la maladie, Dieu avait abandonné l'homme dans un monde d'incertitude, Still trouve un nouvel élan :

« Je décidai alors que Dieu n'était pas un Dieu d'incertitude, mais un Dieu de vérité. Et toutes Ses œuvres, spirituelles et matérielles, sont harmonieuses. Sa loi de vie animale est absolue. Un Dieu si avisé a certainement placé le remède au sein même de la demeure matérielle dans laquelle habite l'esprit de vie. » (Still, 1902/ 1998, p. 76).

Cette pensée est caractéristique de la croyance de Still en un Dieu dont on retrouve la perfection en Son œuvre, l'Homme.

Pierre Tricot, qui a traduit l'ensemble des œuvres de Still, nous indique¹² que celui-ci utilise dans son autobiographie (Still, 1902/ 1998) 246 fois le mot *Dieu* et 56 fois des formes issues de *divin*. On trouve effectivement de nombreuses expressions telles que le *Grand Architecte* (p.186), l'*Architecte Universel* (p. 208), l'*Auteur et Constructeur de tous les mondes* (p. 238). Pour dire la place importante que tient ce champ lexical dans la production de Still, Tricot nous propose de comparer, dans le même ouvrage, avec l'emploi de mots plus courants comme *Homme* (476 occurrences) et *Ostéopathie* (275).

Tout au long de ses écrits, Still fait ainsi démonstration de sa foi en une perfection qui se donne à voir, selon lui, dans l'observation de la physiologie humaine et que le thérapeute doit prendre en considération lors de son traitement.

« [L'ostéopathe] doit être certain qu'il a fait correctement son travail (...) en ayant bien présent à l'esprit que le combustible et les nutriments nécessaires à la vie, désormais entre les mains du Divin, peuvent être ajustés jusqu'au degré de perfection

¹² en note 10 de sa traduction de la conférence de Littlejohn (Littlejohn, 1900, p. 12)

qui était le sien au moment où elle reçut le premier souffle de vie individuelle. » (Still, 1892/ 2009, p. 50).

Sa création ne peut pas être imparfaite et il n'est rien besoin d'y ajouter ou d'y apporter de l'extérieur. Il suffit de rétablir les conditions de la libre expression de la perfection naturelle pour que la santé soit recouvrée. C'est fortement imprégné de cette croyance que Still poursuit ses recherches, tel un Christophe Colomb, pour reprendre une des expressions qu'il utilise dans son discours aux tournures souvent lyriques.

Supposer l'existence d'une perfection de la physiologie humaine oblige Still à considérer que l'organisme malade est maintenu écarté d'un état de normalité, et donc à rechercher des moyens de le ramener dans sa condition de normalité :

« J'ai commencé à tester les lois du Dieu de la nature comme système donnant les principes de vraie guérison, offrant à la nature la possibilité de regagner les ports de la santé. » (Ibid., p. 133).

La pratique, dans le cadre de sa nouvelle médecine, consiste dès lors à tenter de ramener le corps à des conditions permettant à l'équilibre de la santé de s'exprimer à nouveau librement :

« Le devoir du praticien n'est pas de guérir le malade, mais d'ajuster une partie ou l'ensemble du système afin que les fleuves de vie puissent irriguer les champs assoiffés » (Still, 1902/ 1998, p.184).

Le rôle du praticien se limite, pour Still, à un travail de normalisation des conditions, c'est-à-dire qu'il a pour but de permettre au corps de recouvrer son état naturel de santé :

« Réparer ces machines nécessite un ajustement de la condition anormale dans laquelle elles se trouvent vers la condition d'une machine normale. (...) En tant que mécanicien ostéopathe, nous n'allons pas plus loin que l'ajustement de la condition anormale vers la normale. La Nature fera le reste. » (Still, 1892/ 2009, p. 55).

Ce n'est pas, pour Still, s'en remettre au divin à cause pour pallier à un manque de pouvoir ou de savoir-faire de la part du praticien, bien au contraire. Il encourage l'ostéopathe à mettre toute sa compétence au service de la seule puissance qu'il croit capable de guérir véritablement :

« Un ostéopathe intelligent accepte de se laisser gouverner par les lois immuables de la Nature, et ressent le devoir de faire circuler le fluide de place en place et d'avoir confiance en les résultats. » (Ibid., p. 78).

3. La structure gouverne la fonction

Still, définissant l'ostéopathie, établissait la cause de la maladie à partir de la structure. On sait qu'il « *ne mettait rien au-dessus de l'ingénierie de la structure osseuse.* » (Wernham, cité par Hématy-Vasseur, 2009, p. 35) :

« Ostéopathie est composé de deux mots, osteon, signifiant “os” et pathos, pathein, “souffrir”. Elle présume que l’os “osteon” est le point de départ à partir duquel j’ai établi la cause de conditions pathologiques, puis j’ai combiné osteo- avec -pathie d’où a résulté ostéopathie » (Still, 1902/ 1998, p. 165).

Si la fonction est défaillante du fait d'un problème structurel, il apparaît logique que ce soit la structure qu'il faille corriger pour espérer obtenir que le corps recouvre son équilibre fonctionnel :

« Le Dr Still établit le premier principe de pathologie : « Toute maladie remonte à quelque désordre mécanique dans la machinerie du corps humain. » (...) D’où le premier principe de la thérapeutique : si et quand la structure corporelle est en ordre ou remise dans un arrangement mécanique ordonné, l’insuffisance du fonctionnement corporel que nous appelons maladie laisse place à l’efficience du fonctionnement du corps. » (Littlejohn, 1934, p. 4).

Si les écrits de Still déploient essentiellement une pensée qui s'applique à ne pas se limiter aux descriptions de symptômes, mais cherche à remonter aux causes, on trouve cependant ici et là quelques descriptions de l'art de pratiquer, dans cette nouvelle thérapeutique. On découvre alors comment les premiers ostéopathes, élèves de Still, s'adressaient à la structure, pour permettre à la fonction de se normaliser :

« Commencez à la tête et occupez-vous du premier os du cou sans chercher à deviner, mais à être certain qu'il s'ajuste comme il convient à la tête. Maintenant, vérifiez et assurez-vous qu'il est correctement ajusté au deuxième. Puis descendez sur le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième et enfin le septième os. Maintenant, remontez la nuque avec votre doigt et replacez tous les muscles du cou dans leur position. Sang et nerfs accompliront le reste de l'ouvrage. » (Still, 1892/ 2009, p. 115).

4. Ingénieur mécanicien

A. T. Still est capable d'envisager la constitution du corps au niveau de l'atome alors qu'il considère le lien entre vie et matière (*Ibid.*, chapitre 11), mais la majeure partie de ses écrits nous place de toute évidence plutôt dans un abord du corps nous rappelant sa passion pour la mécanique. Still envisage en effet le corps comme une machine et prévient dans sa préface à son dernier ouvrage *Ostéopathie. Recherche et pratique*, en 1910 :

« Ingénieur formé sur cinq ans, je commençais à considérer la structure humaine comme une machine, examinant toutes ses parties comme des paliers, des courroies, des poulies et des conduits, pour voir si je pouvais découvrir quelque variation du normal parfait. Je commençais à expérimenter sur le corps humain comme le ferait un maître mécanicien ayant la charge d'une quelconque machine qui, pour fournir un parfait ouvrage, doit demeurer parfaitement ajustée et en ligne » (Still, 1910 / 2003b).

Non seulement Still envisage le corps humain comme on pourrait appréhender un ensemble mécanique, mais c'est bien de cette manière aussi qu'il organise sa réflexion thérapeutique :

« Je pense que l'ostéopathie est une science qui ne peut être expliquée que selon les fondements mécaniques » (Still, cité par Hématy-Vasseur, 2009, p. 37).

Ainsi, dans une conférence, alors qu'il fait une leçon aux personnes mêmes qui ont construit son hôpital, il laisse paraître sa vision du corps et de son organisation :

« Apprenez que vous êtes une machine, votre cœur une pompe, vos poumons un soufflet et un filtre, votre cerveau avec ses deux lobes, une batterie électrique. Lorsque le cervelet met cette dynamo en mouvement, l'oxygène est transporté dans le système et vitalise le sang, l'abdomen, l'œil et l'homme en entier. » (Still, 1902/ 1998, p. 213).

Still est homme de terrain et l'on sait la place d'importance qu'a tenue l'anatomie dans sa propre formation et dans ses recherches. Ses étudiants l'ont entendu maintes fois insister pour les rappeler à l'étude de l'anatomie, selon lui base de toute connaissance pour l'ostéopathe :

« L'ostéopathe doit se souvenir que sa première leçon est l'anatomie, que sa dernière leçon est anatomie et que toutes ses leçons sont l'anatomie. » (Still, cité par Tricot, 2003b).

5. *La parfaite anatomie*

Still est fasciné par la perfection qu'il imagine à l'œuvre dans la genèse de la forme humaine et l'illustre en décrivant le merveilleux procédé de construction qu'il a mentalement vu se développer pour produire un os humain, un fémur :

« *“Attention ! officiers, infanterie et cavalerie !” En ligne, ouvriers, mettez-vous à l'ouvrage, construisez chaque bloc et chaque poutre avec une précision mathématique, unissez-les avec minutieuse exactitude. Faites que votre travail soit juste, sans erreur, car les spécifications requièrent (...) la construction pour la cuisse d'un os parfait dans toutes ses parties.* » (Still, 1902/ 1998, p. 186).

La mise en scène et cette façon de lui sont habituelles, il aime s'adresser à notre part sensible par delà notre imagination et, pour peu qu'on se prête au jeu, on peut voir ce petit monde organisé se mettre au travail. C'est l'ordonnancement qui intéresse Still, toujours soucieux de perfection. Et sa notion de perfection se manifeste non seulement dans le résultat visé – le fémur doit être parfait –, mais se déploie également dans la manière de la réalisation :

« *Chaque subordonné apporte ce qui est nécessaire à la construction, et les maçons (corpuscules) de cette œuvre progressent avec plaisir dans l'exécution du plan de leur supérieur, sachant que leur travail sera attentivement examiné et que leur vie sera le prix à payer en cas d'échec à satisfaire toutes les exigences* » (Ibid., p. 187).

L'œuvre progresse avec aisance, avec plaisir. Cette bien heureuse manière qu'ont les éléments de s'agencer entre eux dans un but commun – ici la construction d'un fémur, mais ce peut être la maintenance de la structure d'ensemble du corps – est sans doute à l'image de la notion que Still se fait de la physiologie. Si la lecture de Still peut par moment nous montrer, comme en creux, les nouvelles connaissances développées par les sciences depuis lors, nous pouvons aussi y voir le souci chez l'auteur de produire une synthèse des savoirs. Ainsi complète-t-il le spectacle de construction par son inverse :

« *Une partie des forces dévolues à la construction est engagée à réparer tout manque et toute perte survenant au cours des années de la vie mortelle. Ils n'oublient pas non plus l'ordre de nettoyer, inverse de la construction, consistant à transporter les fragments usés de cette merveilleuse partie de la machine.* » (Ibid.).

C'est une caractéristique très présente dans la pensée de Still : une continuité apparaît entre son intérêt pour la constitution même du corps, en tant que force ontogénique, et celui pour la santé, en tant que résultat d'une force de maintenance du corps : « *Je pense à cette*

machine intelligemment construite, auto-ajustée, auto-animée, auto-propulsée appelée machine humaine. » (Ibid., p. 249).

Ce que voit Still, dans l'anatomie et la physiologie humaines, c'est une réplique de l'organisation de l'univers et de ses lois : *« Je trouve en l'homme un univers en miniature. Je trouve la matière, le mouvement et l'esprit. » (Ibid., p. 306).*

6. Unité du corps

Un des premiers principes que Still posa dans l'établissement de l'ostéopathie est celui de l'unité du corps. La philosophie qu'il a développée choisit de s'intéresser au patient comme à un tout, un système dans son ensemble, plutôt que de se restreindre à une vision segmentée :

« Nous considérons le corps en parfaite santé ce qui signifie perfection et harmonie, non pas au sein d'une partie mais dans le corps entier. » (Still, 1899 / 2003, p. 61).

Non qu'il refuse de porter son regard vers le détail d'une partie en souffrance, mais il propose de ne jamais perdre de vue l'agencement de l'ensemble, qu'il soit vu sous son aspect anatomique ou physiologique :

« Pour comprendre la machine de la vie, il est indispensable de maintenir les plans et les spécifications constamment devant soi et dans son esprit afin de parvenir à un état où ne manque aucune connaissance dans la localisation et l'utilité des parties, considérées séparément et ensemble. » (Still, 1892/ 2009, p. 54).

Dans ce paysage constitué des différentes parties du corps, que l'ostéopathe doit considérer séparément et ensemble, tant dans leur emplacement que dans leur fonction, apparaît une organisation fonctionnelle d'ensemble à laquelle doit veiller le praticien, n'omettant aucune région, aucun élément :

« Votre devoir en tant que maître mécanicien est de savoir que la machine dont vous vous occupez est dans une condition si parfaite qu'il n'existe aucune perturbation fonctionnelle sur aucun nerf, aucune veine ou artère approvisionnant et gouvernant la peau, le fascia, le muscle, le sang ou n'importe quel fluide devant circuler librement. » (Ibid., p. 95).

Aussi, le thérapeute se doit de veiller, dans les corrections qu'il apporte localement, à préserver ou rétablir un équilibre d'ensemble entre toutes les parties du corps sur lesquelles il agit :

« Ainsi, l'ostéopathe pragmatique se doit d'être particulièrement précis lorsqu'il ajuste le système. Il doit être certain qu'il a fait correctement son travail dans les moindres détails, certain que dans tout le corps, les formes, petites et grandes, sont infiniment correctes. » (Ibid., p. 50).

7. Le fascia, vecteur de globalité et lieu d'expression de la vie et de la mort

Le fascia semble tenir une part primordiale, dans l'organisation dynamique de la globalité, à tel point que Still le présente comme le laboratoire de la vie :

« Le rôle que joue le fascia dans la vie et la mort constitue pour nous un problème majeur à résoudre – peut-être le plus grand. Il engaine chaque muscle, veine, nerf et tous les organes du corps. (...) Par son action nous vivons, par son échec nous mourons. (Ibid., p. 85).

Scène d'enjeux fondamentaux, selon Still, le fascia est *« le terrain sur lequel toutes les causes de mort accomplissent la destruction de la vie »* (Still, 1899 / 2003, p. 45). Il n'hésite pas à annoncer qu'on pourra *« y découvrir toutes les causes perturbatrices de la vie, l'endroit où la maladie germe et se développe, les semences de la maladie et de la mort. »* (Ibid., p. 86).

Le fascia, dont *« nous devons nous rappeler qu'il occupe le corps entier »* (Ibid., p. 87), entretient des rapports étroits avec l'ensemble des autres constituants du corps :

« Nous découpons la peau qui recouvre ou entoure l'ensemble du corps. Tout de suite après avoir traversé et ôté la peau, nous rencontrons le fascia. En lui, nous trouvons des cellules, des glandes, des vaisseaux sanguins et autres, avec des nerfs qui courent d'une partie à l'autre. (...) À partir du fascia, nous gagnons les muscles, les ligaments et les os, tous ayant la forme et la condition convenant au grand dessein tracé par la Nature pour une machine vivante. » (Ibid., p. 52).

Omniprésent dans le corps, ce tissu conjonctif, organisé en nappes qui compartimentent l'organisme et relient tous les éléments entre eux, semble conditionner la santé du corps dans son ensemble, notamment en permettant la mobilité des différents éléments et en assurant une certaine qualité de fluidité :

« Dans tous les muscles, chaque fibre doit sa souplesse à ce producteur de lubrifiant de cloison, qui apporte à tous les muscles de l'aide pour glisser, sans friction ni heurt, sur les muscles et ligaments adjacents. Non seulement il lubrifie les fibres, mais il

donne le nutriment à toutes les parties du corps. (...) Il pénètre même ses plus petites fibres pour fournir et assister son élasticité et son glissement. » (Ibid., p. 85).

Nul doute alors que le fascia, à la fois tissu de connexion physique entre les éléments organiques, et substance de liaison physiologique entre les fibres, les cellules et les fluides fasse l'objet de toute l'attention du thérapeute, dans sa prise en charge de la personne souffrante :

« Cette substance de connexion doit être libre dans toutes ses parties (...) afin que la santé ne puisse être altérée par les fluides morts et empoisonnés. Ainsi, une connaissance de l'étendue universelle du fascia est presque impérative et elle est une des aides les plus précieuses pour celui qui cherche la cause de la maladie. » (Ibid., p. 86).

8. Les fluides de la vie : la règle de l'artère est suprême

Baignant les éléments tissulaires et contenue par eux, la phase liquidienne retint l'attention de Still, qu'il s'agisse du sang, de la lymphe ou du liquide interstitiel :

« Notre esprit explore l'os, le ligament, le muscle, le fascia, les canaux par lesquels le sang voyage du cœur vers sa destination locale avec les lymphatiques et leurs contenus – les nerfs, les vaisseaux sanguins, et chaque canal transmettant des substances à travers tout le corps. » (Still, 1892/ 2009, p. 67).

On note, dans la conception Stillienne de la physiologie, une interrelation forte entre la vie tissulaire et l'état de fluidité des liquides. Le sang doit parvenir en quantité et en qualité suffisantes à toute partie du corps :

« Pour qu'il [le corps humain] soit animé harmonieusement, il est nécessaire qu'existe la liberté pour le sang, les nerfs et les artères de leur point d'origine jusqu'à leur destination. » (Still, 1902/ 1998, p. 166).

Le praticien doit donc veiller, dans son traitement, à rétablir, quand nécessaire, un apport sanguin suffisant et adéquat :

« On ne devrait pas laisser le sang arriver à cette partie [en désordre] avec un mouvement tumultueux ; son écoulement doit être mesuré pour satisfaire les demandes de nutrition, autrement, la fragilité remplace la force. » (Still, 1892/ 2009, p. 87).

Cette recherche des causes possibles de limitation du flux sanguin s'effectue donc sur les éléments tissulaires qui conduisent le sang, ou sur ceux qui risquent d'exercer une contrainte sur les vaisseaux :

« Découvrir la cause des maladies ou la localisation d'un obstacle qui arrête le sang, voilà le principal souci mental de l'ostéopathe au moment où il est appelé pour traiter un patient. » (Ibid., p. 81).

C'est l'un des principes de l'ostéopathie édictés par Still, auquel on fait couramment référence en ces termes de *règle souveraine de l'artère* :

« La loi de l'artère et de la veine est universelle chez tous les êtres vivants et l'ostéopathe doit connaître cela et se soumettre à sa souveraineté, sinon, il ne réussira pas en tant que guérisseur. Envoyez-le au combat face aux fièvres d'hiver ou d'été et il sauvera ou perdra ses patients en proportion exacte de son aptitude à faire en sorte que l'artère nourrisse et que la veine purifie en enlevant les substances mortes avant qu'elles ne fermentent dans le système lymphatique ou cellulaire. » (Ibid., p. 79).

9. Conclusion

On peut objecter que c'est en rapport avec sa foi, que Still en est venu à formuler l'existence d'une force d'autorégulation, et que son discours est en permanence teinté de religiosité passionnée. Il n'en reste pas moins vrai qu'il eut le mérite de jeter les bases d'une thérapeutique nouvelle, basée sur la recherche des causes structurelles permettant d'expliquer les dysfonctionnements fonctionnels.

La recherche de ces causes se fait sans omettre aucune partie du corps, et leur traitement, en vue de rétablir des conditions normales, doit viser le rétablissement de la perfection initiale de toute partie en elle-même, et au cœur d'un ensemble équilibré.

Ses écrits témoignent de la place qu'il fait à l'homme dans un univers de perfection, alors qu'il déploie sous nos yeux les scènes imaginées de la physiologie et de l'ontogénèse.

Le fascia a un rôle de première importance, dans cet état de santé : on le découvre tissu de connexion omniprésent, universel en ce qu'il intervient tant au niveau des organes et éléments physiques, qu'au niveau cellulaire et biochimique, réalisant ici un lien entre deux niveaux d'organisation du vivant.

Très liés aux divisions fines du fascia, le milieu liquidien interstitiel, la lymphe et le sang sont pour Still les éléments dont il faut prioritairement préserver ou rétablir la mobilité, et dont la fluidité constitue en fin de compte l'objectif visé par le thérapeute.

II. Littlejohn et la physiologie

1. L'opposition Still - Littlejohn

John Martin Littlejohn (1865-1947), d'origine écossaise, muni d'une conséquente formation universitaire académique européenne (langues orientales, théologie, droit, anatomie et physiologie), vient, à l'âge de 32 ans, consulter Still (alors âgé de 62 ans) pour des problèmes de santé. La rencontre est forte, il devient son élève à l'American School of Osteopathy (ASO) de Kirksville, où il donne rapidement des cours de physiologie et de sciences fondamentales et se trouve nommé doyen.

La physiologie sera un point autour duquel les deux hommes ne pourront trouver à s'articuler convenablement, et Littlejohn devra quitter l'ASO en 1900, demeurera un temps à Chicago où il fonde une nouvelle école d'ostéopathie¹³, avant de quitter définitivement les USA pour venir s'installer à Londres en 1913, puis fonder la British School of Osteopathy (BSO) en 1917.

Cette divergence autour de la place de la physiologie dans les principes de l'ostéopathie et dans son enseignement, si elle est un point important du conflit entre les deux hommes, doit être appréhendée avec tout un ensemble d'éléments porteurs d'opposition, comme nous le propose Françoise Hématy-Vasseur dans son livre historiquement très documenté sur le traitement ostéopathique général :

« D'un côté un bouillant aventurier faisant face avec une robuste santé aux aléas de la vie de pionnier et à la guerre de Sécession, et de l'autre un intellectuel chétif, avec une santé précaire (...), un chercheur universitaire méthodique se déplaçant au gré de la nécessité des études. » (Hématy-Vasseur, 2009, p. 31).

Toute sa vie, Still a tenu son cap et a dû défendre l'ostéopathie contre les « *vieilles théories et professions établies (...)* [qui] *se sont senties attaquées par la naissance d'un nouvel enfant du progrès.* » (Still, 1902/ 1998, p. 144) Il n'était guère plus confiant face aux nouvelles théories dont il disait qu'elles étaient trop hasardeuses et porteuses de contre-sens. Ainsi en témoigne Emmons Rutledge Booth, un des rares étudiants de la première heure à n'avoir pas totalement gardé le silence au sujet de la relation entre Still et Littlejohn :

¹³ American School of Osteopathic Medicine and Surgery, devenue aujourd'hui le Chicago College of Osteopathic Medicine

« [Still] nous dit que la physiologie était un ramassis de contradictions et d'incertitudes, que nous ferions mieux de n'en rien croire tant que nous ne pouvions prouver quoi que ce soit » (Ibid., p. 38).

Still craignait qu'avec la trop grande jeunesse de l'ostéopathie, ses défenseurs ne sachent la préserver et rester fidèles à la ligne directrice qui constituait son originalité. Les derniers mots qu'on lui prête à ce sujet, sur son lit de mort, sont : « Keep it pure, boys !¹⁴ ». Françoise Hématy-Vasseur a abordé cet aspect de la relation entre les deux hommes et nous confirme cette réticence de la part de Still :

« La crainte que l'ostéopathie ne perde son âme dans la science médicale naissante en s'approchant trop près de la physiologie scellera la querelle. Il avait tort quant aux intentions de son élève qui était bien son digne héritier et qui l'a prouvé par la suite. Il avait raison quand on observe ce qu'il est advenu à l'ostéopathie américaine. » (Ibid., p. 46).

Littlejohn est cultivé, universitaire brillant, très curieux de ce que les nouvelles données de la science pourraient apporter à la philosophie de l'ostéopathie. Il tenta, contre l'avis du fondateur, de faire progresser les concepts de l'ostéopathie, s'appuyant considérablement sur la physiologie :

« [Littlejohn] commença à élargir le concept de la philosophie ostéopathique, ce à quoi Still s'opposa radicalement. Ces deux piliers de l'histoire de l'ostéopathie, Still l'ingénieur de la structure osseuse, et Littlejohn, l'œil rivé sur l'activité fonctionnelle du corps, en arrivèrent à un inévitable affrontement et se séparèrent. » (Wernham, cité par Hématy-Vasseur, 2009, p. 35).

Littlejohn resta très discret sur ce sujet dans le développement qu'il donna à l'ostéopathie et ses présentations de la nouvelle science thérapeutique ont toujours préservé l'idée d'une continuité naturelle avec les travaux de son prédécesseur. Cette phrase de Littlejohn donne un assez bon reflet de l'attitude qu'il adopta, en continuateur de l'œuvre de Still :

« Nouvelle science ne signifie pas nouveau commencement de pensée, pas plus qu'elle ne signifie un système isolé, mais simplement, rupture dans le temps constitué par l'enchaînement des événements que nous appelons histoire, offrant un point de départ pour un nouveau mouvement. » (Littlejohn, 1900, p. 10).

¹⁴ « Gardez-la intacte ! »

C'est donc sans animosité apparente ni contraste éclatant que la physiologie trouve sa place, pourtant nouvelle, dans la philosophie de l'ostéopathie qu'il développe en Angleterre.

2. Importance de la physiologie

Devant la Société des Sciences de Londres à laquelle il présente l'ostéopathie en 1900, année de son départ de l'ASO, Littlejohn doit d'abord rectifier quelques amalgames avec des « *manipulations secrètes, cachées ou mystérieuses, magnétiques ou mesméristes* » (Littlejohn, 1900b, p. 2), pour développer ensuite la théorie ostéopathique dans les aspects qu'elle a en lien, selon lui, avec la physiologie :

« L'ostéopathie nous ramène à la nature, au corps, aux processus corporels, à la vitalité du corps et aux causes physiologiques, aux conditions physiologiques, aux fonctions physiologiques et c'est sur elles et non sur le mysticisme que nous avons fondé et fondons toujours notre théorie de l'ostéopathie. » (Ibid., p. 3).

Il faut dire que face aux très nombreuses références de Still au Divin, Littlejohn semble vouloir débarrasser son approche de la philosophie ostéopathique de toute velléité spirituelle :

« La vie est donc le point de départ de la philosophie ostéopathique. Notre point de vue sur la vie est entièrement physiologique et nous ne sommes aucunement concernés par la métaphysique. » (Ibid., p. 12).

Il inscrit décidément l'objet de la science ostéopathique dans le champ de la biologie :

« En tant que médecins, nous avons à faire non pas à la vie elle-même – sauf pour essayer de la sauver, de la préserver ou de l'ennoblir –, mais à son moyen matériel d'expression. » (Littlejohn, 1934b, p. 5).

Dans un texte rédigé en 1900, *Principes de l'ostéopathie*, repris et publié par son élève J. Wernham en 1974 pour le centenaire de la naissance de l'ostéopathie, Littlejohn insistait déjà sur le versant biologique qui accompagne le geste ostéopathique, disant que « *la manipulation physique est convertie en son équivalent physiologique.* » (Littlejohn, 1900, p. 13). Il poursuit en ce sens dans un autre texte extrait du même ouvrage commémoratif :

« L'ostéopathie n'est pas une science de la manipulation, mais une science biologique, tout comme nous savons aujourd'hui que les substances composant le corps ne sont pas chimiques, mais biochimiques. » (Littlejohn, 1934b, p. 1).

Tout, chez Littlejohn, tourne autour de l'importance de la physiologie, tant sa conception de la pathologie que son intention dans le geste thérapeutique :

« La manipulation n'est qu'une forme de technique au moyen de laquelle nous pouvons ajuster ces conditions biologiques au sein du corps. Cela signifie qu'à travers l'utilisation de nos doigts, nous faisons appel au fonctionnement biologique des cellules. » (Ibid., p. 3).

Littlejohn, pour introduire le lien entre manipulation et physiologie, place préalablement l'ostéopathie dans le champ des pratiques faisant appel à la notion d'autorégulation du corps, telle qu'Hippocrate l'avait initiée et qu'il rappelle en ces termes : *« Tant que la vie perdure, la nature tend toujours vers la normale et tente de préserver les parties de l'organisme en créant des tendances normales au sein du corps. » (Littlejohn, 1900, p. 5).*

Ainsi, il définit l'ostéopathie comme *« un système ou une science de soin utilisant les ressources naturelles du corps pour l'ajustement de sa structure, pour stimuler la préparation et la distribution des fluides et forces du corps et promouvoir la coopération et l'harmonie au sein du mécanisme corporel. » (Ibid., p. 1).*

Dans cette notion de distribution des fluides et forces du corps, il faut entendre la notion du couple formé par le sang et l'influx nerveux, dont Littlejohn, tout comme a pu le faire Still, souligne souvent l'importance :

« L'énergie nerveuse dépend du sang et le sang dépend de l'énergie du nerf, ce qui signifie que la dépendance mutuelle de la circulation sanguine et de la force nerveuse est essentielle pour la maintenance de tissus sains. » (Ibid., p. 2).

3. Globalité corporelle

Comme avec Still, on retrouve la notion de la globalité en lien avec la question de la vitalité et de la santé des tissus sous la dépendance de la libre circulation des fluides corporels : *« Chaque partie du corps est approvisionnée par le sang circulant et par la force nerveuse. » (Littlejohn, 1900, p. 1).*

Littlejohn alimente encore la notion de globalité, cette fois dans l'approche thérapeutique, en développant l'idée que *« le corps doit en fin de compte être considéré comme un mécanisme parfaitement articulé » (Ibid., p. 6).* Il indique de quelle manière Still a enrichi les traitements du rebouteux qu'il fut sans doute à ses débuts, ainsi qu'en attestent ses cartes professionnelles. La notion d'articulation doit être étendue à l'ensemble des rapports

qui existent entre les différentes structures tissulaires et organiques dans le corps, rapports dont la mobilité fournit une base pour les conditions de santé. On découvre ainsi une description de l'organisation anatomique et fonctionnelle du corps allant du plus grossier et visible vers le plus subtil, au cours de laquelle il faut envisager aussi l'articulation des organes entre eux :

« L'importance de ce mécanisme trouve son expression dans les plus grosses articulations, à la jonction des quatre membres avec le tronc, dans les articulations plus subtiles de la jonction plus délicate des vertèbres et des côtes avec la colonne, dans les articulations ligamentaires et ligamento-musculaires encore plus délicates des insertions des tissus mous sur les structures squelettiques du corps, jusque dans l'articulation de chaque organe en relation avec les autres organes. » (Ibid., p. 6).

4. Globalité environnementale

Mais si l'on connaissait déjà cette forme de globalité concernant différentes parties du corps, on découvre avec Littlejohn un autre aspect de la globalité qui met le corps en relation avec son environnement, notion particulièrement développée dans son approche :

« L'environnement normal est un stimulus essentiel à l'activité des forces sanguine et nerveuse, de sorte que la moindre modification de l'environnement peut être envisagée comme une lésion primaire. (...) L'attention doit porter sur l'environnement du patient et si la cause primaire est une condition diététique ou climatique, ou le manque d'hygiène ou de mesures sanitaires, l'organisme ne retrouvera pas la condition normale tant que la correction n'aura pas été effectuée. » (Littlejohn, 1900, pp. 2-3).

On peut voir, dans la thèse¹⁵ de M. Rainville, ostéopathe, que parmi les huit catégories d'énoncés correspondant à des concepts ostéopathiques relevés dans les écrits de Still, le thème de l'environnement est sous-représenté (son intitulé exact est « *un environnement normal est essentiel à une normalité de fonction et de structure* »). Le thème qui semble avoir le plus retenu l'attention de Still est celui de « *la circulation normale des fluides corporels et l'activité des nerfs, essentielles au maintien de la santé* ». La globalité environnementale est donc une préoccupation nouvelle qu'apporte Littlejohn à la pratique de l'ostéopathie, bien

¹⁵ Lire à ce sujet les chapitres 5.1, 5.2 et 7.1.1 (p. 122) de sa thèse « L'influence de l'évolutionnisme philosophique dans l'élaboration des principes ostéopathiques par Still », en téléchargement sur <http://www.approche-tissulaire.fr/fr/memoires/306-memoire-martine-rainville>

avant que les considérations de santé liée à l'environnement ne trouvent leur véritable développement, à la fin du XX^{ème} siècle.

Le rapport à l'environnement, ainsi décliné en termes prioritaires de climat et de diététique, vient coïncider avec l'idée que le corps est son propre intendant, c'est-à-dire qu'il s'auto-entretient, notamment par l'assimilation de substances qu'il puise dans son environnement. Cette forme d'autonomie dans sa maintenance interdit de considérer le corps comme un simple mécanisme. La notion de mécanisme vital semble mieux convenir et son importance nous apparaît lorsqu'on la voit à l'œuvre dans la manière qu'a l'ostéopathe d'aborder les phénomènes de santé et de pathologie chez son patient :

« Chaque processus intervenant dans le corps est un processus vital. Toute lésion trouvée dans le corps est une lésion vitale, reliée à la vitalité, ou vie du patient. »
(Ibid., p. 1).

Cette notion de l'environnement est centrale dans la pensée qu'a Littlejohn de l'unité du corps. Il rappelait que Galien, déjà en son temps, affirmait que *« l'organisme humain devrait toujours être considéré comme une unité et comme tel, ne peut être divisé en parties ou sections. »* (Littlejohn, 1934, p. 8). Ainsi, il assure à sa suite :

« Notre système est un succès parce que nous suivons cette idée. Notre technique se fonde sur le corps humain comme un tout, sur la relation mutuelle de toutes ses structures et sur la relation mutuelle entre la structure et l'environnement, fournissant la clé pour la découverte des changements qui génèrent la maladie. » (Littlejohn, 1934, p. 8).

La notion de relation mutuelle est importante (nous y reviendrons dans l'interaction entre structure et fonction), et Littlejohn la place au centre de son concept d'ajustement, qu'il veut une résultante de la continuité entre les principes d'autorégulation et d'autoguérison.

5. Ajustement

L'ostéopathie s'articule autour d'un *« unique principe, à savoir l'ajustement »* (Littlejohn, 1900, p. 7).

Pierre Tricot, le traducteur du texte « principes de l'ostéopathie », précise dans sa note 2 les nuances qu'il convient d'adjoindre au terme « ajustement » pour rester fidèle à la pensée de Littlejohn. Parmi elles, on trouve le réglage, la justesse, l'harmonie au sein d'un ensemble de paramètres dynamiques. Ces précisions nous préviennent du piège que peut constituer la notion de normalisation corrective, une autre compréhension possible du terme *ajustement*,

courante chez les thérapeutes et utilisée notamment par Still, mais non conforme à l'utilisation qu'en fait Littlejohn.

Nous retrouvons les deux principes qui fondent le nouvel art thérapeutique : la tendance naturelle du corps à l'équilibre physiologique, et le nécessaire ajustement du corps à lui-même, à ses parties et à son environnement :

« (1) Le corps vivant, s'il est dans une condition d'intégrité structurelle et fonctionnelle normales est capable de se maintenir seul dans un état d'immunité native et naturelle et de créer ses propres remèdes pour s'opposer à la maladie.

(2) Le corps est un mécanisme vivant, construit sur les principes d'un organisme et pour être normal, cet organo-mécanisme doit être correctement ajusté à lui-même, à son intégrité vitale et à l'unité du corps, ainsi qu'à l'intégrité de toutes ses parties, considérées comme des unités dans l'unité. » (Littlejohn, 1934, p. 3).

Il convient donc toujours de comprendre l'action thérapeutique comme une action qui vise à permettre au corps, par des moyens naturels, de recouvrer sa libre et pleine capacité d'ajustement :

« Le problème de la thérapeutique (...) réside dans l'utilisation des moyens que nous trouvons au sein de l'organisme pour l'amener à une relation correcte à lui-même et à son environnement. » (Littlejohn, 1900, p. 9).

6. Structure et fonction, une relation mutuelle

Littlejohn nous rappelle le principe stillien selon lequel, pour rétablir la fonction, il faut agir sur la structure, parce que c'est à partir de là qu'il a « *établi la cause de conditions pathologiques* » (Still, 1902/ 1998, p. 165) :

« Still établit le principe selon lequel, dans l'étiologie de la maladie, une perturbation fonctionnelle doit être corrélée à un déplacement anatomique relié à l'incapacité articulaire » (Littlejohn, 1934b, p. 1).

Mais Littlejohn semble cependant refuser la prévalence chère à Still de la structure sur la fonction, et développe plus loin leur rapport en proposant d'y voir une relation mutuelle plutôt qu'une relation de gouvernance de l'une sur l'autre.

Il donne un point de vue historique selon lequel si les premières applications thérapeutiques fondées sur l'ajustement se limitaient effectivement aux éléments du squelette, leur champ d'application s'est progressivement étendu à « *(1) l'équilibration du corps par*

rapport à lui-même, et ses parties séparées, et (2) l'équilibration du corps à son environnement de régime, hygiène, société, cadre physique, etc. » (Littlejohn, 1900, p. 7).

Ce mouvement que l'on pourrait caractériser de *globalisation*, se faisant de la structure à un ensemble réunissant structure et fonction caractérise l'histoire du seul développement de l'ostéopathie, et en aucun cas, selon lui, l'histoire de la pathologie dans un corps. Ainsi, précise-t-il, « *affirmer que le principe de l'ostéopathie repose sur l'idée que la maladie résulte d'une anomalie mécanique suivie de discorde physiologique est une absurdité* » (*Ibid.*, p. 8), une telle conception limitant effectivement le champ d'application de l'ostéopathie à un domaine particulier dans l'étiologie des pathologies.

Ainsi, l'ostéopathe doit-il prendre en compte la structure, la fonction et l'environnement sans prédominance lors du diagnostic aussi bien que pendant le geste thérapeutique :

« Dans le principe ostéopathique, il est explicite que l'étiologie de la maladie doit être recherchée dans les conditions anormales au sein des arrangements anatomiques, physiologiques et environnementaux de l'organisme et que pour soigner la maladie, la ou les causes doivent être supprimées par remplacement de l'arrangement anormal par un normal, au niveau de la structure, de la fonction et de l'environnement. » (*Ibid.*, p. 8).

La définition que donne Littlejohn à la lésion ostéopathique va dans ce sens de mettre autant en cause la structure que la fonction :

« Toute variation du normal dans l'ajustement de n'importe quelle structure, et toute variation dans la corrélation de l'activité organique et de l'environnement, doit être considérée comme une lésion. (...) Nous avons deux domaines de lésion et d'action thérapeutique, à savoir le malajustement structural et l'incoordination des activités. » (*Ibid.*, p. 14).

Si anatomie et physiologie sont des manières différentes d'étudier le corps, il semble bien que la réalité de celui-ci ne soit pas si cloisonnée, entre structure et fonction :

« En anatomie, la lésion s'applique à la structure, et en physiologie, elle s'applique à l'activité, mais dans le corps vivant, les deux sont impliquées. » (*Ibid.*, p. 15).

C'est donc bien, encore une fois, une unité qu'il est question de traiter.

7. Le traitement ostéopathique général

Françoise Hématy-Vasseur dédie son ouvrage *Du traitement ostéopathique général (TOG) à l'ajustement du corps* à John Wernham qu'elle considère comme l'héritier de la lignée constituée par Still et Littlejohn. Elève de ce dernier et continuateur de ses travaux en Angleterre, Wernham lui apparaît comme la clé de voûte réunissant les deux piliers de la mécanique et de la physiologie que représentent ses deux prédécesseurs :

« Chacun des trois protagonistes des débuts de l'ostéopathie, A. T. Still, J. M. Littlejohn et J. Wernham, apporta sa pierre à la construction de notre discipline par la différence de son approche respective : l'anatomie pour l'un, la physiologie pour l'autre, la mécanique pour le troisième. » (Hématy-Vasseur, 2009, p. 36).

On trouve dès 1900, nous dit-elle, des sources témoignant de l'existence d'un protocole appelé "traitement général" qui permet d'appréhender le corps dans son ensemble, un peu comme une chorégraphie à laquelle se livrerait le praticien pour aborder chacun de ses patients. L'aspect général de ce travail est assurément conforme à l'esprit de l'ostéopathie et à son principe d'unité corporelle :

« C'est une séquence ordonnée et coordonnée de techniques articulaires à longs leviers, permettant le diagnostic et le traitement des zones de restrictions rachidiennes et périphériques par la mobilisation des articulations et la détente des tissus mous. » (Ibid., p. 14).

On retrouve en effet l'approche globale du corps, avec une intention d'intégrer ses différentes parties dans leurs trois composantes anatomique, mécanique et physiologique, en tenant compte de la capacité d'autorégulation ou ajustement :

« Il [le TOG] observe à tout moment le concept de globalité essentiel à l'ostéopathie et tend à l'intégration anatomique, mécanique et physiologique des différentes parties du corps. Sa visée ultime est physiologique avec le rétablissement de l'homéostasie. » (Ibid., p. 14).

La description de l'enchaînement des séquences du TOG, qui se fait selon une « routine¹⁶ », montre un abord du patient essentiellement centré sur l'ensemble du rachis, auquel il faut ajouter les deux ceintures, pelvienne et scapulaire. Françoise Hématy-Vasseur conclut ainsi son chapitre sur la biomécanique de Littlejohn :

¹⁶ Il faut entendre le terme de « routine » comme une séquence inchangée d'un ensemble de gestes dont l'aspect répétitif permet d'en faire un référentiel qui sert au diagnostic.

« Pourquoi une telle focalisation sur la biomécanique du rachis ? La part, exclusive qui plus est, accordée à la biomécanique du rachis paraîtra exorbitante à quiconque ne garde pas à l'esprit le point focal visé par la routine articulaire du Traitement Ostéopathique Général : l'axe rachidien, les membres et la tête tenant lieu de leviers, et de leviers longs, à cet usage. » (Ibid., p. 77).

Le TOG met en lumière l'utilisation d'une forme de travail à distance qui constitue une certaine globalité de l'approche, le praticien agissant au départ sur les membres qui constituent de longs bras de levier et permettent d'obtenir un effet indirect au niveau de l'axe vertébral.

La moelle, contenue dans la colonne vertébrale, participe à la constitution de l'axe neuro-végétatif en général, responsable du maintien de l'équilibre du milieu intérieur, et plus particulièrement du système neuro-vasculaire qui conditionne l'apport sanguin à l'ensemble du corps. Le bon fonctionnement des fibres nerveuses participant aux centres vasomoteurs médullaires et faisant relais dans les ganglions latérovertébraux, centres vasomoteurs périphériques, est pour une part sous la dépendance de la liberté de mouvement de la colonne. Se rappelant l'importance du concept ostéopathique de la libre circulation des fluides et plus précisément du sang, on comprend donc aisément l'intérêt, même avec les connaissances de l'époque, que pouvait porter Littlejohn à l'entretien de la mobilité de cet axe essentiel.

Un dernier élément, concernant la mobilité tissulaire et liquidienne, paraît important dans l'application du TOG, c'est la question du rythme qui semble être impulsé dans un premier temps, puis être pris en relais par le corps lui-même, et pourra constituer un élément supplémentaire d'évaluation :

« L'application de mouvements rythmés mobilise l'élément liquide du corps et atteint les tissus dans leur activité intrinsèque, et cela de la manière la moins traumatique possible. Et Wernham de rapprocher routine et rythme pour conclure : « Une fois la routine bien établie, le monde du rythme s'impose presque de lui-même » (Wernham, 1988, 5). » (Ibid., p. 90).

C'est un dernier élément, concernant la mobilité tissulaire et liquidienne, qui paraît important dans l'application du TOG : la question du rythme qui semble être impulsé dans un premier temps, puis être pris en relais par le corps lui-même, et pourra constituer un élément supplémentaire d'évaluation.

8. Conclusion

Littlejohn soustrait à la philosophie ostéopathique développée par Still toute allusion au Divin et l'inscrit délibérément dans un contexte scientifique moderne, en adéquation avec les découvertes récentes en physiologie. Tout, dans le geste de la manipulation tel qu'il l'envisage, est guidé par les nécessités de la biologie. La question de l'autorégulation devient plus centrale encore pour l'ostéopathe, avec la notion qu'il développe, de l'ajustement de l'organisme à lui-même, dans ses parties et dans leur unité. Ce concept ouvre en outre à l'ajustement de l'organisme à son environnement, que Littlejohn considère comme un stimulus essentiel à l'activité physiologique du corps.

Alors que pour Still, la structure gouverne la fonction, Littlejohn voit les relations d'influence entre structure et fonction comme réciproques. Le système s'agrandit même pour constituer une triade englobant structure, fonction et environnement.

Littlejohn met au point le traitement ostéopathique général (TOG), qui consiste en une remise en rythme ciblée de l'ensemble du rachis, soit directement, soit à partir de mobilisations des membres et de la tête, pour permettre de rétablir l'homéostasie par l'intermédiaire du système nerveux autonome.

III. Sutherland et le mouvement crânien

Le rythme est une donnée d'importance, dans l'approche ostéopathique, et on attribue sa modélisation à William Gardner Sutherland qui l'étudia essentiellement autour du concept de mobilité des os crâniens.

1. Lignée Still - Sutherland

William Garner Sutherland : (1873-1954) est un autodidacte, ce qui le rapproche de Still avec qui il partage également ce goût pour l'approche expérimentale, la connaissance ne venant que dans un second temps, pour proposer et affiner une compréhension de l'expérience et une stabilité des conditions d'expérimentation. Elève direct de Still, il fut encouragé par ce dernier dans ses recherches sur la dynamique du crâne, et a toujours présenté son travail comme le prolongement de ce que Still avait déjà développé :

« Si vous lisez attentivement – même entre les lignes –, les écrits du Dr. Andrew Still, vous remarquerez que sa pensée se situe dans cette lignée. Vous trouverez que le

concept crânien au sein de la science ostéopathique est sien et non mien. » (Sutherland, 1949, p. 1).

L'approche crânienne qu'il a proposée et son modèle du mouvement respiratoire primaire (MRP) représentent pourtant une nouveauté considérable dans la pratique ostéopathique. Still n'a pas eu le temps ou l'énergie d'aller plus en avant dans cette voie, mais il l'avait assurément entrevue nous dit Pierre Tricot en rapportant une conversation du fondateur avec Charlotte Weaver, ostéopathe contemporaine de Sutherland qui a, elle aussi, particulièrement étudié le crâne :

« [Still] dit que la recherche concernant la circulation de la tête vers la moelle épinière et le retour vers la tête avait constamment retenu tout son intérêt et que c'était la recherche à laquelle il aurait aimé consacrer les énergies de sa vie, mais que ce qu'il avait appelé ostéopathie devait passer avant. » (Sorrel, 2000, 50, cité par Tricot, 2003b).

On comprend donc, avec cet éclairage, que si le concept crânien reste bien dans la continuité de ce qui retenait l'attention de Still, il constitue véritablement une nouveauté dont le développement n'avait pas été mené à bien.

2. Mouvement des os crâniens

L'histoire raconte que très tôt, dans les couloirs du collège de Kirksville où il commençait à étudier l'ostéopathie, le jeune Sutherland s'arrêta devant un crâne osseux exposé dans une vitrine et, observant les rapports entre les deux os sphénoïde et temporal au niveau de la suture sphéno-squameuse, eut cette idée folle que les pièces osseuses étaient *« biseautées comme les ouïes d'un poisson, indiquant un mécanisme respiratoire. »* (Sutherland, 1949, p. 1). L'idée lui reste, obsédante et dérangeante, et c'est sur une quarantaine d'années que se déroula son travail. Il commença par l'expérimentation sur son propre crâne, afin de se convaincre que cette étonnante idée de départ n'était pas déraisonnable, malgré sa méfiance initiale ancrée sur l'idée que les os du crâne sont fixes :

« À cause de mon scepticisme concernant la mobilité des os du crâne, j'ai dû imposer de très nombreuses expérimentations à mon propre crâne. » (Ibid., p. 2).

Puis il entra progressivement dans les détails de cette fine dynamique crânienne pour établir le concept crânien et son modèle du mouvement respiratoire primaire. Alors qu'on décrivait déjà de manière détaillée les faces internes et externes des os du crâne, Sutherland

étudia avec minutie les surfaces de contact entre les différentes pièces osseuses, qui n'avaient que peu retenu l'attention des anatomistes. Pour mieux comprendre la nature de ces articulations qu'on appelle sutures, il étudia la mécanique, ce qui le sensibilisa à la richesse de leurs relations, aux mouvements qui leur étaient possibles, selon les différentes formes qu'elles prenaient :

« On commence à remarquer des choses sur les différents types d'engrènements qui sont apparus. Il y a le biseau, interne et externe, avec un contact articulaire de configuration opposée, qui signifie l'existence d'un mouvement de glissement. Il y a également les cannelures à direction transversale, diagonale etc. Les agencements suturaux montrent des engrènements en forme de vis sans fin, en forme de cône, des engrèlements compensateurs, des agencements énigmatiques, des agencements à friction et des agencements en forme d'hélice. On trouve des arrangements articulaires à emboîtement réciproque, en roulement à billes, en bielle, en cardan, en gorge ou en poulie, en arbre de renvoi, et même un arceau. On trouve également des barres de torsion, des échappements, des tiges flexibles, des pompes de force, des gouvernails, des chevalets et le fulcrum. » (Ibid., p. 3).

C'est donc à partir de sa *folle idée* née d'une observation qu'il devina l'existence d'un mouvement, puis étudia l'anatomie et la mécanique pour mettre au point un modèle mécanique décrivant les mouvements des pièces osseuses au cours de ce mouvement global du crâne, rythmé en allers et retours dits de flexion et d'extension, comme une expansion suivie d'une rétraction.

3. Modèle du Mouvement Respiratoire Primaire

L'affirmation nouvelle de l'existence de cette rythmicité, dans son livre *The cranial bowl* en 1939, n'est pas bien accueillie, et les sceptiques sont nombreux :

« Les critiques m'ont signalé qu'aucun muscle n'est attaché au sacrum et aux iliaques pour leur procurer une mobilité articulaire. Pourtant, leur mobilité a été démontrée. Ils ont également déclaré que, dans la structure crânienne, aucun muscle ne relie les os entre eux pour leur procurer un mouvement articulaire. » (Sutherland, 1944, p. 2).

C'est dire combien il était difficile, pour ses détracteurs, de concevoir cette nouvelle nature de mouvement qui ne répond effectivement en rien à l'enseignement admis : rythmicité globale et involontaire, qui ne dépend ni de la respiration pulmonaire ni du péristaltisme viscéral, c'est sans l'intervention d'aucun muscle moteur que pourtant elle s'exprimerait.

Dans la présentation du MRP que fait Sutherland au *Des Moines Still College of Osteopathy and Surgery* en 1944, on découvre une description en deux parties de l'animation, montrant distinctement ce qu'il se passe au niveau du crâne et au niveau de la colonne vertébrale, le mécanisme semblant trouver dans les deux cas sa mobilité originelle au niveau des centres nerveux, cerveau et moelle épinière, pour s'étendre ensuite, via le liquide céphalo-rachidien (LCR) et les membranes, aux pièces osseuses crâniennes et pelviennes :

« *Ce mécanisme englobe d'une part le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, les membranes intracrâniennes et la mobilité articulaire des os du crâne, et d'autre part la moelle épinière, les membranes rachidiennes, de nouveau le liquide céphalo-rachidien et la mobilité involontaire du sacrum entre les iliaques.* » (*Ibid.*, p. 2).

Dans cette description générale du MRP, au niveau crânien, Sutherland propose de commencer par visualiser les mouvements des ventricules cérébraux, en ce qu'ils sont représentatifs des mouvements du tissu cérébral, considéré comme lieu d'origine de cette pulsation. C'est, pour lui, en effet des centres nerveux que provient la force motrice de ce rythme, comme il l'affirme dans *La promenade du vairon*, description en première personne du voyage imaginaire d'un petit poisson qui se promènerait à l'intérieur du crâne :

« *La motilité du cerveau modifie la forme des ventricules, produisant des changements rythmiques (...), les étirant puis les relâchant.* » (Sutherland, 1951, p. 6).

Ensuite, viennent les membranes de tension réciproque et le LCR, puis la mobilité des os crâniens.

Les différents auteurs ont diverses manières d'organiser la présentation des cinq composantes du MRP, sans qu'aucune ne se fasse le reflet d'une importante modification apportée au modèle. Lionnelle Issartelle, qui s'adresse dans son livre à un large public, reprend une partition du MRP en une triade motrice d'une part, et sa conséquence (Issartel & Issartel, 1983, p. 110).

La triade motrice est ainsi constituée :

- mouvement inhérent du cerveau
- fluctuation du LCR
- tensions réciproques des membranes crâniennes et rachidiennes

Et sa conséquence trouve une manifestation au niveau des mouvements des pièces osseuses :

- mouvement des os du crâne

- mouvement du sacrum

4. Évolution du travail proposé, au contact du modèle

Avec Sutherland en particulier, il faut considérer de manière dynamique le modèle et le travail qu'il propose. Son étude, en effet, s'est d'abord traduite dans une ambiance guidée par la mécanique des pièces osseuses qu'il étudiait, et répondait à des contraintes externes fortes, de la même nature que celles qu'il appliquait à son propre crâne pour mettre en évidence et répertorier les lésions qu'entraînaient des fixités. Et comme ses témoignages sur ses nombreuses expérimentations le montrent, non seulement les dispositifs mécaniques qu'il utilisait dans ses recherches pouvaient être impressionnants (bol en bois, casque de football, sangles, gants de base-ball, etc.), mais la rudesse des contraintes qu'il s'appliquait peut surprendre :

« J'ai découvert comment comprimer médialement les bords de mon propre supra-occiput en utilisant un gant de base-ball. (...) Le cervelet est situé en avant du supra-occiput. Qu'arrive-t-il au cervelet lorsqu'on resserre les bords de l'écaille occipitale l'un vers l'autre ? Qu'arrive-t-il au pont, à la moelle, et au quatrième ventricule lorsque le cervelet change de forme à cause de la compression du supra-occiput ? C'est en pratiquant cette expérience sur mon propre crâne que j'ai engrangé quelque connaissance sur ce sujet. Ce jour là, je suis allé tellement loin que je ne savais pas si je pourrais revenir en arrière. » (Sutherland, 1949, p. 4).

Il semble bien qu'on retrouvait un peu la hardiesse de son mode d'expérimentation dans sa manière de travailler sur le crâne, et qu'il enseignait un toucher structurel des plus stricts, au moins jusque dans les années 1942-43, avant de commencer l'exploration du système crânien sans contrainte extérieure. Ainsi en 1944, Sutherland s'apprête à guider une pratique pour ses élèves, dans laquelle il propose de solliciter la participation du patient au moyen d'une longue apnée expiratoire, en remplacement de la puissance externe qui n'est plus exercée :

« Lorsque nous exagérons une lésion crânienne jusqu'au point de relâchement articulaire, le patient coopère au moyen de la respiration, c'est-à-dire qu'il lui est demandé d'expirer aussi profondément que possible, puis de retenir son souffle le plus longtemps possible. Lorsqu'il ne lui est plus possible de le retenir, il se produit une inspiration soudaine que le patient ne peut pas contrôler. Il bouge dans la direction

normale, et nous découvrons que le moteur fait fluctuer le liquide céphalo-rachidien dans les membranes. » (Sutherland, 1944, p. 10).

Progressivement, l'enseignement de Sutherland s'est transformé et a perdu tout ce qui en faisait une approche structurale stricte, pour privilégier une nouvelle attitude d'écoute et de présence, visant à solliciter une force interne au patient :

« permettre au processus physiologique interne de manifester son potentiel inhérent et la force motrice nécessaire à la correction, plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur. » (Becker, 1965, p. 7).

Bien loin du geste interventionniste de ses débuts, le terme de *Marée* appartient, avec ceux de *Potentiel inhérent* et de *Souffle de la Vie*, au lexique qu'utilisait Sutherland vers la fin de sa vie pour évoquer auprès de ses étudiants ce qui se déclenchait dans le corps du patient, alors qu'il travaillait. James Jealous, ostéopathe contemporain, de la génération qui a suivi celle de Rollin Becker, Viola Frymann ou Harold Magoun, résume cette évolution, concernant le travail crânien, en ces termes :

« L'étude directe du système crânien s'est déroulée sur une trentaine d'années au cours desquelles Sutherland est passé d'un concept purement mécaniste osseux à un concept spiritualiste (le Souffle de Vie), en passant par le membraneux et le liquidien. » (Jealous , cité par Tricot, 1998, p. 11).

5. Extension du MRP à la globalité du corps

Assez rapidement pour faire lien dans son modèle crânien entre le tissu cérébral, origine supposée de la mobilité et les pièces osseuses crâniennes, Sutherland avait indiqué les membranes intracrâniennes et le liquide céphalo rachidien qui semblaient transmettre la fluctuation. Mais si la rythmicité du MRP est donnée comme ayant pour origine un mouvement crânien puis rachidien, elle n'est pas réservée à l'axe vertébral, et peut être décelée partout dans le corps, comme nous l'indique Rollin Becker :

« À travers tout le corps, nous pouvons sentir une autre chose, habituellement non mentionnée dans les manuels de physiologie et d'anatomie actuels. Il s'agit d'un mouvement global de flux et de reflux animant le corps tout entier. C'est comme si le corps, fonctionnant comme une unité, répondait à une force comparable à celle qui provoque le mouvement des marées de l'océan. Il s'agit d'un mouvement rythmique animant tous les liquides du corps. » (Becker, 1965, p. 3).

C'est une expérience que partagent tous les ostéopathes, un rythme est perçu dans tout le corps, donné comme variant de 10 à 14 fois par minute. Le MRP, activité rythmique modélisée, de fréquence identique, trouverait donc en condition de normalité sa traduction en périphérie, sur toute l'étendue du corps, ce que peut évaluer l'ostéopathe :

« Il est important de savoir que dans notre apprentissage du contrôle de cette Marée nous ne sommes pas limités au mécanisme crânio-sacré (...) nous cherchons à obtenir un équilibre au sein des composants tissulaires et fluidiques dans chaque région du corps » (Ibid., p. 4).

Les tentatives d'explication du lien entre l'origine du rythme, donnée par Sutherland comme étant le tissu nerveux, et le phénomène rythmé perçu en périphérie sont variées et non concordantes, bien souvent non satisfaisantes.

Que la transmission se fasse selon un mode tissulaire ou liquidien, le fascia, ce tissu conjonctif assurant la jonction entre tous les éléments anatomiques du corps pour les relier entre eux dans l'étendue et de la superficie vers la profondeur, semble tenir un rôle d'importance dans la répartition de cette rythmicité. La transmission mécanique est la première à avoir été évoquée, le tissu conjonctif étant considéré comme le prolongement vers la périphérie du *core link* initialement proposé par Sutherland pour justifier la dynamique crânio-sacrée : la dure mère servait de tendon central pour relier le sacrum à l'ensemble du crâne. Faisant suite à l'axe crânio-sacré, les fascias peuvent transmettre la dynamique rythmique à l'ensemble du corps :

« Le fascia, non seulement s'adapte et répond utilement à toute sollicitation des structures, mais il est lui-même le lieu du rythme vital : la Respiration Primaire. C'est grâce à ce tissu sans fin – s'il est en bonne intégrité – que l'on peut sentir partout le rythme à quatre dimensions du CRI [acronyme anglais de Crânial Rythmic Impulse] : un mouvement de gonflement/rétraction, en même temps que latéral (rotation externe interne) et longitudinal (haut/bas), exactement synchrones avec le rythme crânio-sacré. » (Issartel & Issartel, 1983, p. 239).

Mais d'autres tentatives d'explication ont davantage exploré la direction de la phase liquide, le LCR en particulier, dont l'importance avait été signalée Sutherland, à la suite de Still qui affirmait que « les vaisseaux de la lymphe boivent toutes les eaux du cerveau » ou qui parlait de « vaisseaux de pure eau vivante dans les fascias » (Still, cité par Issartel & Issartel, 1983, p. 240).

Dans les années vingt à Leningrad, Speransky montre la continuité du LCR et de la lymphe à l'aide d'injections d'encre India dans les espaces sous-arachnoïdiens de chiens vivants. Issartel rapporte les travaux de Speransky en le citant :

« Les endroits où l'encre est retrouvée facilement et en grande quantité, macro- et microscopiquement, sont les ganglions lymphatiques et, en particulier, les ganglions lymphatiques profonds situés près de la colonne vertébrale. » (Ibid., p. 240).

L'avènement du microscope électronique ouvre de nouvelles voies de recherche en biologie, et l'on découvre que les fascias présentent, dans leur constitution, des microtubules. Certains chercheurs trouvent une continuité entre le liquide contenu dans ces microtubules du conjonctif et le LCR.

« C'est par l'injection d'or colloïdal que Fowler et al. démontrèrent "que le liquide à l'intérieur des fibres creuses des fascias est la continuité du LCR". » (Ibid., p. 241).

La découverte vient alimenter, pour certains ostéopathes, l'idée selon laquelle le rythme perçu à la périphérie proviendrait d'un mouvement de propagation du LCR, depuis l'intérieur de la dure-mère, à travers les microtubules du fascia, jusqu'aux confins les plus éloignés du corps. Le LCR suivrait ce *« grand circuit [qui] est découvert, comme un cycle éternel dans le corps réuni »*. (Ibid., p. 241).

6. Le MRP contesté

Bien des ostéopathes, actuellement, ne parviennent pas à se satisfaire du modèle proposé par Sutherland et la question reste encore ouverte, de l'origine de ces rythmes périphériques fins qu'on peut percevoir dans le corps.

Selon Sutherland, le MRP serait premier : hiérarchiquement primaire (le MRP commanderait à l'ensemble du corps et, en particulier, il dirigerait le mécanisme de la respiration pulmonaire), chronologiquement primaire (le MRP existerait avant la naissance et se prolongerait environ 15 min après que tout signe de vie ait disparu).

Jean-Claude Herniou, ostéopathe, s'est appliqué dès 1987 à démontrer que cette vision du MRP ne correspond à aucune réalité, que le LCR ne peut en aucun cas être moteur du mouvement crânien et que le MRP n'existe pas. Selon lui, le seul moteur possible, pour expliquer cette rythmicité tissulaire, est la respiration costo-diaphragmatique :

« C'est en fonction des différences de structures qu'elle va rencontrer que l'onde de choc émise, dans le système liquidien humain par la ventilation (surtout par l'énorme

piston hydraulique diaphragmatique), va être progressivement transmise jusqu'aux extrémités du corps. » (Herniou & Roulier, 1998).

Il ne remet pour autant pas en question la mobilité des pièces osseuses crâniennes, mais le moteur ne pouvant pas en être le LCR, il propose une origine multifactorielle à cette rythmicité :

« Il y a une déformation rythmique (sinusoïdale) ventilatoire costo-diaphragmatique de la boîte crânienne comme sur le reste du corps qui s'exerce par l'intermédiaire des muscles et des fascias. Mais il y a aussi le rythme à fréquence rapide du pouls artériel qui est loin d'être négligeable. Plusieurs autres biorythmes existent comme la micro-motilité capillaire liée au remplissage artériolaire, ou l'onde de Traube Hering par exemple. » (Ibid.).

La question discutée semble se situer davantage au niveau du modèle explicatif que de la conduite thérapeutique, et les nouvelles propositions de modélisation sont sans retombées majeures sur la pratique :

« Tous les mouvements des os du crâne décrits de manière empirique par les ostéopathes sont dans l'ensemble à peu près conformes à la réalité. La plupart des lésions peuvent être traitées suivant les normes habituellement décrites par les ostéopathes. » (Ibid.).

La pratique de l'ostéopathie, notamment dans le champ crânien, n'est en fait ni sérieusement remise en cause ni enrichie : la plupart des techniques ostéopathiques décrites peuvent être conservées, selon Herniou qui ne déconseille finalement que quelques manœuvres en dehors d'indications plus restrictives.

D'autres tentatives plus récentes proposent des modélisations différentes pour expliquer cette rythmicité que l'ostéopathe peut sentir partout dans le corps, en dehors d'une activité connue. Mais je fais le choix de ne pas les présenter ici car elles ont été développées bien après l'apparition de la fasciathérapie et ne participent donc pas à la constitution du paysage de la globalité tel qu'il était au moment initial de la fasciathérapie. Il serait toutefois intéressant de faire une étude comparative de l'évolution conceptuelle et pratique de ces différentes méthodes. Je pense notamment à l'approche tissulaire de l'ostéopathie développée par Pierre Tricot, à la biodynamique proposée par James Jealous, ou à l'ostéopathie somato-émotionnelle préconisée par Patrick Varlet.

7. Risques de morcellement de la pratique ostéopathique autour du concept crânien

Sans rester sur le niveau des oppositions qui peuvent se donner à voir, autour de l'existence du MRP, ou au sujet des différentes propositions données pour modéliser et expliquer cette réalité rythmique perçue par le praticien, le développement de l'approche crânienne a eu des effets certains sur le développement et l'exercice de l'ostéopathie en Europe.

Les premiers développements de l'ostéopathie, en France, étaient portés par un courant généraliste, correspondant à la vague anglaise, et ce n'est qu'ensuite que s'est faite l'introduction du concept crânien. Ainsi René Quéguiner, parmi les premiers kinésithérapeutes à s'être formés à l'ostéopathie, témoigne de l'apport qu'a constitué pour lui l'approche crânienne, quand il a, avec quelques confrères, réussi à convaincre trois américains, tous élèves directs de Sutherland (Harold Magoun, Viola Frymann, Thomas Schooley), de venir leur enseigner les bases du travail crânien :

« Ce fut une ouverture sensationnelle. Nous y avons trouvé l'idée synthétique de l'individu. Jusqu'alors, l'ostéopathie était surtout axée sur l'unité colonne vertébrale-viscères. Les américains nous ont ouvert des perspectives insoupçonnées. » (Issartel & Issartel, 1983, p. 95).

Si pour certains, avec l'enrichissement considérable du travail sur la sphère crânienne vient une meilleure prise en compte de la globalité du patient, on peut craindre que l'exercice de l'ostéopathie, dans la pratique courante actuelle, n'y ait pas gagné en uniformité.

Je vois une illustration qui pourrait caricaturer cette partition du corps mettant le crâne à part de la globalité corporelle, dans la constitution même du bureau de la SFO, Société Française d'Ostéopathie¹⁷ : à côté du président, directeur d'enseignement, apparaît un vice président en charge du crânien. Bien sûr, c'est de l'organisation de l'enseignement qu'il est question ici, et non de la réalité du corps de nos patients, mais cela montre tout du moins la place particulière qu'occupe le crânien dans la pédagogie. Surtout, cette vision compartimentée du corps a des conséquences sur la manière dont le professionnel envisage son art, que bien des auteurs ostéopathes, comme Pierre Tricot, s'attachent à dénoncer :

¹⁷ La constitution du bureau de la S.F.O., *première société savante de médecins ostéopathes* qui défendent l'exclusivité médicale de la pratique ostéopathique, est visible sur son site : <http://sf.osteopathie.free.fr/> consulté le 07/07/2011

« Pourtant, à entendre aujourd'hui parler nombre d'ostéopathes, l'intégration ne semble pas réalisée. Qui n'a entendu dire : "Je lui ai fait du vertébral, puis du crânien..." Pire, j'ai souvent l'impression d'entendre parler de deux ostéopathies différentes, alors que Still et Sutherland nous parlent l'un et l'autre de la même chose : l'humain vivant, partie intégrante de la Création. » (Tricot, 2003b).

S'il est vrai que l'abord de la sphère crânienne demande des compétences particulières qui ne peuvent être acquises qu'après un nombre conséquent d'heures de formation préalable, on peut voir à cette division si présente du corps d'autres raisons que pédagogiques, plus enracinées dans la culture de l'ostéopathie, avec son développement en vagues successives. D'autres secteurs de la pratique ostéopathique, qu'il s'agisse du traitement d'une région anatomo-physiologique comme le viscéral ou l'uro-gynécologie, ou du choix d'un type d'approche, soit structurelle soit fonctionnelle, ont par la suite été l'objet de développements particuliers. Les savoir-faire spécifiques qui en découlent entraînent le risque pour le praticien de s'éloigner des concepts fondateurs de l'ostéopathie, et pour la profession celui du morcellement. Certains auteurs, comme A. Croibier, s'inquiètent ainsi de la menace de spécialisation de la profession, chacun cherchant à approfondir un domaine particulier, mais souvent au risque de perdre l'unité du corps, pourtant l'un des principes fondateurs. :

« La division de l'art ostéopathique en une myriade de secteurs différents relève d'une nécessité pédagogique. Il ne suffit pas d'isoler un certain nombre de sous-ensembles au sein de cet ensemble pour créer un système cohérent. De très nombreuses techniques dérivées de l'art originel sont maintenant très éloignées du concept de base. Il faut être vigilant et ne pas tolérer la spécialisation ou la sectorisation ostéopathique ! » (Croibier, 2005, p. 26).

Bernard Barillon, qui fut avec René Quéguiner à la fois responsable et témoin des tout premiers moments de l'approche crânienne en France répond avec toute sa simplicité, lors d'une interview pour la revue *ApoStill* :

« ApoStill : Depuis Still, différents courants ont fait évoluer l'ostéopathie : le crânien, le viscéral, le somato-émotionnel, etc. Que pensez-vous de cela ?

Barillon : Pour moi, ce ne sont que des mots car il y a l'ostéopathie et c'est tout, il n'est pas nécessaire de la diviser en viscéral, en vertébral, en crânien, en somato-émotionnel, etc., l'ostéopathie est une et indivisible. L'homme est une globalité et il faut l'aborder dans sa globalité. » (Barillon, 2000).

8. Conclusion

Sutherland modélise le mouvement respiratoire primaire (MRP) à partir de l'étude approfondie de la mécanique des os crâniens. Il met en évidence la mobilité physiologique fine des pièces osseuses en expérimentant sur son propre crâne des contraintes bloquant leur rythmicité et entraînant des troubles qu'il constate et relève. Son modèle mécanique suppose, pour origine de ce mouvement involontaire, une activité rythmique propre au tissu cérébral, qui serait transmise aux pièces osseuses de l'axe crânio sacré grâce au liquide céphalorachidien et aux membranes dure mériennes. Le fascia intervient ensuite pour prolonger la chaîne de transmission, propageant cette rythmicité à tous les tissus du corps et au secteur liquidien interstitiel : les ostéopathes s'accordent unanimement pour témoigner d'un mouvement rythmique perceptible à tout endroit du corps.

Mécaniste et interventionniste au départ, Sutherland évolue dans son toucher et dans l'approche qu'il propose, s'appuyant sur l'utilisation d'un potentiel inhérent plutôt que sur une force extérieure, obligatoirement aveugle au processus physiologique interne.

Ironie de l'histoire, l'enrichissement de l'ostéopathie dans sa composante d'approche globale par l'apport du travail de la sphère crânienne semble présenter un risque de morcellement de la pratique et de la profession s'il n'est pas bien assimilé et intégré.

IV. Conclusion à la partie sur l'ostéopathie

L'ostéopathie, méthode de soin inventée par Still à la fin du XIX^{ème}, a considérablement évolué en un siècle, grâce aux travaux de grands ostéopathes comme Littlejohn ou Sutherland, qui l'ont portée par leur rigueur et leur créativité à la maturité qu'on lui connaît aujourd'hui.

L'action de l'ostéopathe vise à rétablir le juste positionnement et le bon fonctionnement de toute partie de l'organisme, à la fois en elle-même et au sein de l'ensemble. Alors que Still obéit en cela à la nécessité de rétablir les conditions d'une *Divine perfection* comprise comme garante de la santé, Littlejohn choisit plutôt de rétablir le bon ajustement biologique du corps, capacité d'autorégulation à la fois interne au corps et du corps en relation avec son environnement. Le traitement, en rétablissant la libre mobilité des

éléments structurels, notamment de l'axe vertébral, vise à rétablir l'homéostasie par le biais du système nerveux autonome.

Sutherland ouvre de nouvelles perspectives en développant l'approche du crâne qui, de pièce unique, devient un puzzle complexe composé de pièces osseuses qui toutes, devront répondre aux exigences de l'ajustement. La rythmicité du crâne et de l'axe crânio-sacré, mise en évidence par ses expériences puis modélisée comme le mouvement respiratoire primaire (MRP), devient un nouveau référentiel pour le traitement d'équilibration.

Still et Sutherland ont en commun d'avoir développé leurs théories chacun à partir d'une idée de départ. Pour Still, c'est sa foi en une perfection en l'homme, sur laquelle il a fait le choix d'appuyer son travail ; pour Sutherland, c'est la folle idée d'un mécanisme respiratoire indiqué par l'aspect biseauté des sutures crâniennes. Les développements qui s'ensuivent sont d'abord et avant tout théoriques, puis trouvent leur application au niveau de la pratique thérapeutique. En suivant Sutherland, nous voyons qu'il faut de nombreuses années avant que le vécu issu de son expérience de praticien ne vienne troubler le champ conceptuel qu'il avait établi et le modifier jusqu'à ce qu'il perde sa dominante mécaniste. Nous verrons que la démarche est différente en fasciathérapie, où la conceptualisation apparaît secondairement à l'expérience.

Les auteurs ostéopathes contemporains ont à cœur de préciser leur art en délimitant le cadre de leur exercice. Parmi eux, A. Croibier aime à rappeler que le patient ne peut être résumé à l'objet effectivement pris en compte dans la pratique. Ainsi, s'il définit l'ostéopathie comme « *un art médical mécaniste* » dans son ouvrage *Diagnostic ostéopathique général*, il précise bien, à propos du patient, qu'il « *n'est pas qu'une entité mécanique* » :

« Il serait bien réducteur de ne le considérer que sous cet aspect. Il existe bien d'autres niveaux que l'on doit prendre en compte pour mieux comprendre son cas. La personnalité, la morphologie, la psychologie, la mécanique, l'alimentation, les émotions sont en perpétuelles interactions et jouent sur la santé. Le diagnostic doit avoir la communication la plus large possible du patient, pour pouvoir déterminer au plus juste où se situent les causes de sa pathogénie. » (Croibier, 2005, p. 26).

L'ostéopathe, par souci de rigueur, s'emploie donc à reconnaître les limites de son art et à s'y tenir. Représentant d'un courant qui adopte délibérément le terrain mécanique, il

semblerait qu'il ait donc choisi de ne pas étudier les actions de son geste sur les autres sphères qui composent la réalité vivante du patient :

« Conscient de ne pouvoir tout maîtriser, nous nous efforçons, tout au long de ce chemin thérapeutique, d'aborder avec la manière qui nous est propre le patient organique, mécanique et médical, moral, psychologique et relationnel. Nous pensons accorder à chacun de ces aspects une place proportionnelle à notre compétence en chacune de ces matières. Mais notre vocation étant essentiellement le terrain mécanique, elle occupe, dans ces livres, la part qui lui est consacrée tous les jours en notre cabinet. D'autres hommes de sciences abordent au gré de leurs spécificités thérapeutiques les autres aspects avec beaucoup plus de compétences que nous et c'est avec plaisir, et animé d'un profond respect à leur égard, que nous nous inclinons devant leur art. » (César, 2007, p. 19).

On le voit, la notion de globalité du corps, dans l'approche thérapeutique ostéopathique, loin d'être une idée simple, ouvre à des questionnements qui concernent autant la physiologie que la dimension qu'il convient à donner à l'animation rencontrée dans le corps. Avec la nature de ces questionnements, se définissent d'une certaine manière les contours qu'on entend donner à la nature humaine.

Chapitre 3. La fasciathérapie

Cette partie de mon cadre théorique présente la fasciathérapie en quatre parties, que j'orienterai de manière ciblée sur les aspects de la méthode qui sont nécessaires à une bonne appréhension de ma question de recherche et de mon analyse. Cette présentation est relativement courte parce que l'ensemble de mes analyses décrira de manière détaillée de nombreux aspects de la fasciathérapie. Par contre, ces analyses supposeront que certains concepts aient été préalablement posés.

Je commencerai par présenter le fascia, ce tissu qui a retenu toute l'attention du fondateur de la fasciathérapie, parce qu'il est vecteur de globalité physique et fonctionnelle, et occupe une place centrale dans l'équilibre physiologique du corps, comme le montrent de nombreuses recherches récentes.

J'aborderai ensuite la notion du mouvement interne, découvert par D. Bois, et élément central en fasciathérapie qui introduit, en écho avec les éléments déjà vus dans le chapitre théorique sur le vivant, un support aux notions d'autorégulation du corps.

Puis je présenterai les outils que le fasciathérapeute utilise dans la relation d'aide manuelle pour entrer en relation avec l'intériorité de son patient

Pour finir, je présenterai différentes dimensions du corps, selon le niveau d'animation considéré, qui nous permettront d'aller de l'organisme à la personne en son entièreté.

I. Le fascia, une donnée physique et fonctionnelle

Le fascia est un tissu conjonctif, omniprésent dans l'organisme, c'est-à-dire qu'il ouvre sur les dimensions d'étendue, à toutes les régions du corps, et de profondeur, à toutes les structures du corps. « *Le tissu conjonctif est l'organe de la forme qui fait du corps un milieu plastique. (...) Physiologiquement, on peut considérer qu'il n'y a dans le corps qu'un seul*

tissu conjonctif qui se divise à l'infini pour assurer la liaison entre tous les tissus et leur nutrition. » (Bois, 1985, p. 38).

Parmi les plus connus des fascias, on peut citer des structures telles que la plèvre autour des poumons, le péricarde autour du cœur, le péritoine autour des viscères abdominaux, ou encore les méninges avec la dure-mère autour du système nerveux central. Le derme compte aussi au nombre des fascias, ainsi que toutes les membranes myotensives qui sont en rapport avec le système musculaire, et le périoste, autour de l'os.

Cette organisation des différents types de fascias reprend la classification fonctionnelle des fascias proposée par D. Bois. Il les a en effet regroupés selon le système fonctionnel auquel ils sont associés : on trouve ainsi le *fascia axial profond*, en lien avec les viscères thoraciques et abdominaux, le *fascia dure-mérien* en rapport avec le système nerveux, et le *fascia superficiel*, derme, fascias myotensif et périoste avec le système locomoteur.

Cette classification présente l'avantage d'offrir un ordonnancement simple de ces tissus qui soit représentatif d'une certaine organisation anatomo-fonctionnelle. La réalité anatomique montre quant à elle qu'une continuité existe entre tous ces tissus et que les individualités si nettes dans nos livres ne sont finalement pas si évidentes *in situ* sur le vivant. N. Quéré fait remarquer par exemple que lors d'une intervention, « *on observe que le tissu conjonctif est constitué d'entrelacs composés de milliers de fibrilles qui s'épanouissent dans toutes les directions. Notre matière vivante n'apparaît pas de premier abord comme ordonnée et il semble ne pas exister ici de logique apparente.* » (Quéré, 2010, p. 39).

C'est à cet aspect qu'on doit probablement l'une des premières fonctions reconnues au conjonctif, comme tissu de remplissage. Mais son organisation dans l'étendue lui a valu aussi l'attribution de la fonction de lien : « *La totale continuité de ces membranes dans l'ensemble du corps de par leurs prolongements, replis et extensions, fait qu'elles servent de maintien et surtout de lien à l'intérieur des systèmes et d'un système à l'autre.* » (Quéré, 2010, p. 26).

Le fascia est en outre animé d'un mouvement rythmique, physiologique, bien que peu connu, qui se joue en dehors de toute intention de bouger. Ainsi, un chirurgien témoigne de ce mouvement qu'il constate *de visu* sur un patient endormi, au cours d'une intervention : « *On peut voir les fascias à la surface des muscles bouger. On peut voir ce mouvement propre. C'est bien le fascia qui bouge, pas le muscle (...) vous posez tout, vous attendez 5 à 10 minutes, vous voyez le mouvement apparaître. Le fait de traumatiser doit figer les choses. Il faut attendre un certain temps pour que le mouvement réapparaisse.* » (Claise, cité par Quéré, 2010, p. 35).

À cette capacité de mouvement rythmique est associée entre autres une fonction de brassage des liquides du corps pour lesquels le conjonctif constitue de par sa proximité comme un container : « *Le fascia est l'enveloppe qui maintient comme un container souple tous ces différents liquides.* » (Bois, 1984, p. 115).

La locution *tissu conjonctif* définit ce tissu par sa fonction : il occupe l'espace entre des organes ou a un rôle de liaison, comme nous l'avons vu. D'un point de vue histologique, l'appellation *conjonctif* regroupe un ensemble de tissus polymorphes qui présentent des caractéristiques communes, à commencer par une même origine embryologique, mais aussi les mêmes éléments constitutifs, en des proportions variables : substance fondamentale et fibres conjonctives constituent la matrice extracellulaire, au sein de laquelle sont dispersées des cellules. Parmi ces cellules conjonctives, il faut noter les fibroblastes qui produisent les fibres et participent donc à constituer la matrice extracellulaire qui les entoure et avec laquelle elles entretiennent de riches rapports. Notons également la présence de cellules immunes qui donnent au conjonctif une partie de son rôle immunitaire.

Avec les rapports récemment mis en évidence entre de cytosquelette, structure dynamique interne à la cellule, et les cellules voisines, mais aussi avec le collagène du tissu conjonctif, apparaît la notion de cytosquelette étendu, qui ouvre à une nouvelle dimension de la communication à l'intérieur du corps : « *La capacité du corps, autrefois attribué uniquement à la circulation sanguine et au système nerveux, de délivrer une information à des endroits distants et diversifiés pourrait également résulter du fait qu'il se comporte comme un cytosquelette étendu qui permettrait à un signal d'aller de la cellule aux tissus et d'un tissu jusqu'à la cellule et vice-versa. Ce type de diffusion fait appel aux propriétés du tissu conjonctif.* » (Ingber , cité par Quéré, 2010, p. 52).

Ainsi, on entrevoit la richesse des fonctions du fascia, cette structure que plus personne ne peut maintenant considérer comme le simple tissu de remplissage et de lien, les premières fonctions qui lui avaient été définies. J'emprunte à N. Quéré la synthèse qu'elle fait des différentes fonctions du fascia (Quéré, 2010, p. 99) :

- 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

- 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
- 10- Participe à la fonction immunitaire
- 11- Participe aux variations toniques du corps
- 12- Participe aux échanges cellulaires grâce à la fonction veino-lymphatique et à la microcirculation qu'il contient.
- 13- Participe à la régulation des processus inflammatoires grâce à son lien avec l'endothélium vasculaire.
- 14- Porteur d'une sensibilité et conditionne les possibilités perceptives.
- 15- Participe à la fonction somato-psychique.

Ainsi, avec les recherches récentes, on voit mieux se dessiner l'importance des fascias dans la biologie humaine, ce qui donne raison à A.T. Still, fondateur de l'ostéopathie, qui affirmait que « *cette substance de connexion doit être libre dans toutes ses parties (...) afin que la santé ne puisse être altérée* » (Still, 1899 / 2003, p. 86). Le rôle majeur de ce tissu a retenu toute l'attention de D. Bois, au point qu'il en a fait l'élément central de sa pratique et de sa recherche : « *Il revient en effet au fondateur de l'ostéopathie d'avoir le premier mis l'accent sur l'importance du fascia dans le maintien de la santé, mais aussi dans les processus de la vie elle-même. Je fus séduit par cette approche reliant les réalités anatomo-physiologiques du fascia à une dimension que je devinais hautement humaine.* » (Bois & Berger, 1990, pp. 19-20).

II. Le mouvement interne, force d'animation et de régulation des tissus du corps

Le corps, et le fascia en particulier, est, nous l'avons vu, animé d'un mouvement autonome par rapport à toute volonté de mouvement et à tout mouvement articulaire réellement effectué : le fascia est animé 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 &

Berger, 1990, p. 44). Ce mouvement interne est perceptible sous la main et par la conscience même de la personne, quand il est mis en évidence par le praticien.

La réalité du mouvement interne ainsi perçue est en lien avec les concepts de principe dynamique, de force interne, de puissance de vie, en accord avec les notions d'autorégulation de l'organisme, mais ouvre aussi à une perspective de développement, de croissance, de changement, comme nous le verrons plus tard.

Dans cette première dimension d'animation, le mouvement interne constitue un niveau en rapport avec les données physiques et biologiques du corps. D. Bois voit en ce mouvement interne l'expression de la force du vivant au sein de l'ensemble des tissus du corps : « *Ce mouvement interne, cette force est, pour moi, une propriété du vivant.* » (Bois, 2010, L255-256).

La notion de mouvement interne n'implique pas qu'il soit perçu par la personne : il arrive que le thérapeute travaille à l'aide du mouvement interne de son patient alors que ce dernier n'y est pas présent ou n'accède pas encore à ce ressenti.

Perçu ou non par le patient, le suivi du mouvement interne par le fasciathérapeute donne lieu à des modifications de tonus, et le geste s'organise autour de deux phases : l'une dynamique où le praticien accompagne voire amplifie les amplitudes du mouvement dans les orientations qui se dessinent ; l'autre statique, où le fasciathérapeute propose un arrêt circonstancié, le point d'appui. L'étude de ce temps particulièrement important du point d'appui dans le traitement en fasciathérapie méthode Danis Bois a été développée par M.C. Marty (2012), dans ses composantes d'émergence et d'évolution historique, et dans ses enjeux conceptuels, méthodologiques et philosophiques.

Retenons simplement que le point d'appui est l'occasion de solliciter un ensemble de tissus animés d'une force, à l'occasion d'un arrêt proposé à un certain moment du voyage porté par cette force. Ainsi, apparaît après un certain délai la réponse tonique du corps, sous la forme d'une tension régénératrice exponentielle jusqu'à un seuil maximal, auquel fait suite un effondrement tonique, signe de la résolution de la tension.

Les tissus en effet réagissent et s'adaptent à la contrainte par des crispations ou des densifications. La fixité dans la durée de ces réactions définit leur caractère pathologique, auquel remédie donc le geste libérateur du point d'appui qui permet de retrouver la sensation de mobilité.

III. La relation d'aide manuelle

La fasciathérapie comporte des touchers originaux qui permettent au praticien d'accompagner la personne dans ses différentes dimensions, organique et fonctionnelle, psychologique. Posons d'emblée que les différents touchers que nous allons aborder ne constituent pas des touchers exclusifs les uns des autres mais qu'au contraire, ils peuvent se superposer pour constituer, en un seul geste manuel, les multiples nuances d'un toucher unique, adapté en temps réel au déroulement des phénomènes internes à la personne. Ainsi, D. Bois considérait dans les premiers temps déjà que « *le geste thérapeutique parfait est censé englober dans le même temps les points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien* » (Bois & Berger, 1989, p. 88).

Il est courant de spécifier les intentions du fasciathérapeute en distinguant les touchers symptomatique et relationnel. Le toucher symptomatique s'adresse à la structure, son agencement et, par là, à la fonction, et fait appel aux connaissances du praticien, en anatomie, physiologie et pathologie, et lui permet de répondre aux doléances du patient. C'est par ce toucher que s'exprime la démarche clinique classique dans le geste du fasciathérapeute.

Le toucher relationnel lui permet d'entrer en relation avec son patient et son intériorité, d'installer un espace de communication non verbale.

Pour préciser ce type de toucher, C. Courraud (2007) présente la notion d'entretien tissulaire en s'appuyant sur la distinction faite entre les notions de communication verbale et non verbale et note : « *Il est bon de savoir que la qualité d'un échange réside plus dans le non-verbal que dans le verbal.* » (Tournebise, cité par Courraud, 2007, p. 48). Le terme d'*entretien tissulaire* renvoie, en fasciathérapie, à la notion d'un espace de dialogue silencieux qui se fait par l'intermédiaire d'un toucher tissulaire doux et respectueux, dans lequel la qualité de la circulation des informations entre le praticien et son patient est prépondérante.

Le toucher psychotonique permet d'accéder à la subjectivité de la personne (Courraud, 2007) : il s'adresse à l'unité somato-psychique du patient en ce qu'il lui permet de suivre les modulations toniques au cours du geste, et offre une dimension d'intersubjectivité sous la forme d'un dialogue tonique.

H. Bourhis (2007) reprend, pour l'apprentissage, le *modèle des trois mains* (Bois, 2007 ; Courraud, 2007) qui catégorise les touchers selon le savoir-faire que le praticien doit

engager. Ainsi, par la *main effectrice* s'exprime le savoir-faire objectif du praticien, sa part de technicité ; la *main percevante* engage son savoir-faire subjectif, réclame une présence d'une plus haute qualité ; enfin, la *main sensible* exige de sa part un savoir-faire impliquant, répondant aux critères de la réciprocité actuante (cf. *infra*).

La relation d'aide manuelle repose sur des compétences que doit développer le fasciathérapeute pour accéder à une relation de qualité avec son patient : la neutralité active et la réciprocité actuante.

La neutralité active est une posture que le praticien soigne et alimente à l'occasion de son geste auprès de son patient, c'est l'attitude qu'il convient d'adopter pour entrer en relation avec les phénomènes internes au corps : « *La part de neutralité correspond à un « laisser venir à soi » les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir. (...) La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille.* » (Bois & Austry, 2007, p. 10).

Dans ces conditions, s'installe une qualité d'intersubjectivité entre patient et thérapeute, qui réalise pour finir un fond perceptif commun, et que D. Bois nomme 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.* » (Bois, 2006, p. 139).

IV. La personne appréhendée dans sa totalité comme un espace de subjectivité

Le corps de la personne peut être compris comme un espace où se jouent de multiples interactions, entre ses parties, entre ses systèmes, et entre les différents niveaux d'organisation. On a pourtant du mal, au contact de ces dimensions qui nous parlent de l'organicité, à voir apparaître la personne, ce qui suppose un sujet qui vit, qui ressent, pense et communique, voire un sujet qui se vit, se ressent... Quand elle est conscientisée par le patient, la donnée dynamique du mouvement interne donne alors naissance à une dimension de

subjectivité qui s'ouvre à lui : il perçoit au cours du soin une sensation de changement, de mouvement, alors que son corps est immobile.

Nous allons donc ainsi progressivement passer de l'organisme au corps vécu de la personne, en abordant successivement le psychotonus et la notion de corps sensible.

1. Psychotonus

La notion de psychotonus est à distinguer de celle de tonus musculaire mieux connue, ou encore d'autres formes de tonus introduites par d'autres recherches ou approches, telles que le dialogue tonique de H. Wallon et J. de Ajuriaguerra, ou l'eutonie de G. Alexander.

C Courraud entrevoit dans « *le terme psychotonus (...) la réalité tangible d'un dialogue organique entre le psychisme et le corps* » (Courraud, 2007 p.1), ce que nous allons quelque peu développer pour introduire cette recherche.

Le psychotonus, d'apparition historiquement plus récente que le mouvement interne, est aussi secondaire au mouvement interne dans l'évolution du processus, puisque « *le mouvement interne est le matériau à partir duquel va se construire le psychotonus* » : le psychotonus est, pour D. Bois, « *la force d'incarnation du mouvement interne* » (Bois, 2010, L238-241).

Si le mouvement interne est avant tout au service de l'organicité, le psychotonus est au service de la personne ; si « *le mouvement interne est l'expression du vivant, le psychotonus est l'expression du principe de survie, c'est-à-dire de l'homme au cœur de son humanité, capable d'interagir avec sa pensée...* » (Bois, 2010, L251-253).

Le psychotonus nous intéresse aussi et surtout, dans le cadre de ma recherche, en ce qu'il est vecteur d'une globalité organisée dans le corps, organisation qui revêt un caractère systémique : « *Le système du psychotonus (...) n'est plus une organisation organique du système, c'est une organisation du vivant dans le corps de la personne.* » (Bois, 2010, L152-153). D. Bois le décrit comme l'élément central, déterminant l'organisation de la dynamique de l'ensemble : « *Le psychotonus n'est pas seulement une réponse tonique, c'est le moteur de la rythmicité de l'ensemble de l'édifice du corps. Quand le psychotonus est défaillant, cette rythmicité est défaillante.* » (Bois, 2010, L142-144).

On voit que la personne devient centrale dans le soin, c'est-à-dire que tout s'organise à partir d'elle, et nous en arrivons à la notion de corps sensible.

2. Corps Sensible

La notion de corps sensible, à la différence de la sensibilité du corps qui fait appel aux sensibilités portées par les cinq sens et la proprioception, s'inscrit dans le paradigme du Sensible développé par D. Bois : « *Ainsi, quand nous parlons de corps sensible ou, plus précisément, de l'expérience du sensible, nous parlons d'un « corps de l'expérience, du corps considéré comme étant la caisse de résonance de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. Une caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit, la lui rendant palpable et donc accessible.* » (Bois, 2007, p. 61).

La dimension de corps sensible introduit avec force la présence de la personne en tant que sujet se ressentant à l'occasion de la découverte de son mouvement interne et, par là, s'appropriant sa vie, assimilant à son identité de sujet les phénomènes dynamiques qui se déroulent dans son intériorité. La notion de corps sensible implique la dimension du rapport : « *Finalement, nous voulons aussi mettre en avant le fait que, même si le mouvement interne a été la découverte qui a motivé notre recherche, le Sensible ne se limite pas à l'univers cinétique interne que celui-ci nous dévoile, mais renvoie plus généralement à la notion de rapport que le sujet entretient avec son mouvement interne, avec son corps, enfin avec toute expérience.* » (Bois & Austry, 2007, p. 8).

La personne est donc au centre du soin et invitée à découvrir et améliorer le rapport qu'elle entretient avec elle-même par le biais de ses ressentis corporels : « *Le Sensible est, pour nous, la voie de passage unifiant corps et esprit, ce que nous avons appelé l'accordage somato-psychique.* » (Bois & Austry, 2007, pp. 6-7).

Pour conclure, la fasciathérapie affiche sa vocation de proposer une approche unifiée de la personne, avec une prise en compte intégrée du corps et du psychisme, et a développé pour ce faire des outils spécifiques et originaux.

Conclusion au champ théorique

Ce parcours théorique avait pour objectif de montrer différentes facettes de la notion de globalité en dehors des modélisations théoriques de la fasciathérapie, tout en voulant mettre en écho ces formes de globalité rencontrées avec la notion de globalité telle qu'on la rencontre en fasciathérapie.

En premier lieu, la notion de *vivant* est une notion forte et très présente dans l'approche philosophique de la fasciathérapie telle que la prône D. Bois. C'est pourquoi j'ai consacré un premier chapitre à la notion de vivant en biologie. Je me suis restreint volontairement au champ disciplinaire de la biologie et de la physiologie parce que je cherchais à mettre en résonance l'approche très matérielle de la fasciathérapie avec ces domaines classiques.

J'espère avoir montré comment la notion de globalité est extrêmement présente dans ces champs disciplinaires sous des formes qui éclairent la globalité présente en fasciathérapie. Ainsi, il me semble que ressort de cette étude deux points importants :

- Le vivant, même d'un point de vue des théories classiques et surtout du point de vue des théories modernes de l'auto-organisation, ne se comprend que comme totalité dynamique.
- Un organisme vivant est toujours une collection de parties dont le fonctionnement global résulte de l'interaction cohérente de celles-ci, cependant que le fonctionnement de ces parties dépend de la bonne marche du tout. Ce principe me semble être très éclairant pour approcher la notion de globalité en fasciathérapie.

Le deuxième chapitre, consacré à l'ostéopathie, m'a permis de montrer les dettes que la fasciathérapie a contractées envers cette discipline de santé, intrépide en son temps. La notion de globalité est extrêmement présente dans les principes généraux de l'ostéopathie, mais aussi très présente dans les écrits des grands fondateurs, tels que Still et Sutherland. Ce qui est aussi marquant chez les grands noms de l'ostéopathie, est la prégnance de la notion de totalité, en lien même avec une philosophie du divin, chez Still par exemple. Même si cette vision totale de l'approche thérapeutique a disparu des courants et des pratiques modernes les plus connus, il nous semblait important de la remettre en perspective.

Au final, restent peut-être deux idées essentielles qui ressortent de ce parcours et deux idées que nous retrouverons au terme de nos analyses de données. La première est que, en termes de corps vivant, la globalité représente un tout constitué de parties, sa cohérence repose sur le bon fonctionnement de celles-ci, mais paradoxalement la raison d'être de ses parties ne se comprend que par rapport à la globalité même.

La deuxième nous semble être que la notion de globalité porte en elle potentiellement un lien avec l'idée d'un principe d'animation propre au vivant, principe qui lui-même prend son sens par rapport à une notion de totalité. Ainsi, globalité et totalité sont peut-être des synonymes dès qu'ils sont mis en rapport avec la notion de vivant.

DEUXIEME PARTIE

POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE

ET

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Chapitre 1. Posture épistémologique

Ma recherche s'inscrit dans une démarche compréhensive d'inspiration phénoménologique. En effet, ma question de recherche, *Comment le concept de la globalité s'est construit dans la fasciathérapie méthode Danis Bois ?*, invite à comprendre un phénomène, la construction du concept de globalité, et non pas à y répondre dans une logique de preuve. De plus, mon objet de recherche, *Émergence et évolution du concept de la globalité dans la fasciathérapie méthode Danis Bois*, m'incite à faire le choix d'une recherche bibliographique, et pour laquelle je m'adresserai à des textes en tant que matériau du phénomène que je veux analyser. Cette analyse, qui se veut respectueuse du sens de ces textes, doit donc être d'inspiration phénoménologique.

Enfin, du fait que la pratique de fasciathérapie est ma pratique professionnelle et que j'en suis devenu un expert, j'assumerai ma posture de praticien-chercheur, de plus dans le paradigme du Sensible. Le souci de cohérence entre cette pratique et ma posture de chercheur aura donc des conséquences précises sur certaines de mes attitudes de recherche comme la posture de neutralité et d'implication que je vais donc préciser maintenant.

I. Démarche compréhensive

Ma recherche ne vise pas la production de preuve, mais une description et une meilleure compréhension des concepts que j'étudierai, celui de globalité en premier lieu, avec une recherche de cohérence dans leurs interrelations et une mise en sens de leurs relations avec la pratique. Je m'attacherai à approcher, par l'étude du concept de globalité, le processus qui est à l'œuvre dans son émergence et son évolution. Ma recherche s'inscrit donc dans le paradigme compréhensif et interprétatif (Dilthey, 1992 ; Paillé, 1997).

D'inspiration phénoménologique, ma démarche consistera à m'imprégner des données par des lectures multiples avant de les manipuler en des classifications. Je pourrai alors me mettre à nouveau à l'écoute de ces données, rangées dans un ordre nouveau, dans un nouveau mouvement d'imprégnation pour seulement ensuite en extraire un résultat.

Cette posture guide le choix de ma méthodologie d'analyse, une méthode d'analyse qualitative, qui est à la fois respectueuse des données, mais aussi qui permet d'en extraire le plus de sens possible.

II. Analyse qualitative

Je tenterai au cours de mon analyse de découvrir les mécanismes qui ont permis le déploiement de la globalité dans sa dimension actuelle.

J'analyserai donc les textes sélectionnés selon une méthode d'analyse qualitative (Paillé & Mucchielli, 2008), plutôt qu'une analyse de contenu (Bardin, 1977), qui me paraît plus en accord avec la qualité de mon objet de recherche. L'analyse qualitative choisie sera basée principalement sur l'analyse catégorielle (Paillé & Mucchielli, 2008 ; et comme développé par Bois, 2007), et cette analyse sera mise en valeur à travers un récit d'inspiration phénoménologique (Paillé & Mucchielli, 2008 ; Bois, 2007).

Ainsi, j'aborderai les écrits sélectionnés de manière à établir un rapport qualitatif avec la signification profonde de l'expérience de globalité dont ils témoignent, tout en m'appuyant dans le même temps sur ma propre expérience de la globalité. Surtout, je tenterai d'établir ce rapport qualitatif avec les écrits dans ce qu'ils sont source d'informations importantes sur l'organisation et l'évolution conceptuelle de la fasciathérapie.

III. Praticien chercheur

E. Bourgeois définit le praticien-chercheur comme étant « *engagé à la fois dans une pratique socioprofessionnelle de terrain et dans une pratique de recherche ayant pour objet et pour cadre son propre terrain et sa propre pratique* » (Bourgeois, in Albarello, 2004, p. 7). Praticien en fasciathérapie et effectuant ma recherche sur un des concepts clés de la fasciathérapie, je me sens installé dans une posture de praticien-chercheur.

Ma recherche, qui questionne l'émergence et l'évolution du concept de globalité en fasciathérapie couvre à la fois les origines de la fasciathérapie, son état actuel, et les développements intermédiaires. Elle est donc bien « *générée et orientée* » par ma pratique (De Lavergne, 2007, p. 29).

Ma recherche sur la globalité m'a invité à m'interroger sur des pans de mon activité qui étaient restés dans l'ombre. Elle a sollicité à nouveau la réflexivité de ma pratique. Elle a aussi apporté des élans nouveaux, des compréhensions renouvelées. À l'inverse, ma pratique a été le support de ma réflexion, et a su donner de nouveaux éclairages à certains points de ma recherche. Cette posture de praticien-chercheur invite donc à un double mouvement d'enrichissement qui lui est typique: « *La recherche peut se trouver ainsi au service de la professionnalité, comme la professionnalité au service de la recherche, se découvrant, se métamorphosant mutuellement dans leurs aspects les plus irréductiblement vivants.* » (Perrault Soliveres, cité par De Lavergne, 2007, p. 29).

Fasciathérapeute depuis de nombreuses années, je me sens de plus un *chercheur de l'intérieur*, au regard des concepts de la fasciathérapie, chercheur de l'intérieur comme décrit par Kohn : « ... *accorder de la valeur à la position de "chercheur de l'intérieur", celui qui est éprouvé personnellement et durant un certain temps (...) il peut entendre et comprendre des choses incompréhensibles à quelqu'un venant ponctuellement, même si ce dernier s'immerge, s'engage et "parle en son nom propre".* » (Kohn, 2001, p. 20). Mon expertise justifie ainsi une valeur singulière à mon regard qui peut saisir des significations et des liens pertinents au contact des données théoriques et pratiques, qui échapperaient à un chercheur non praticien de la fasciathérapie.

IV. Posture inscrite dans le paradigme du Sensible

Cette recherche sur et à propos de la pratique de la fasciathérapie s'inscrit plus largement dans les pratiques de recherche du paradigme du Sensible (Bois, 2007 ; Bois & Austry, 2009) et, par ce fait, ma posture est profondément inscrite dans ce paradigme même. Cette inscription dans le paradigme du Sensible a pour conséquence la prise en compte de mon propre rapport au Sensible, qui est par ailleurs une exigence dans ma pratique professionnelle et dans ma vie quotidienne, dans mon rapport à mon objet de recherche. Cette

prise en compte se traduit par deux attitudes dans ma recherche, la neutralité active et la posture de distance de proximité.

1. Implication et distanciation

Ayant moi-même vécu en tant que fasciathérapeute une grande partie de la période couverte par ma recherche, c'est un rapport impliqué que je développerai aux données qui traitent de la pratique en fasciathérapie, soit qu'elle ait été influencée par la théorie de la méthode, soit quelle ait été à l'émergence de la théorie.

Cette implication du praticien-chercheur, loin de produire une forme d'aveuglement, offre la possibilité d'une distanciation : « *Engager une recherche à partir de et à propos de sa propre sphère d'action constitue une situation paradoxale : c'est en examinant de près cette pratique que les acteurs prennent de la distance par rapport à elle. C'est en portant une interrogation systématique sur un aspect particulier que les facteurs en jeu et leurs articulations peuvent être mis au clair.* » (Kohn, 1986, p. 818).

Cet équilibre de la posture du praticien-chercheur est favorisé par la posture du *double je*, à laquelle le fasciathérapeute est accoutumé : en effet, il est habitué à « *maintenir ensemble le "je" qui vit et le "je" qui observe* » dans la pratique (Bois, cité par Berger, 2009, p. 241).

E. Berger remarque qu'entre implication et distanciation se joue un mouvement, plutôt que se situe une posture : « *La posture épistémologique – terme trop figé désignant une attitude, le maintien de cette attitude, ou la situation dans laquelle on se trouve – devient alors mouvement, souplesse du regard et ouverture de la conscience, déplacement permanent du rapport à soi, à l'expérience et au savoir, qui donne à comprendre autrement ce propos de J.-L. Le Grand : "la bonne distance épistémique n'existe pas" (Le Grand, 1989).* » (Berger, 2009, p. 236).

2. Neutralité active

Me mettre au contact des données recueillies constituera une expérience au cours de laquelle je pourrai être à la fois avec la donnée et avec sa résonance en moi : « *Dans cette posture – qui est tout autant une posture de la conscience, du regard, que du sujet lui-même –, le chercheur est capable de maintenir une présence conjointe, tout long d'un moment vécu donné, à l'expérience qui se déroule et à soi dans cette expérience.* » (Berger, 2009, p. 241).

On peut décrire la posture de neutralité active, requise pour le chercheur dans le paradigme du Sensible, comme une vigilance permanente à maintenir « *l'équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active* » (Bois & Austry, 2007, p. 14) : à la part de neutralité, assurée par « *un "laisser venir à soi" les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir* », correspond une part active qui « *consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille* » (Ibid., p. 10). C'est un chiasme auquel j'ai été accoutumé, en tant que praticien du Sensible, et que j'aurai à nourrir, dans cette posture de chercheur du Sensible, nouvelle pour moi.

Une fois décrite ma posture épistémologique, je passe maintenant à la description de ma méthodologie d'analyse qui s'est appuyée sur ces principes.

Chapitre 2. Méthodologie de recherche

Fait partie de la démarche de recherche qualitative le fait que le même processus de recherche sur les mêmes données n'aboutisse pas forcément au même résultat. Pour compenser cette forme de variabilité dans les résultats, cette démarche réclame du chercheur qu'il soit à même de décrire précisément les différentes étapes de son parcours d'analyse, afin que le lecteur puisse s'appuyer sur cette argumentation pour comprendre le processus qui a amené aux résultats finaux.

Ce chapitre a donc pour objectif de décrire les différents choix que j'ai été amené à poser au cours de mon processus d'analyse.

I. Justification méthodologique

J'ai choisi, pour questionner l'historicité du concept de globalité en fasciathérapie méthode Danis Bois, de faire une recherche bibliographique. On recense une production bibliographique relative à la méthode Danis Bois conséquente, puisqu'elle comporte vingt-six ouvrages, couvrant une période s'étalant de 1984 à aujourd'hui. Cette richesse m'apparaissait comme une force qu'il fallait exploiter, et comme une mémoire qu'il fallait interroger.

Pour cette recherche bibliographique, je me suis appuyé au départ sur les indications proposées par P. Paillé (Paillé, 2007, p. 135) pour le cas des recherches bibliographiques et qui décrit un processus en sept étapes : opérationnalisation de la question de recherche ; choix du corpus à examiner ; collecte des documents ; étude des documents ; synthèse des réponses aux questions ; analyse critique des résultats ; mise en forme finale des résultats. Les étapes spécifiques de ce type de recherche reposent sur les étapes 2 à 5.

L'étape 2 est importante parce qu'elle demande une sélection des écrits en fonction de la question de recherche. En ce qui concerne l'étude des documents et leur analyse (étapes 3 et 4), P. Paillé propose de se servir soit de l'analyse de contenus (Bardin, 1977) soit de procéder à une analyse qualitative catégorielle. C'est cette voie que j'ai choisi afin de rendre compte de toute la richesse du corpus sélectionné.

Les étapes de ma recherche à décrire maintenant sont donc dans l'ordre : choix des références ; méthode d'analyse ; mise en récit ; synthèse finale.

II. Choix des références

Parmi tous les écrits produits par D. Bois et ses collaborateurs depuis une trentaine d'années, j'ai choisi de privilégier pour ma recherche les ouvrages écrits par D. Bois afin de rester au plus près de l'évolution de sa pensée au fil de ses découvertes. Un livre fait exception à cette règle, écrit par H. Bourhis, que j'ai trouvé particulièrement éclairant sur l'évolution des concepts de la fasciathérapie et leur application, et lui-même source de nombreuses citations du fondateur, collectées dans les transcriptions des cours qu'il a donnés en France et à l'étranger. Ce livre utilise une forme de récit retraçant l'histoire de la genèse de la biomécanique sensorielle.

J'ai écarté les ouvrages qui, en première lecture et au regard de mon thème de recherche, n'apportaient pas d'éléments suffisamment significatifs sur la fasciathérapie.

De ce premier choix a résulté un ensemble de dix-sept écrits, ouvrages de vulgarisation ou destinés aux kinésithérapeutes, articles de presse professionnelle, articles scientifiques, ouvrages collectifs, thèse universitaire. Une nouvelle sélection visant à resserrer davantage mon sujet de recherche sur l'évolution d'un principe de globalité en fasciathérapie m'en a fait retenir finalement neuf, publiés entre 1984 et 2008 : Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde* ; Bois, D. (1985). *Fascia/sang/rythme complices dans les pathologies fonctionnelles* ; Bois, D., Berger, E. (1989). *La vie entre les mains* ; Bois, D., Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur* ; Bois, D. (2001b). Un regard inédit sur le mouvement, in *Thérapie et mouvement*, 1er congrès international Méthode Danis Bois ; Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie* ; Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, université de Séville ; Bois, D., Austry, D. (2007). Vers

l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités* ; Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psycho-pédagogie. Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités*.

Cette liste commence par les deux premiers ouvrages fondamentaux qui ont marqué la naissance de la fasciathérapie, et inclut aussi deux des derniers ouvrages de D. Bois, *Le moi renouvelé* et sa thèse de doctorat. Avec ces références principales, j'ai sélectionné des ouvrages complémentaires de ces fondamentaux.

J'ai inclus des textes en co-écriture pour la raison qu'ils sont significatifs de la pensée de D. Bois et de l'évolution de la fasciathérapie, en lien avec la notion de globalité.

À ce dernier ensemble, j'ai ajouté deux transcriptions réalisées par mes soins à partir d'enregistrements de cours donnés par D. Bois. Une série de cours dispensés à Ostende (Belgique) en 2008, et un cours lors d'un cursus de formation à Ivry en 2010. L'intérêt de ces deux documents pour ma recherche m'est apparu clairement pour des raisons d'historicité : ils offrent le regard contemporain du fondateur qui éclaire de son expertise aboutie le mouvement historique de développement des concepts fondamentaux de la méthode en relation avec le thème de la globalité. On trouvera ces deux documents en annexe, ils sont ainsi référencés dans ma recherche : Bois, D. (2008b). *Historicité de la fasciathérapie*. Cours donnés à Ostende ; Bois, D. (2010). *L'approche crânienne, de l'ostéopathie à la somato-psycho-pédagogie*. Cours donné à Ivry-sur-Seine.

III. Méthode d'analyse

Pour appréhender le matériau choisi, j'ai fait une première lecture et constitué une fiche de lecture pour chacun des écrits retenus. Ces fiches me permettaient de retracer dans ses grandes lignes le contenu de chaque ouvrage en m'appuyant sur un premier éventail de citations représentatives.

Je définissais alors pour chaque période l'organisation conceptuelle de la fasciathérapie dans ce qui m'apparaissait être en rapport avec ma question de recherche sur la globalité. La juxtaposition de ces fiches me donnait déjà à voir une certaine évolution de ces concepts constitutifs de la méthode, qui étaient entrelacés avec la notion de globalité.

Dans le même temps, je réalisais un premier repérage des chapitres et passages traitant du thème de la globalité ou en relation avec celui-ci.

Cette première phase a donné lieu, après six mois à un an de travail discontinu, à un volume d'un peu plus de 100 pages de fiches regroupant des résumés, des extraits, des annotations, certaines mises en perspective avec d'autres textes déjà abordés, ainsi que des tableaux récapitulatifs.

Puis j'ai procédé à une analyse exploratoire, articulée selon des catégories que mon expertise de fasciathérapeute m'avait permis de formuler *a priori*, au vu des éléments dégagés de ma première lecture. La liste des catégories, avec leurs sous-catégories dans leur première formulation, était organisée comme suit :

- *Éducation à la perception de la globalité :*
 - Les conditions d'accès à la globalité : les instruments pratiques ; les instruments internes qui favorisent la construction de la globalité ; la rencontre avec le mouvement interne dans la découverte de la globalité.
 - La globalité depuis la posture du praticien : comment il perçoit et qu'est-ce qu'il perçoit ; stratégies de construction de la globalité.
 - La globalité du point de vue du patient : comment il perçoit et qu'est-ce qu'il perçoit ; la globalité et la connaissance par contraste.
- *Les impacts de la globalité :*
 - la globalité comme condition de santé (physique et psychique)
 - la globalité comme contour identitaire
 - la globalité comme accordage somato-psychique
 - la globalité comme croissance existentielle
 - la globalité et sa dimension spirituelle
 - les problématiques en lien avec l'absence de perception de la globalité
- *Le concept de la globalité dans son processus d'émergence :*
 - Conceptualisation chez D. Bois : influence de la pratique ; influence de la pédagogie ; les choix guidés par le contexte socioprofessionnel ; les influences extérieures
 - La globalité vue ailleurs qu'en fasciathérapie
 - Les pièges de la globalité
 - La globalité dans la spirale processuelle
- *Les collatéraux de la globalité corporelle :*

- dimension physique de la globalité
- globalité corps / esprit
- espace
- volume
- contours
- totalité
- globalité et sens
- globalité et profondeur
- globalité et lenteur
- *Autres formes de la globalité*
- *Les racines ostéopathiques*

On voit bien comment cette première catégorisation est influencée par mon expertise de fasciathérapeute, avec la présence de catégories très axées sur la pratique (par exemple : les instruments pratiques, avec : les instruments internes qui favorisent la construction de la globalité ; la rencontre avec le mouvement interne dans la découverte de la globalité)

Et on voit aussi d'autres catégories, comme les catégories retraçant le processus d'émergence, qui résultent de la lecture séquentielle livre par livre. La liste finale des catégories présentées en annexe montre l'évolution des catégories d'une posture de praticien à une analyse ancrée dans les verbatim eux-mêmes.

Soucieux de rendre compte des nombreux aspects de la globalité sans prétendre à l'exhaustivité, j'ai construit un tableau global pour accueillir toutes les catégories dans un document unique qui couvre l'ensemble de la période considérée. Plutôt qu'une analyse livre par livre, comme l'a effectuée M.C. Astruc Marty (2012), j'ai donc opté pour une analyse d'emblée transversale.

Ce choix d'une analyse globale repose sur plusieurs raisons. La première est que la lecture des verbatim me montrait une juxtaposition différenciée due aux objets spécifiques de chacun des ouvrages. Le regroupement favorisait ainsi une meilleure vue de l'ensemble de ces premières catégories. Ceci met en lumière la deuxième raison qui est que je cherchais à faire une mise à plat de toutes les dimensions de la globalité identifiées dans l'ensemble de mon matériau, pour les avoir ensemble sous les yeux de manière globale justement, alors qu'une répartition par date n'en montrait pour chaque ouvrage qu'un nombre limité et en masquait

d'autres. Cette mise à plat s'est révélée particulièrement pertinente dans l'analyse des catégories.

J'ai attribué un code couleur à chaque opus, pour faciliter le repérage chronologique des verbatim pour la suite de mon travail, ce qui me permettrait de rester bien au contact de la donnée temporelle.

La principale contrainte inhérente à ce choix fut l'hétérogénéité des données que j'avais ainsi à traiter :

- ayant aboli les séparations temporelles pour mon premier mouvement d'analyse, je me trouvais face à des données qui faisaient appel à des modèles théoriques qui différaient d'une période à une autre
- juxtaposant les extraits retenus de sources différentes, j'étais en présence de registres différents (je retrouvais ainsi sur le même plan des livres professionnels, des ouvrages de vulgarisation, des articles scientifiques, une thèse doctorale ou des transcriptions de cours oraux)

Cette contrainte m'obligeait à trouver un niveau de lecture des verbatim qui ne s'arrêtait pas à ces aspérités, comme je le montrerai plus loin.

J'avais à analyser un ensemble volumineux d'un seul tenant : plus de 110 pages d'extraits retenus en première intention. Mon analyse s'est alors déroulée en de nombreux allers et retours entre les catégories, les thèmes et les verbatim. Un même verbatim pouvait alimenter plusieurs catégories, étant doté à chaque fois d'un thème défini en correspondance avec le contenu qui lui faisait alimenter cette catégorie. À ce stade, la collecte des verbatim et leur catégorisation m'amenaient parfois à aménager une catégorie existante, ou à créer une nouvelle catégorie que je n'avais pas prévue. Je pouvais voir apparaître des sous-catégories structurer avec plus de détails l'ordonnancement des verbatim à mesure que je gagnais en précision dans la reformulation des thèmes, des catégories et dans les regroupements, jusqu'à faire émerger des catégories qui offraient un sens nouveau à ma compréhension.

Ainsi je ne rangeais plus les extraits en des rubriques selon leurs contenus, mais en des catégories qui témoignaient d'un autre niveau de compréhension.

Par exemple, l'émergence de la catégorie *globalité par l'animation interne* me libérait de la complexité liée à la réalité historique du remplacement d'anciens modèles explicatifs par de nouveaux modèles plus complets et plus précis (mouvement respiratoire primaire, motilité oscillatoire cellulaire, dynamique vitale...). Cette nouvelle catégorie m'offrait la possibilité

d'aborder le récit de façon simple et synthétique sur la globalité, en m'affranchissant des modèles qui, eux variaient avec le temps.

De la même manière, j'avais prévu d'analyser les manifestations de la globalité au décours du point d'appui en répartissant les verbatim selon les phases qu'on décrit classiquement à ce geste particulier à la fasciathérapie (délai d'apparition, intensité de la réponse, seuil maximal et effondrement). Mais c'est quand j'ai pu détourner mon regard de ces critères de lecture du point d'appui, que m'est apparue une vision beaucoup plus pertinente pour étudier la notion de globalité : la distinction entre deux phases temporelles articulées autour du point d'appui, déterminant les deux catégories de la globalité *sollicitée pour le point d'appui* et de celle qui se donne *en réponse au point d'appui*. L'émergence de ces deux nouvelles catégories venait d'ailleurs renforcer la valeur que prenait celle de la *globalité par l'animation interne*.

IV. Mise en récit

J'ai choisi de présenter le résultat de mes analyses sous la forme d'un récit. L'objectif de ce récit, d'inspiration phénoménologique (Paillé & Mucchielli, 2008 ; Bois, 2007 ; Bourhis, 2012), était de rendre compte de la richesse des différentes dimensions de la globalité relevées lors de mon analyse d'une manière pourtant fluide et accessible, et qui reste fidèle au sens des textes originaux. Il me faudrait rester près des verbatim pour restituer la pensée de leur auteur, pour que « *la logique essentielle mise de l'avant par l'acteur [soit] dégagée le plus fidèlement possible* » (Paillé, 2007, p. 92). L'exercice était d'autant plus exigeant que, comme je l'ai précisé à l'occasion de mon choix d'un mode transversal d'analyse en première intention, j'avais à mettre en forme des juxtapositions de données de natures différentes et d'âges différents. Je me sentais investi d'une grande responsabilité dans cet exercice, au cours duquel j'ai gardé les mots de P. Paillé comme un conseil : « *L'ouverture à l'autre et l'attention respectueuse à ce qui se présente trouvent dans cet exercice leur justification dans la mesure où se réalise la reconstitution de la parole donnée.* » (Paillé, 2007, p. 93).

L'écriture a été l'occasion de préciser davantage encore ma relation aux données, à la fois m'imprégnant de chaque période dans ses spécificités théoriques et pratiques, et dégageant pourtant un lien de continuité historique qui dépassait les singularités temporelles et me permettait de trouver la trame ou la force qui sous-tendait l'évolution des concepts. La

mise en récit de mon analyse a été l'occasion de remodeler nombre de catégories et sous-catégories, ainsi que des thèmes, allant parfois jusqu'à rechercher dans les textes originaux un découpage de l'extrait plus pertinent et plus représentatif du sens initial que la force de la mise en récit m'avait finalement amené à retrouver.

Le récit a eu aussi pour but de préparer à la mise en lumière des éléments de la synthèse finale qui sert à la fois d'analyse herméneutique et de mise en valeur des points principaux.

TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Chapitre 1.

Récit d'inspiration phénoménologique

Le récit d'inspiration phénoménologique met en forme discursive les analyses catégorielles effectuées sur les verbatim afin de montrer la valeur de ces catégories. Ce récit est dit d'inspiration phénoménologique parce que, comme indiqué dans le chapitre méthodologique, j'assume ma posture de praticien expert, ce qui m'a amené à pointer dans ce récit certains traits ou certaines conceptions de D. Bois dépassant une stricte posture descriptive pour préparer la synthèse interprétative qui suit.

Le récit est donc structuré en cinq chapitres correspondant aux cinq rubriques principales qui déterminent les différentes dimensions du concept de globalité : les différents concepts de la globalité structurelle et fonctionnelle ; la globalité adaptative, les différentes atteintes et leurs relations ; la globalité comme unité somato-psychique ; la globalité dans la posture du praticien ; la globalité du point de vue du patient.

Chacun de ces chapitres reprend comme sections les catégories définies par l'analyse catégorielle. J'ai choisi de présenter les extraits des citations soit sous forme de phrases complètes soit en les intégrant dans la narration pour rendre la lecture plus fluide. Même si les citations présentées font référence à des extraits des livres étudiés, elles sont toutes issues des tableaux de l'analyse catégorielle que l'on peut retrouver en annexe.

I. Les différents concepts de la globalité structurelle et fonctionnelle

L'analyse catégorielle a déterminé comme sous-dimensions de la globalité structurelle et fonctionnelle les catégories suivantes : la globalité tissulaires ; la globalité liquidienne ; la globalité par l'animation interne ; la globalité par le mouvement sensoriel ; la globalité par la lenteur ; la globalité par le linéaire. Ce sont ces catégories qui vont structurer le récit.

La catégorie de *globalité tissulaire* regroupe les verbatim qui donnent une description de la dimension des tissus, qu'ils soient des conjonctifs organisés en nappes ou en tissu de remplissage, ou qu'ils soient liquides. La catégorie de *globalité liquidienne* expose le point de vue du fasciathérapeute sur le monde liquidien, dans ses dimensions physique et métabolique. La catégorie d'*animation interne* regroupe ensuite les points de vue successifs sur le modèle descriptif et explicatif de la rythmicité fine sur laquelle travaille le fasciathérapeute. La catégorie de *globalité par le mouvement sensoriel* reprend l'idée de correspondance entre animation interne et mouvement gestuel visible. La catégorie de *globalité par la lenteur* montre l'importance de la lenteur comme paramètre immuable du mouvement, constitutif de la sensorialité et de la globalité. Enfin, la catégorie de *globalité par le linéaire* est aussi une dimension capitale et spécifique de la globalité.

1. La globalité tissulaire

J'ai nommé *globalité tissulaire* la catégorie regroupant les extraits traitant des tissus organisés en nappes et de leur participation à la globalité corporelle physique, à la globalité fonctionnelle et dynamique dans les processus d'adaptation au stress.

Présents partout dans le corps, les fascias sont le support d'une indéniable continuité physique. Avec leurs rôles de jonction, d'harmonisation, de protection et de coordination, D. Bois les désigne comme constituant une unité fonctionnelle. Il définit le fascia comme un répartiteur de contraintes et un régulateur de stress, grâce à ses caractéristiques d'élasticité et sa distribution à toutes les parties de l'organisme.

1.1. Le fascia omniprésent relie des éléments anatomiques

La première chose qu'on voit apparaître dans les écrits de D. Bois, c'est que la notion de globalité s'appuie sur la réalité anatomique d'un tissu, le fascia que D. Bois décrit comme présent partout dans le corps : organisé le plus souvent en nappes, il « *se répand à travers toutes les couches de l'organisme* » (Bois, 1984, p. 34) et se trouve « *étendu sans discontinuité de la tête aux pieds et de la profondeur à la périphérie* » (Bois & Berger, 1989, p. 49) ; il « *s'organise en fascia superficiel qui s'étend sous la surface cutanée et en fascia profond* » et constitue « *une véritable toile fasciale qui ne s'interrompt jamais vraiment* » (Bois, 1984, p. 34).

D. Bois propose de finalement s'affranchir des subdivisions qui organisent habituellement l'apprentissage de l'anatomie en régions arbitrairement distinctes : on peut « *considérer qu'il n'y a dans le corps qu'un seul tissu conjonctif qui se divise à l'infini pour assurer la liaison entre tous les tissus* » (Bois, 1985, p. 38). Il va jusqu'à étendre l'acception du terme *fascia* à l'ensemble des tissus conjonctifs et regroupe les formations aponévrotiques, l'os, le cartilage, le tissu interstitiel et le sang en un même « *organe de la forme faisant du corps un milieu plastique* » (*Ibid.*, p.38). Il donne ainsi sa vision du fascia comme élément d'une « *importance fondamentale dans le cadre d'une approche globaliste du corps* » (Bois & Berger, 1990, p. 29).

Notons la dimension que prend la notion d'étendue dans les descriptions du fascia, puisque ce tissu « *se répand* », « *s'étend* » et « *se prolonge* » (Bois, 1984, p. 34) ou qu'il « *se continue* » (*Ibid.*, p. 38). Cette caractéristique d'étendue met en avant les nombreux rapports anatomiques que cette structure tissulaire entretient avec les autres éléments du corps : il « *rejoint* » et « *s'unit* » (*Ibid.*, p. 52), « *s'accole* » (*Ibid.*, p. 38) et prend ses attaches quand il « *se fixe* » (*Ibid.*) sur les pièces osseuses avec le périoste desquelles il « *se confond* » (*Ibid.*, p. 40).

On peut dire qu'il structure l'espace, puisqu'il « *compartimente* » et « *tapisse* » (*Ibid.*, p. 34), « *engaine* » (*Ibid.*, p. 38), « *se dédouble* » et « *enveloppe* » (*Ibid.*, p. 40).

Les extraits choisis indiquent comment le fascia est un lien entre éléments anatomiques par l'exemple des relations entre des régions aussi distinctes que le crâne et le bassin : « *Les trois membranes de tension crânienne sont directement reliées en bas avec les trois os du bassin par l'intermédiaire du fascia dure-mérien.* » (Bois, 1984, p. 81). Plus que des relations entre des régions anatomiques déjà constituées en ensembles, il faut considérer les rapports

qui unissent le contenu intime d'un territoire à son environnement régional par le biais du fascia qui, dans notre exemple « *se prolonge anatomiquement depuis l'endocrâne et les membranes intracrâniennes pour devenir extracrânien et se répandre aux confins de notre organisme sans discontinuité* » (Ibid., p. 34).

On voit ainsi comment D. Bois considère ce tissu comme le support physique de la globalité puisqu'il est présent partout dans le corps et qu'il présente une continuité anatomique tant dans l'étendue que de la superficie à la profondeur.

1.2. Le fascia transforme des individualités anatomiques en une unité fonctionnelle

D. Bois considère le fascia « *comme étant l'outil essentiel capable de transformer les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle* » (Bois, 1984, p. 35). L'omniprésence de ce tissu au sein de l'organisme, toujours « *l'élément de liaison, de jonction et d'intermédiaire (...) qui harmonise et orchestre les micromouvements* » (Ibid., pp. 80-81), fait que « *chaque partie est intégrée aux autres* » et participe à constituer une « *unité dynamique de fonction* » (Ibid., p. 35).

Il assure « *un rôle de protection en tapissant les muscles et en empêchant ceux-ci de se déchirer* » (Ibid., p. 34) et sert de soutien aux organes et vaisseaux qu'il « *tapisse* » (Ibid.), « *entoure* » (Ibid., p. 42), « *protège* » (Ibid., p. 50), « *contient* » et « *recouvre* », qu'il « *accompagne* » et à qui il « *fournit un support* » (Ibid., p. 52).

Le fascia a en outre « *un rôle de coordination du système myo-fascial dans son ensemble et des chaînes myotensives* » (Ibid., p. 34) : la présence de cette enveloppe autour des muscles et, plus finement, autour des faisceaux de myofibrilles améliore l'efficacité de leur contraction car elle « *permet de restreindre et de canaliser l'énergie musculaire et sa force dans une action spécifique.* » (Ibid.).

Ainsi, D. Bois fait ressortir, dans sa présentation du fascia, les rôles de jonction, d'harmonisation, de protection et de coordination, faisant de lui l'organe essentiel qui transforme des individualités anatomiques en une unité fonctionnelle.

1.3. Le fascia, répartiteur de contraintes et régulateur de stress

La répartition des fascias au sein du corps et leur organisation en un réseau complexe étendu en surface comme en profondeur leur confère la capacité d'assurer « *la répartition,*

l'harmonisation des tensions en permanence, quelle que soit la position adoptée par le sujet. » (Bois, 1984, p. 34).

Pour D. Bois, c'est grâce à sa qualité d'élasticité que le tissu conjonctif « *absorbe les chocs, les stress, les micro-traumatismes physiques ou psychiques* » (Bois & Berger, 1989, p. 50). Et si l'on tient compte de « *sa faculté de se laisser déformer et de retrouver spontanément sa position initiale lorsque cesse la cause de sa déformation* » (*Ibid.*, p. 50), on comprend que les fascias constituent une structure d'ensemble qui « *figure ainsi parmi les régulateurs du stress, en répondant comme un ressort à toutes les agressions que subit le corps* » (*Ibid.*).

L'image d'une toile d'araignée en trois dimensions est souvent utilisée pour aider à comprendre comment « *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* » (Bois, 1984, p. 35). D. Bois s'appuie sur les travaux du Dr. Hans Selye, le premier à avoir mis en évidence le syndrome général d'adaptation (ou stress), en notant qu'il « *fait figurer le tissu conjonctif parmi les régulateurs de ce syndrome* » et précise que « *la capacité élastique du tissu conjonctif assure cette répartition* » (Bois & Berger, 1989, pp. 44-45).

On voit bien que l'organisation du fascia en réseau tridimensionnel réparti dans l'étendue et dans la profondeur, et ses caractéristiques d'élasticité en font le support majeur de la répartition des contraintes dans la régulation du stress et donc comment cette structure du fascia participe de la construction de la globalité.

2. La globalité liquidienne

La phase liquidienne dans le corps a une importance considérable, tant par sa proportion (environ 60 % de la masse totale du corps) que par son rôle dans les phénomènes métaboliques. La fasciathérapie considère que le concept de globalité « *intervient également au niveau liquidien* » (Bois, 1984, p. 91).

Une première catégorie regroupe les extraits qui présentent le concept d'unité liquidienne réunissant des secteurs pourtant distincts comme le sang, le liquide céphalo-rachidien, la lymphe ou le liquide interstitiel. Cette conception, cohérente avec les données qui font consensus en anatomie et en physiologie, trouve une place centrale en fasciathérapie, en lien avec l'omniprésence du fascia déjà mentionnée.

Une deuxième catégorie, plus spécifique de la vision du fasciathérapeute, s'appuie sur les rapports étroits que l'anatomie décrit entre le fascia et les différents liquides. Elle montre l'impact que ce tissu exerce sur la dynamique de l'unité liquidienne entre ces différents secteurs et sur le métabolisme des échanges cellulaires avec le milieu interstitiel.

2.1. Unité liquidienne : des compartiments liquidiens sectorisés mais non séparés

On présente habituellement la masse liquidienne comme répartie en deux compartiments, intra et extra cellulaire, le second étant subdivisé en secteur interstitiel (on parle souvent de *mer intérieure*) et secteur canalisé circulant (sang, lymphes et liquide céphalo-rachidien). D. Bois insiste pour sa part sur la nécessité de ne « *pas les considérer comme des territoires absolument délimités, séparés les uns des autres par des frontières* » (Bois, 1984, p. 112), ce que confirment les connaissances communément admises sur les mécanismes de transfert d'eau et de substances dissoutes qui caractérisent et permettent l'homéostasie.

Il rappelle que « *le liquide interstitiel forme un compartiment qui n'a pas de frontières propres* » (*Ibid.*, p. 118) et constitue le milieu le plus immédiat des cellules, celui dans lequel elles baignent : « *c'est par son intermédiaire que se font tous les échanges* » (*Ibid.*), du milieu cellulaire aux liquides circulants, il sert « *d'intermédiaire entre les tissus et l'extérieur* » (*Ibid.*, p. 115). On connaît donc le rôle du liquide interstitiel dans le métabolisme cellulaire, mais on pense moins à sa capacité de « *se comporter en un système de transports et d'échanges assurant les liaisons entre les différents territoires de l'organisme* » (*Ibid.*).

La notion de l'unité liquidienne dans le corps, qui « *se traduit par des échanges permanents entre ses différents compartiments* » (Bois & Berger, 1990, p. 51), est prépondérante dans la pensée de D. Bois. À ses yeux, elle est en partie autorisée grâce au fascia qui constitue « *un véritable container souple qui enveloppe les différents liquides de l'organisme sans les sectoriser, y compris le véhicule sanguin* » (Bois, 1985, p. 40).

D. Bois note l'existence d'un rapport particulier du fascia avec le sang : « *Fascia et sang sont intimement liés, non pas uniquement parce qu'ils appartiennent à la même famille, mais parce qu'ils sont en intime connexion.* » (*Ibid.*, p. 40). En effet, le conjonctif participe à la constitution de deux des trois couches des parois artérielles : « *L'adventice de l'artère est de constitution conjonctivo-élastique et nous verrons plus tard l'importance considérable de la sensibilité adventitielle, voire endothéliale dans les pathologies vasculaires fonctionnelles.* » (*Ibid.*).

2.2. Influence des tissus sur les échanges métaboliques et les rapports dynamiques entre les liquides

On trouve, dans les écrits de D. Bois, de nombreux extraits qui traitent des contributions du fascia sur les fonctions physiologiques en relation avec les liquides : on y voit développé son influence sur les qualités physiques du liquide interstitiel et les échanges métaboliques, puis sur l'absorption du liquide dans les canaux lymphatiques, enfin son influence sur les voies de circulation, lymphatique ou sanguine.

Le fasciathérapeute, qui « *aborde le fascia en priorité sous son aspect métabolique et à un degré moindre sous son aspect mécaniste* » (Bois, 1984, p. 91), sait que le tissu conjonctif peut être caractérisé 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* » (Ibid., p. 39). Constatant cette « *relation intime du liquide interstitiel avec la substance fondamentale* » du tissu conjonctif (Bois, 1984, p. 116), D. Bois défend le « *rôle essentiel que joue le fascia dans la dynamique liquidienne et les échanges osmotiques* » (Bois & Berger, 1990, p. 52). Il fait remarquer « *combien la pression et les tensions tissulaires ont une influence très nette sur les échanges osmotiques des fluides* » (Bois, 1984, p. 117) et insiste sur « *l'action considérable du fascia sur les échanges métaboliques, tissulaires et cellulaires* » (Ibid., p. 116). Il considère que le fascia « *constitue le véritable carrefour de la bonne homéostasie liquidienne* » (Bois & Berger, 1990, p. 52).

Il note le rôle protecteur tenu par le fascia dans la lutte anti-infectieuse, « *le rôle de barrière infectieuse venant s'ajouter à ses propriétés d'échanges biochimiques* » (Bois, 1984, p. 118). Il présente en effet le fascia comme le lieu où « *se déroulent les phénomènes inflammatoires et infectieux et les réactions de défense que ceux-ci suscitent* » (Ibid.).

Le fascia, par la mobilité des ses fibres conjonctives, évite une stase trop importante du secteur interstitiel, lieu de ces enjeux métaboliques et immunitaires, et permet le maintien de la fluidité nécessaire : il « *sert de courroie de transmission* » (Bois, 1984, p. 50) et permet ainsi le drainage et « *les micropompages des systèmes squeletto-musculaires et liquidiens* » (Ibid.). D. Bois définit par le terme de *respiration cellulaire* une activité rythmique fine sur laquelle nous reviendrons, au cours de laquelle « *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* »

(*Ibid.*, p. 82). C'est ainsi que « *les fascias exercent un véritable pompage de tous les éléments de l'organisme* » (*Ibid.*), grâce à leur « *dynamique contractile élastique (...), sans laquelle la bonne propagation des liquides ne peut se faire* » (Bois & Berger, 1990, p. 51).

Outre cette action directe sur le milieu interstitiel, le tissu conjonctif influence aussi le secteur liquidien canalisé de diverses manières.

Le premier lieu d'impact se joue au niveau de l'absorption du liquide interstitiel par l'extrémité libre des capillaires lymphatiques où il devient la lymphe. Là aussi, par leurs rapports étroits « *avec le tissu interstitiel conjonctif, ces capillaires peuvent être serrés et voir leur lumière réduite* » (Bois, 1984, p. 100). Un tissu conjonctif trop serré peut ainsi constituer une gêne à l'absorption du liquide interstitiel dans le réseau lymphatique

On retrouve ensuite l'effet de la composante d'élasticité des fascias sur les voies circulantes : rappelant qu'entre « *chacune des trois couches des fascias, superficielle, profonde et sous-séreuse, se trouvent les artères, les veines et les canaux lymphatiques* » (*Ibid.*, p. 119), D. Bois pose que « *certains fascias, par crispation autonome, peuvent devenir des zones critiques exerçant une contrainte mécanique sur les vaisseaux, quel que soit leur calibre* » (Bois & Berger, 1990, p. 127).

De manière plus spécifique aux vaisseaux sanguins, D. Bois rappelle que l'élasticité du fascia, « *au niveau des parois vasculaires, permet une accommodation au débit liquidien (vasomotricité)* » (*Ibid.*, p. 53).

Après ces deux premières dimensions physiologiques qui montrent l'importance du fascia dans la construction d'une globalité anatomique, l'analyse a déterminé d'autres dimensions plus dynamiques et plus spécifiques de l'approche du fascia par D. Bois. La première met l'accent sur la notion d'animation interne propre au fascia.

3. La globalité par l'animation interne

Après les globalités tissulaire et liquidienne, données anatomiques et physiologiques, une nouvelle forme de globalité trouve support en la perception d'un mouvement interne animant de manière unie l'ensemble des tissus de l'organisme.

Aborder le thème de l'animation interne ouvre naturellement les questions de la filiation à l'ostéopathie que D. Bois revendique pour la fasciathérapie et de la singularisation de la méthode qu'il propose par rapport aux concepts ostéopathiques. Ce thème introduit

nécessairement la dimension temporelle dans notre récit pour rendre compte de la progressivité de cette individualisation d'autant plus marquée que ses propres concepts se sont précisés graduellement : « *Ma curiosité restait insatisfaite : quelle était l'origine réelle de la rythmicité animant le corps, son moteur ? L'approche purement mécaniste ne rendait pas compte de la vie profonde que mes mains pressentaient...* » (Bois & Berger, 1989, p. 15).

3.1. Le fascia, de courroie de transmission à élément harmonisateur

D. Bois est formé au modèle ostéopathique du mouvement respiratoire primaire (MRP) qu'il utilise au départ comme support théorique de sa pratique et de son enseignement. On retrouve donc naturellement dès ses premières modélisations (1984-1985) le rôle du fascia dans la transmission d'une rythmicité jusqu'aux mouvements mineurs ressentis partout dans le corps : « *le fascia principal (...) sert de courroie de transmission (...) permettant également les micromouvements osseux* » (Bois, 1984, p. 50).

Plus en amont dans cette chaîne de transmission, il faut rappeler que se trouvent les trois membranes intracrâniennes, faux du cerveau, tente et faux du cervelet : elles vont « *engendrer des micromouvements aux trois os centraux du crâne qui (...) vont engendrer la mobilité du sacrum par l'intermédiaire du core link¹⁸ inélastique* » (Bois, 1985, p. 53).

Mais D. Bois semble ne pas vouloir réduire cette transmission à un phénomène strictement passif et mécanique puisque c'est « *par son activité rythmique* » que le fascia dure-mérien « *permet la propagation de la fluctuation du LCR* » et « *la propagation de l'activité du mécanisme respiratoire primaire* » (Bois, 1984, p. 72).

Autour de l'axe crânio-sacré ainsi animé s'opère un prolongement rythmique « *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* » (Ibid., p. 81).

Les attaches directes sur le squelette sont très peu nombreuses et « *la majorité d'entre elles se font sur l'occiput, sur les os clés¹⁹* » (Ibid., p. 83) et « *représentent les amarres qui vont transmettre l'impulsion rythmique* » (Ibid.).

Il ne semble pas possible, à le lire, de conserver la représentation d'un moteur initial qui mobiliserait dans un second temps tout une chaîne d'éléments passifs, alors que c'est une activité dont il décrit la propagation, et que c'est d'une impulsion rythmique qu'on suit la

¹⁸ Le core link désigne le fourreau dure-mérien qui, faisant suite aux membranes intracrâniennes, engaine la moelle épinière à l'intérieur du canal rachidien. Outre ses attaches sur le pourtour du trou occipital au sortir du crâne, il s'insère sur le sacrum.

¹⁹ Les os clés sont : les malaïres, les clavicules, la symphyse pubienne et le péroné (Bois, 1984, p. 83) et ont une fonction amplificatrice du mouvement rythmique tissulaire.

transmission. En effet, le fascia assure à ses yeux « *un rôle de coordination du système myofascial dans son ensemble et des chaînes myotensives* » (*Ibid.*, p. 34) et il apparaît comme étant « *l'élément de liaison, de jonction et d'intermédiaire, (...) l'élément dynamique qui harmonise et orchestre les micromouvements* » (*Ibid.*, pp. 80-81). Si grâce à lui « *l'activité rythmique est possible à travers tout le corps* » (Bois, 1985, p. 24), ce serait une erreur de croire qu'il s'agit d'une animation mécanique. Il faut plutôt voir cette impulsion rythmique transmise comme « *nécessaire à une bonne répartition des mouvements mineurs involontaires à l'ensemble des éléments constituant l'organisme y compris les os* » (Bois, 1984, p. 83). Il y a dans ces formulations de la transmission par le fascia, un aspect avéré de régulation et d'harmonisation qui trouvent pour cible une activité préexistante partout dans le corps.

3.2. L'animation au niveau cellulaire

Après cette première vision de l'animation interne en lien avec le référentiel ostéopathique, on trouve dans les écrits de D. Bois une autre modélisation de l'animation interne, basée sur une activité fine que l'on peut percevoir partout dans le corps : la motilité oscillatoire cellulaire ou MOC, qu'il considère à l'origine des micro-mouvements. Les mouvements perçus par le thérapeute manuel ont donc une origine autochtone, cellulaire, répartie à l'ensemble du corps.

En dehors des rythmes respiratoires, cardiaques et viscéraux, l'ensemble de toutes les cellules semble animé d'une « *activité rythmique cellulaire qui imprime à l'ensemble des structures de l'organisme des micromouvements* » (Bois, 1984, p. 79), activité qui se manifeste en « *un rythme doux, lent et agréable, comme une énergie "brassant" toutes vos cellules...* » (Bois & Berger, 1989, p. 49) : « *Toutes les cellules battent à l'unisson.* » (*Ibid.*, p. 49).

D. Bois enrichit ainsi le modèle du MRP quand il « *étend le concept rythmique bien au-delà de la seule activité de la névroglie des cellules nerveuses* » intracrâniennes (Bois, 1984, p. 79), répartissant son siège à « *la manifestation subtile de toutes les cellules de l'organisme* » (*Ibid.*, p. 79). Il nomme *motilité oscillatoire cellulaire* (MOC) cette « *dualité originelle manifestée en une phase de dilatation et de contraction ou en une phase d'inspiration et d'expiration cellulaire* » (*Ibid.*).

Plutôt qu'à une origine crânienne comme celle du MRP, la motilité oscillatoire cellulaire est affiliée à une « *activité rythmique du cœur rayonnant jusqu'aux confins de*

l'organisme » (*Ibid.*, pp. 79-80), activité subtile sur la quelle nous reviendrons, mais dont nous pouvons à présent relever le caractère diffusant.

Si le MRP s'est trouvé détrôné en tant que modèle descriptif et explicatif par la donnée alors nouvelle de la MOC, celle-ci n'a pas effacé pour autant la réalité du MRP en tant que rythme perçu et vécu dans le corps. Et D. Bois de proposer qu'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* » (Bois, 1984, pp. 79-80).

A partir de 1989, apparaît le terme de *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* » (Bois & Berger, 1990, p. 58). C'est elle qui dorénavant « *anime la matière d'une rythmicité permanente sous forme de mouvements d'expansion et de rétraction* » (*Ibid.*, p. 60) et, concernant la motilité oscillatoire des cellules, on peut dire désormais que « *la respiration cellulaire traduit le mouvement de la dynamique vitale alimentant chaque cellule de façon rythmique* » (*Ibid.*, p. 124).

Le choix d'un modèle construit autour de la MOC puis de la dynamique vitale, éléments moteurs d'une animation pulsatile concernant toutes les cellules indique bien une volonté de prendre en compte l'ensemble du corps dans son étendue.

3.3. *L'animation au niveau tissulaire*

Si l'animation fine considérée par le fasciathérapeute concerne toutes les cellules, elle trouve aussi une expression à un autre niveau d'organisation : le tissu. La dynamique vitale permet de faire le lien entre les niveaux cellulaire et tissulaire, en ce qui concerne l'animation perceptible sous la main.

Ce qui était surprenant pour l'ancien ostéopathe qu'il était, confie D. Bois, c'était que ses mains « *captent une animation d'une autre nature, un mouvement interne qui anime toutes les structures anatomiques de la même manière, qu'elles soient fasciales, osseuses ou viscérales* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32). Cette réalité vécue par le praticien et son patient posait la question du support – inconnu – de cette animation qui semblait pouvoir ignorer les distinctions histologiques sans que son niveau d'expression soit restreint au seul niveau cellulaire.

Il existait dès les premiers écrits comme une chaîne d'organisation de mouvements rythmiques dans le corps, entre différents niveaux d'expression, depuis la motilité du niveau cellulaire jusqu'à « *l'activité manifestée par la vie intime des membranes et des fascias* » qui, avec « *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* » (Bois, 1984, p. 172).

D. Bois construit alors le modèle de la fasciathérapie autour de la dynamique vitale dont l'action est plus générale que celle de la MOC et « *s'applique à toutes les cellules de l'organisme (motilité oscillatoire cellulaire), au fascia (enroulement/déroulement), au périoste (mouvance rythmique tridimensionnelle)* » (Bois & Berger, 1990, p. 60). Sa fonction d'animation²⁰ nous intéresse ici particulièrement en ce qu'elle est porteuse d'une nouvelle globalité : elle se distribue à tous les niveaux structurels du corps, de la cellule aux tissus, et « *sa matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os* » (Bois & Berger, 1989, p. 48).

Si la notion tissulaire de courroie de transmission d'une force mécanique a laissé la place à la vision d'une harmonisation régulée par l'intermédiaire du fascia, on pourrait transposer l'idée de courroie de transmission au lien entre les niveaux cellulaire et tissulaire qu'assure la dynamique vitale en les animant de manière contemporaine. Le modèle proposé par D. Bois se veut résolument global, tant dans l'étendue que du point de vue de l'organisation de l'animation.

3.4. Apport de l'énergie vitale : de la potentialité à la physiologie

On trouve dans les textes des débuts de la fasciathérapie le terme *énergie*, mot d'utilisation délicate car souvent employé, dans d'autres domaines, comme échappant au contexte matériel de la contrainte physique. L'utilisation qu'en fait D. Bois semble décrire un niveau de réalité dans le corps avant que l'organisation du phénomène ne soit tout à fait perceptible à une attention non entraînée, qu'il considère comme responsable de l'animation fine, où qu'elle soit décelée.

C'est ainsi que D. Bois peut parler de la « *dynamique vitale, dont nous venons d'explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, [qui] se manifeste dans le corps et contribue à l'animer* » (Bois & Berger, 1989, p. 48). L'observation fine des manifestations de

²⁰ La dynamique vitale présente trois fonctions : réception, information et animation (Bois & Berger, 1989, p. 45)

la vie dans le corps l'a ainsi amené à reconnaître que « *le cœur est en contact avec cette activité invisible et la transmet à chaque cellule* », comme une « *essence vitale (...) qui se transmet environ de 8 à 14 fois par minute aux différents éléments de notre organisme* » (Bois, 1985, pp. 34-35), comme « *un pouls cosmique, universel, capté et "dispatché" dans tout le corps par le cœur énergétique, véritable "artère du cosmos"* » (Bois & Berger, 1989, p. 48). La dynamique vitale, une fois inscrite dans la physiologie, se traduit « *sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os* » (Ibid.).

L'étude du geste thérapeutique a eu un rôle fondamental dans la compréhension des mécanismes de survenue des réponses du corps et de leur matérialisation croissante depuis une potentialité jusqu'à une adaptation actualisée. Nous ne développerons pas ici l'étude des phénomènes liés au « *point d'appui manuel autour duquel se déclenche tout un processus interne* » (Bois, 1985, p. 33) mais il est important de savoir que ce temps du geste manuel en fasciathérapie est l'occasion d'une réaction tant tissulaire que liquidienne : il « *fait intervenir la puissance physiologique des fascias suivie ou accompagnée d'une merveilleuse force fluctuante (...) celle du liquide pulsatile qu'est le sang* » (Ibid.).

Le sang est l'indispensable allié de la dynamique vitale dans cette fonction d'animation fine, et il est présenté comme « *le vecteur de la vie sous toutes ses formes jusqu'à la plus subtile : il transporte la conscience de la dynamique vitale. (...). Ainsi chaque cellule est nourrie à la fois des composants biologiques du sang et de la conscience de la dynamique vitale* » (Bois & Berger, 1989, p. 88).

Pour D. Bois, le cœur dans sa part énergétique, tient alors un rôle premier dans l'apport de cette énergie vitale et sa diffusion à l'ensemble des constituants du corps : « *Outre son action de pompe connue, il est le siège d'une énergie subtile qui se répand bien au-delà de son aspect physique, créant ainsi le mouvement vibratoire partout où il est dirigé.* » (Bois, 1985, p. 34).

Au delà du vocabulaire utilisé, comme la notion d'énergie qui porte la marque d'une époque, ces extraits sont importants parce qu'ils signent l'inscription permanente de la modélisation dans une perspective de globalité.

3.5. *L'élasticité du fascia, interface énergie / structure*

La dynamique vitale qui préside alors à la pratique de la fasciathérapie et régule l'animation rythmique du corps, aussi bien cellulaire que tissulaire, est indissociable, pour ce qui concerne les tissus, de leur caractéristique d'élasticité. Propriété active du fascia, l'élasticité permet, aux yeux du fasciathérapeute, l'expression physique de la dynamique vitale dans les tissus.

Pour D. Bois, « *l'élasticité du fascia permet l'expression physique de la dynamique vitale* » (Bois & Berger, 1989, p. 56), elle se fait le reflet de la vitalité du fascia et « *indique l'état de vie intime des tissus et leur potentiel énergétique* » (Bois, 1985, p. 33).

Si elle était initialement appuyée sur des propriétés rhéologiques de viscoélasticité du tissu conjonctif, l'élasticité est rapidement apparue comme une propriété dynamique du fascia qui « *n'est pas doué uniquement de propriétés passives : il possède également des caractéristiques biomécaniques actives, absolument fondamentales dans notre approche* » (Bois & Berger, 1990, p. 44).

Cette composante active fondamentale de l'élasticité du fascia, est formulée avec la « *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.* » (Ibid.).

Dans le même temps que s'était développé le concept d'élasticité en fasciathérapie et ses applications pratiques, le fascia avait changé de statut, aux yeux de D. Bois, et était devenu pour lui « *plus qu'un tissu d'enveloppe, le support sur lequel se canalisait la puissance de vie pour se mettre au service du corps* » (Bois & Berger, 1989, p. 20).

Pour lui, le fascia constitue en effet par son élasticité l'élément tampon entre une structure matérielle qui présente un facteur d'inertie et une force motrice qui l'anime. C'est de cette manière que D. Bois comprend la physiologie interne : il définit la fonction « *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.* » (Bois, 1984, p. 22).

Non seulement le fascia joue le rôle d'intermédiaire entre énergie et structure, avec « *l'énergie [qui] met en mouvement la matière, [qui] est aussi la traduction du souffle ou de la puissance physiologique* » (Bois, 1985, p. 24), mais il participe en outre à « *constituer des*

freins qui transforment ce potentiel universel en capital individuel » (Bois & Berger, 1989, p. 49). Le fascia offre avec son élasticité les conditions pour que s'actualise cette « *“individualisation” de la dynamique vitale* » (Ibid.).

S'il est « *le support par lequel la dynamique vitale va véritablement animer la matière* » (Bois & Berger, 1990, p. 63), D. Bois le décrit aussi comme incarnant par sa mobilité rythmique la « *première résonance physique de l'activité non révélée de la dynamique vitale* » (Ibid.).

Ainsi, l'étude de l'élasticité du fascia permet d'attribuer à ce tissu une caractéristique active dans la dynamique d'adaptation du corps et, mieux, un rôle de frein offert à une dynamique énergétique et lui permettant de prendre corps, ce qui en montre bien l'importance dans la dynamique de globalisation.

3.6. L'animation au niveau de la matière

Pour rendre compte d'une animation concernant tous les tissus du corps, D. Bois introduisit le concept de matière qui, dans son approche, est indissociable de la notion de mouvement interne.

Se retournant récemment sur son parcours, D. Bois faisait remarquer la difficulté qui fut la sienne au début, face à l'expérience qu'il faisait de cette animation totale du corps, et non réservée au seul fascia : « *Quand j'ai commencé, je pensais, comme on me l'avait dit en ostéopathie, qu'il n'y avait que le tissu conjonctif qui était doué de mobilité. Mais quand l'intérieur de l'os, quand la matière organique qui n'est pas le tissu conjonctif, étaient animés du mouvement, je me suis trouvé devant un dilemme.* » (Bois, 2008b, L207-213).

Devant cette évidence « *d'un mouvement interne qui concerne toutes les parties du corps, avec la particularité que toutes les couches du corps ont une circulation d'une même lenteur* » (Ibid., L721-723), D. Bois « *introduisit la notion de matière, désignant ainsi le matériau commun à toutes les structures anatomiques* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32).

Abolissant ainsi les frontières entre les différentes structures du corps pour rendre compte du caractère unifié qui leur est donné par l'animation inhérente, « *le mot “matière” désigne la sensation unique qui naît quand toutes les structures sont animées de manière indifférenciée par le mouvement interne.* » (Ibid., p. 34).

Jusque là, la notion de mouvement interne s'inscrit dans une perspective d'unité dynamique et donc de globalisation fonctionnelle. Mais, l'analyse a aussi déterminé que, parmi les fonctions dévolues au mouvement interne, il en est une que D. Bois nomme la *force de croissance sensorielle*.

Ainsi, avec cette fonction, il faut entendre la globalité aussi comme construction dynamique temporelle. D. Bois compare cette fonction « *à un architecte ayant élaboré le plan humain, et harmonisant toutes les fonctions organiques et psychiques* » (Bois & Berger, 1990, p. 62). Il est dit aussi que la force de croissance sensorielle « *génère la forme humaine* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 36) et qu'une fois en place, « *les matériaux du corps se renouvellent en permanence sous l'effet de cette force vitale* » (Ibid., p. 40).

L'animation de la matière, ce tout du corps, se fait selon « *un système rythmique très stable qui anime toutes les structures anatomiques du corps dans une harmonie parfaite ; cette activité est totalement autonome par rapport à la dynamique gestuelle* » (Ibid.).

Le concept de matière tel qu'énoncé par D. Bois introduit une nouvelle forme de globalité impliquant la donnée de la perception d'une animation interne. Dans ce vécu particulier d'un mouvement interne englobant toutes les structures du corps, apparaît au-delà des distinctions histologiques une nouvelle unité dynamique du corps.

Cette idée de globalité en lien avec la perception d'un mouvement interne a été prolongée par D. Bois au début des années 2000 avec la notion de Sensible : « *Ce Sensible qui se découvre prend source avec le mouvement interne, une animation autonome de l'ensemble des tissus du corps, et qui a représenté, pour nous, le point de départ de notre démarche de recherche.* » (Bois & Austry, 2007, p. 7). Le terme de Sensible recouvre à la fois la notion de matière animée mais aussi comment cette animation est perçue par la personne qui la vit : « *Enfinement, nous voulons aussi mettre en avant le fait que, même si le mouvement interne a été la découverte qui a motivé notre recherche, le Sensible ne se limite pas à l'univers cinétique interne que celui-ci nous dévoile, mais renvoie plus généralement à la notion de rapport que le sujet entretient avec son mouvement interne, avec son corps, enfin avec toute expérience.* » (Bois & Austry, 2007, p. 8).

Ainsi, la notion de globalité débouche-t-elle naturellement sur la participation de la personne à la perception de cette animation interne. On retrouvera cette ouverture de la notion de globalité dans la catégorie *unité somato-psychique*.

4. La globalité par le mouvement sensoriel

En relation avec le concept de *matière*, tel que présenté plus haut, s'annonce celui de *mouvement sensoriel* : un mouvement sans déplacement objectif, vécu comme un déplacement au dedans de soi et qui présente les formes du mouvement gestuel objectif possible. Le mouvement devient ainsi central dans les écrits de D. Bois et retient davantage l'intérêt : plus que le tissu, c'est son mouvement qui est maintenant étudié et avec lui le mouvement de la personne.

4.1. Une sensibilité de la matière due au mouvement sensoriel

La matière, définie par D. Bois comme l'ensemble des structures rendues indifférenciées par la perception d'un mouvement qui leur est commun, est le lieu d'une sensibilité d'une autre nature que la somesthésie habituellement décrite.

Dès 1989, D. Bois avait évoqué une sensibilité différente qui entraînait une réaction d'adaptation tissulaire : « *La dynamique vitale dans sa fonction réceptive capte instantanément chaque stress et génère immédiatement une réaction silencieuse.* » (Bois & Berger, 1989, p. 45). Sa traduction se matérialisait sous la forme d'une « *réaction physiologique d'accommodation, réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales* » et assurait « *par ses réactions autonomes, l'adaptation juste à l'événement* » (*Ibid.*).

Avec l'apparition du concept de mouvement sensoriel, défini comme « *une copie conforme du mouvement gestuel présent à l'intérieur de la matière* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 49), la *fibre sensible* de la matière trouve un nouveau support. Après avoir « *cru longtemps que la propriété réceptive de la matière était inhérente à la matière elle-même (la matière se ressent)* », D. Bois en vient à formuler « *l'hypothèse que le mouvement sensoriel est à l'origine de la sensibilité de la matière* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 73). D. Bois avance que « *le mouvement sensoriel maintient dans la matière un "degré de densité de base compatible avec la vie"* » (*Ibid.*, p. 74) et qu'il est vecteur d'une conscience corporelle : en son absence dans certaines régions, « *la conscience corporelle disparaît des zones concernées, entraînant du même coup une rupture de globalité de la dynamique gestuelle* » (*Ibid.*). Argument en faveur de cette sensibilité de la matière, elle « *semble en effet recevoir en temps réel des informations lui permettant de s'adapter à toutes les modifications posturales et gestuelles du corps* » (*Ibid.*).

4.2. *Le mouvement sensoriel vecteur de cohésion dans la mise en action*

Autant nous avons pu voir l'unité physique et fonctionnelle garantie par le fascia, autant il convient désormais de considérer le mouvement sensoriel comme le « *“ciment de cohésion” qui maintient tous les éléments anatomiques dans une unité dynamique* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 74). En effet, « *les différents tissus de l'organisme (la peau, les fascias, les muscles, les os, les organes) ne suivent pas passivement les mouvements et déplacements du corps* » (Ibid., p. 75). Ils participent à toutes les adaptations posturales conscientes ou inconscientes et « *sont prévenus des déplacements à l'instant même où la personne a l'intention de bouger* » (Ibid., p. 76).

Il est vrai que, privés de cette fonction selon laquelle « *tous les organes connaissent instantanément l'orientation que prend le corps dans l'espace* » (Ibid.), « *les segments seraient comme aveugles ; nos gestes seraient malhabiles et hésitants, malgré des articulations tout à fait fonctionnelles* » (Ibid., p. 75).

Le fasciathérapeute est formé, par son écoute manuelle, à « *apprécier la cohérence du comportement de chaque structure anatomique par rapport à la dynamique gestuelle d'ensemble* » (Ibid., p. 23) car il faut que chaque partie de l'organisme soit accessible à ce mouvement sensoriel sans lequel un segment ne saurait trouver sa place dynamique au sein de l'activité gestuelle et posturale générale du corps.

Ainsi, l'analyse montre bien que le mouvement sensoriel assure une densité de base à la matière et lui confère une conscience corporelle en permettant à chaque partie du corps de participer de manière cohérente avec l'ensemble à la dynamique posturale d'adaptation et à la gestuelle.

4.3. *Un mouvement interne à exprimer : rapport entre mouvement subjectif et mouvement objectif*

L'analyse catégorielle, en parcourant chronologiquement les écrits de D. Bois, fait ressortir que la recherche de D. Bois présente comme un mouvement à double sens : d'abord une « *plongée vers la profondeur* » pour trouver le lieu à partir duquel traiter efficacement la fonction déficiente, puis retour sous la forme d'un épanouissement visible de l'animation interne lui permettant de participer aux conditions d'une fonction gestuelle harmonieuse.

La dynamique vitale possédait déjà « *une expression corporelle, gestuelle, [...] en fait la résultante de tous les rythmes mineurs : rythmes énergétiques, tissulaires, des micromouvements* » (Bois & Berger, 1990, pp. 120-122). Ces conditions physiologiques optimales de l'expression gestuelle, autorisées par une cohérence permanente de l'ensemble des tissus et des segments du corps trouvent une pleine maturité conceptuelle avec l'avènement du mouvement sensoriel : « *Non content de s'exprimer seulement dans la matière, il semble revendiquer le droit de s'exprimer dans le geste, et devient ainsi l'ambassadeur d'un lien entre le monde interne et le monde extérieur.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 60). Le mouvement sensoriel est comme une forme intériorisée de tous les mouvements possibles au corps : « *Dans tous les tissus, la matière a gardé en elle une mémoire de la dynamique du corps, parce que chaque geste la concerne dans sa totalité.* » (*Ibid.*, p. 76).

D. Bois « *s'engagea alors dans une étude rigoureuse du rapport entre les déplacements objectifs des structures anatomiques et les mouvements subjectifs internes de la matière* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32) et fut « *très surpris de constater une telle similitude entre mouvement sensoriel et mouvement gestuel* » (Bois, 2008, p. 10). Le mouvement sensoriel, rapproché du mouvement gestuel, présente « *les mêmes orientations, la même amplitude ; par contre, il diffère dans sa vitesse. L'un est visible, l'autre est invisible* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 49), mais tous deux répondent aux mêmes lois d'organisation : « *En étudiant la gestuelle du corps, la manière dont on bouge, on retrouve les traces vivantes de ce principe organisé.* » (Bois, 2001b, p. 90).

Le mouvement sensoriel restitue, dans l'intimité tissulaire, le vécu subjectif du mouvement majeur dans ses paramètres d'orientation et d'amplitude. Ainsi par exemple, « *le mouvement sensoriel perçu par la main du thérapeute au niveau des sutures crâniennes (...) dessine exactement l'organisation du mouvement majeur du crâne, et son amplitude subjective restitue toutes les possibilités de voyage du crâne dans l'espace* » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 80-81). Dans les articulations entre les vertèbres qui présentent un déplacement réel objectivable et conditionnent la mobilité du crâne dans l'espace, ou dans les articulations majeures à grand déplacement, le lien entre mouvement subjectif et mouvement objectif est assuré par le micro-jeu articulaire qui appartient aux deux versants du mouvement, « *objectif dans la mesure où il existe réellement au niveau de l'articulation un mouvement de très faible amplitude ; subjectif parce que parcouru à la lenteur sensorielle, il restitue*

l'amplitude du mouvement majeur autorisé par l'articulation » (Bourhis Courraud, 1999, p. 88).

C'est dans ce micro-jeu articulaire que *« s'élabore de façon invisible la forme du geste. Cette forme invisible est le support sensoriel de la représentation mentale du geste, et sera réutilisée au moment de la mise en action du geste »* (Ibid., p. 93).

D. Bois élaborera un modèle cohérent articulant les lois qu'il a déduites de ses observations du mouvement, *« la biomécanique sensorielle, qui représente la mise au point la plus mature du résultat [de ses] recherches dans le domaine de la thérapie articulaire : l'analyse des liens entre mouvement interne et mouvement gestuel »* (Ibid., p. 33).

En conclusion, on comprend comment l'approche par le mouvement sensoriel participe de la mise en jeu de la notion de globalité : ce parallèle que D. Bois découvre entre le mouvement sensoriel dans la matière, mouvement subjectif, et la gestuelle majeure objective, lui fait faire la jonction entre ces deux dimensions de mouvement, faisant l'union entre le vécu subjectif de la personne et son expression manifestée.

5. La globalité par la lenteur

La lenteur apparaît dans l'analyse comme la principale caractéristique de l'animation interne s'exprimant sous les mains du praticien. Le paramètre de la lenteur apparaît comme un facteur de globalité central dans la théorie de la fasciathérapie de même que dans sa construction.

5.1. La lenteur, un fil conducteur dans la méthode

Même si on ne trouve la lenteur citée qu'occasionnellement jusqu'en 1990 pour décrire une sensation de vécu du mouvement interne, on peut tout de même dire qu'elle en a été à l'origine : *« La première esquisse de la fasciathérapie est née avec le mouvement interne, et notamment la lenteur du mouvement interne. »* (Bois, 2008b, L91-94). On peut voir la lenteur comme un fil conducteur qui permet à D. Bois de mener sa méthode à maturité : *« Cette lenteur, je l'ai retrouvée tout au long de l'évolution de la méthode. »* (Ibid.).

Très rapidement, D. Bois avait défini la dynamique tissulaire selon quatre paramètres qui permettaient de spécifier chacun de ses mouvements : *« Le toucher élastique consiste à*

suivre ces voyages en respectant scrupuleusement quatre paramètres fondamentaux : l'orientation, la vitesse, l'amplitude, la cadence. » (Bois & Berger, 1990, pp. 93-95).

Parmi ces quatre paramètres constitutifs du mouvement, D. Bois soutient que la lenteur tient une place particulière, « *identique chez tout le monde. Ça veut dire que l'orientation, l'amplitude, la cadence étaient singulières, tandis que je retrouvais le même mouvement, la même vitesse chez tout le monde. (...) On avait affaire à un principe organique, une organisation commune à l'homme* » (Bois, 2008b, L95-98).

La lenteur sensorielle est en effet d'une remarquable stabilité, comme calée sur un rythme immuable dans le corps, permettant de faire deux mouvements d'aller et retour par minute : « *Quand je suivais la vitesse du mouvement lent qui va à son terme physiologique, je constatais que la vitesse était de deux fois par minute.* » (Ibid., L105-106). Alors que les autres paramètres sont variables, la lenteur sensorielle est constante.

Mais surtout, D. Bois fait remarquer que le critère de la lenteur semble être premier sur les autres paramètres : il est constitutif du mouvement, ce « *temps dynamique, dont le concept majeur est la lenteur (...) C'est la vitesse qui porte la force du mouvement. Les autres composantes sont tributaires de celle-ci. En travaillant la vitesse, on travaille le principe même de la dynamique* » (Ibid., L128-136). Ainsi, D. Bois peut poser que « *ce n'est pas la forme du mouvement qui détient le pouvoir de guérison, mais sa lenteur* » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 37-38). Pour dire le fondement que représente la lenteur dans cette approche, il serait possible de le résumer à l'extrême ainsi : pas de lenteur, pas de mouvement.

Si la lenteur tient une place particulière au regard du concept de la globalité développé par D. Bois, c'est d'une part parce qu'elle y est commune à toute personne, telle un principe d'organisation propre à l'homme, ensuite parce qu'elle est constitutive du mouvement sensoriel qui détermine lui-même la notion de matière indifférenciée.

5.2. Lenteur d'animation et globalité

Si l'analyse des données montrait que la lenteur est le paramètre premier du mouvement, celui qui permet de dire qu'une structure est animée d'un mouvement interne, on voit aussi le lien entre lenteur et globalité par le fait que c'est la lenteur qui anime l'ensemble des parties anatomiques du corps : « *Il s'agit d'un mouvement interne qui concerne toutes les parties du corps. Avec la particularité que toutes les couches du corps ont une circulation d'une même lenteur.* » (Bois, 2008b, L721-723). Une unité corporelle se trouve constituée

parce que la lenteur sensorielle unique parcourt dans le même temps l'ensemble des tissus de toutes les régions du corps.

Plus encore, lors d'un travail gestuel, la lenteur offre la possibilité d'une « *assistance proprioceptive du départ à la fin du geste, qui permet au thérapeute et au patient de réajuster sa posture en temps réel* » (Bois, 2008b, L956-957). On peut ainsi solliciter une région qui ne participerait pas à la mobilité générale et harmoniser différentes parties de son corps sur le critère de la lenteur. Elle permet d'inviter la personne à « *moduler la volonté dans le geste* » (*Ibid.*, L977) et à « *suivre elle-même l'évolution de son geste, et peut même décrire son geste, comme s'il y avait une pensée kinesthésique* » (*Ibid.*, L974-975).

Fil conducteur dans le développement de la fasciathérapie, la lenteur est considérée comme le paramètre constitutif du mouvement sensoriel et participe à définir la notion de matière : c'est la même lenteur qu'on peut retrouver de manière indifférenciée quelque soit la personne, la région ou la partie du corps envisagé.

6. La globalité par le linéaire

Dans les écrits étudiés, apparaît un autre paramètre qui constitue également une spécificité de la fasciathérapie : la composante linéaire du mouvement se déploie tant au niveau de la dynamique tissulaire qu'à celui de la dynamique gestuelle. Apparue parmi les détails constitutifs du geste étudiés par D. Bois, on voit la composante de linéarité offrir en fasciathérapie des perspectives tant d'organisation structurale du geste avec l'articulation fondamentale de base, que de participation attentionnelle de la personne à son geste, avec la fonction sensorielle du linéaire, son rôle sur la coordination ou encore le gain de présence qu'il offre dans la gestuelle.

6.1. L'articulation fondamentale de base

D. Bois mit en évidence la portée jusque là insoupçonnée d'une observation qui aurait pu rester anodine : « *Le corps associe naturellement un mouvement linéaire antérieur à une extension de la colonne vertébrale et un mouvement linéaire postérieur à une flexion de la colonne vertébrale.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 64). C'est un phénomène d'équilibration naturel, utilisé quotidiennement de manière inconsciente dans la gestion de notre posture, « *le mouvement linéaire étant le parent pauvre du mouvement circulaire* » (*Ibid.*, p. 66).

De cette observation – « *tout équilibre résulte toujours de la combinaison entre un mouvement circulaire et un mouvement linéaire en sens opposé* » (*Ibid.*, p. 64), D. Bois fit une règle qu'il généralisa au fonctionnement de toute articulation et à tout mouvement sous le nom d'*articulation fondamentale de base*, ce qui traduit la systématisation de l'observation et son importance dans la physiologie du mouvement gestuel.

Surtout, il mit en évidence l'effort que pouvait demander cette performance d'un genre nouveau : synchroniser le mouvement linéaire et le mouvement circulaire « *paraît simple, mais il n'en est rien : poser sa conscience sur deux mouvements à la fois demande un grand entraînement* » (*Ibid.*, p. 67).

On voit ainsi que ce concept d'*articulation fondamentale de base* pose une règle commune à toute articulation et à tout mouvement, et participe donc du point de vue globaliste pour l'approche du mouvement gestuel.

6.2. La fonction sensorielle du linéaire

Dans ses écrits, D. Bois attribue aux composantes linéaire et circulaire des responsabilités spécifiques dans la réalisation d'un « *mouvement majeur, à qui l'on connaît deux fonctions, l'une motrice et l'autre sensorielle, le mouvement circulaire représente et assure la part motrice, tandis que le mouvement linéaire est garant de la part sensorielle* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66).

D. Bois introduit alors le terme de *rééducation sensorielle* pour évoquer la capacité à l'éducation que semble présenter la sensorialité. Rétablir une certaine qualité de fluidité et d'harmonie consciente dans le geste peut exiger un entraînement. Outre sur la lenteur sensorielle, cette rééducation s'appuie en grande partie sur la restauration de la perception de la composante linéaire dans le geste : « *L'absence de perception du mouvement linéaire vide le geste de tout sens. Sans lui, la gestuelle s'appauvrit et s'isole de tout.* » (*Ibid.*, p. 65). C'est donc avec la composante linéaire que la personne retrouve une qualité de son rapport à son geste.

L'attention soutenue aux différents paramètres d'un mouvement au cours de sa réalisation n'est pas chose facile, et D. Bois remarque que « *en dehors de la conscience du mouvement linéaire, l'attention de l'élève "perd pied" dès qu'un trop grand nombre d'articulations s'anime en même temps* » (*Ibid.*). Outre l'aspect qualitatif qu'apporte le

linéaire au mouvement, c'est aussi une qualité de l'attention qu'il autorise, permettant d'englober un plus grand nombre d'éléments qui s'animent dans la gestuelle.

D. Bois assure que si l'introduction de la linéarité transforme ainsi le geste, c'est « *parce que le mouvement linéaire n'est pas conditionné parce qu'il n'a jamais été mis en conscience* » (Bois, 2008b, L996-1000) et si l'on veut améliorer les conditions de la gestuelle, « *si on veut déconditionner le geste, il faut faire appel au mouvement linéaire* » (Ibid., L996-1000).

En conclusion, la présence de la composante linéaire du geste dans la conscience de la personne participe de la construction de la globalité. En effet, elle est donnée comme améliorant les conditions de l'attention et la qualité du suivi et du ressenti du mouvement et évite les perturbations qui pourraient résulter du nombre important d'articulations mises en jeu.

6.3. *Apport du linéaire à la coordination*

D. Bois pose que la perception de la résultante de linéarité autorise d'abord le suivi des détails en restant au contact de la globalité en mouvement, donnant accès de manière contemporaine à la gestuelle de l'ensemble du corps et à l'animation des nombreuses articulations qui participent à la constituer : « *Quand le mouvement linéaire est conscient, la circularité s'intègre totalement dans la globalité du corps, la perception est à son maximum et la moindre animation articulaire est aussitôt repérée sans pour autant rompre la présence à la globalité articulée.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65).

La perception du linéaire permet ensuite l'intégration de la dynamique de chaque segment dans un fonctionnement coordonné et harmonisé au tout : « *Le mouvement linéaire, que j'appelle mouvement de base, transmet à l'ensemble du corps une intention de direction. C'est un système qui assure une coordination segmentaire au sein d'un ensemble en mouvement, et il est garant du lien de globalité entre les différents segments.* » (Ibid., p. 66).

Au final, on voit bien comment le linéaire est pour D. Bois la condition de base qui permet le cumul des détails animés et leur intégration harmonieuse dans une globalité en mouvement.

6.4. *Gain de présence dans la globalité, avec le linéaire*

De l'analyse catégorielle, il ressort que le vécu du mouvement se modifie au contact de la donnée conscientisée de la linéarité : « *Dès lors que la personne se met en mouvement en prenant conscience de la présence de la composante linéaire dans le geste, la personne entrait dans une expérience de globalité qui jusqu'alors ne lui était pas autorisée.* » (Bois, 2008b, L788-795).

Les difficultés rencontrées au début de cet apprentissage cèdent progressivement la place à de belles récompenses : « *Le geste est habité d'une sensation de bien-être, de globalité et de présence à soi jusqu'alors inconnue.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 67).

Il insiste sur la portée de ce travail pour la personne, son mouvement prenant alors du relief. Plus que son mouvement, c'est elle-même que le linéaire lui permet de percevoir d'une manière nouvelle : « *À chaque fois qu'une personne découvre un imperçu d'elle-même, elle découvre une partie d'elle-même nouvelle. Elle ne découvre pas simplement un mouvement, mais une partie inconsciente d'elle-même.* » (Bois, 2008b, L820-842). En lui permettant une nouvelle perception de son mouvement, c'est un accès à elle-même que le linéaire ouvre à la personne. On voit ainsi le mouvement linéaire devenir vecteur de présence : « *La personne, quand on l'entraîne dans son mouvement linéaire, fait l'expérience d'une présence à elle-même.* » (*Ibid.*, L803-805).

Par contraste, l'absence de composante linéaire dans le mouvement sensoriel vide celui-ci de toute présence : la perception du paramètre de linéarité dans son absence « *vide le geste de tout sens. Sans lui, la gestuelle s'appauvrit et s'isole de tout, chaque segment semble devenir "individualiste"* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65). Le défaut de perception du linéaire entraîne d'autres conséquences qu'une gestuelle qui manque de cohérence : « *Les gens sont dispersés dans leur corps et dans leur tête* » (Bois, 2008b, L793-796). « *Quand un micro-jeu articulaire cesse d'être animé par le mouvement sensoriel, la représentation mentale des gestes et l'acte moteur sont amputés d'une partie de leur support.* » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 89-90). Ainsi, c'est toute la manière d'être au monde et la manière d'être en action qui sont perturbées.

En conclusion, il est intéressant de remarquer comment la globalité se construit par l'étude détaillée des lois du mouvement sensoriel, en particulier avec cette coordination entre mouvement linéaire et mouvement circulaire. Ensuite, la prise en compte des effets perceptifs

potentiels associés à la linéarité a comme conséquence la mise en jeu de la personne elle-même dans le suivi et le ressenti de son mouvement gestuel. Ainsi, la linéarité crée les conditions d'une plus grande globalité, aussi bien dans la réalisation du geste lui-même que par la participation de la personne.

Après l'étude des différentes dimensions de la globalité du point de vue de la structure tissulaire et fasciale et du point de vue de l'organisation dynamique de l'animation interne, l'analyse catégorielle a mis en valeur un autre aspect de la globalité, la globalité comme adaptation aux contraintes et aux différents événements.

II. La globalité adaptative, les différentes atteintes et leurs relations

J'ai regroupé dans la catégorie *globalité adaptative* l'ensemble des verbatim traitant des mécanismes d'adaptation mis en avant en fasciathérapie et pouvant nous éclairer sur la question de la globalité dans notre approche. J'ai restreint leur nombre à ceux qui abordent la question essentiellement du point de vue de l'organisme, réservant ceux qui traitent des phénomènes d'adaptation concernant les versants psychologique, émotionnel et comportemental à la catégorie de l'unité somato-psychique.

L'analyse a organisé cette partie en catégories définies en fonction des systèmes anatomiques et fonctionnels impliqués dans les processus d'adaptation décrits : *atteinte des fascia* ; *atteinte du périoste et de l'os* ; *atteinte du sang et du système neurovégétatif*. Une dernière catégorie étudie plus particulièrement les modes de diffusion d'une atteinte à l'ensemble de l'organisme.

1. Atteinte des fascias

L'analyse articule les atteintes des fascias en trois catégories. Une première catégorie, *absorption*, révèle la participation des fascias à tous les processus d'adaptation physiologiques du corps et gardent la trace des adaptations passées. C'est leur élasticité qui leur permet d'absorber les contraintes, auxquelles ils répondent de manière active et organisée par leur crispation.

Une deuxième catégorie, *répartition*, permet de voir que l'organisation des fascias en réseau étendu partout dans le corps autorise une répartition des contraintes.

Une dernière catégorie, *perte d'élasticité*, explique aussi le principe de la pathologie globale, la crispation tissulaire devenant source de nouvelles contraintes.

Avant la description de ces catégories, l'analyse montre pourquoi le fascia joue ce rôle de globalité adaptative, phénomène que j'ai dénommé *fascia, carrefour sensible*.

1.1. *Le fascia, un carrefour sensible*

Le fascia est présenté comme un carrefour, notion que l'on retrouve développée à plusieurs titres : il est un carrefour réunissant le processus pathologique et le processus de guérison, et on le voit d'autre part être à la croisée des phénomènes énergétiques et tissulaires.

Le fascia est décrit comme étant mis à contribution dans tous les phénomènes d'adaptation.

Pour D. Bois, le fascia animé de la D.C.E doit être envisagé dans un double aspect, tant en relation avec la physiologie qu'avec la pathologie : « *Notre écoute [lui] confère une place d'élément-clé tant du processus pathologique que du processus de guérison.* » (Bois & Berger, 1990, p. 75). Il le présente comme étant en même temps un moyen par lequel peuvent s'effectuer les adaptations qui nous permettent de maintenir notre unité vivante, et le tissu qui porte la trace des efforts d'ajustement que notre corps a dû faire : il est « *à la fois le calendrier des stress inscrits dans le corps et l'interface entre les adaptations respectives de la conscience neurobiologique²¹ et de la conscience autonome²²* » (*Ibid.*, p. 84), permettant de conserver un lien cohérent entre deux modes différents de réponse aux sollicitations de l'organisme.

À la fois moyen d'adaptation et mémoire des adaptations passées, le fascia est donc impliqué dans tous les processus d'ajustement physiologiques du corps, tissulaires ou énergétiques.

²¹ « Conscience neurobiologique : conscience d'origine neurobiologique régissant les fonctions de survie. » (Bois, 1990, p. 159)

²² « Conscience 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 » (Bois, 1990, p. 159)

1.2. Absorption par les fascias

Un des éléments qui donnent au fascia son importance au regard de l'adaptation, c'est sa capacité d'absorption, autorisée par ses fibres élastiques : le tissu conjonctif « *absorbe les chocs, les stress, les micro-traumatismes physiques ou psychiques, par sa faculté de se laisser déformer et de retrouver spontanément sa position initiale lorsque cesse la cause de sa déformation* » (Bois & Berger, 1989, p. 50). Les tissus conjonctifs, « *si l'on tient compte de leur plasticité (faculté de conserver une déformation sans rupture)* » (Bois, 1984, p. 35), comptent ainsi « *parmi les régulateurs du stress, en répondant comme un ressort à toutes les agressions que subit le corps* » (Bois & Berger, 1989, p. 50).

Pour D. Bois, ce n'est pas seulement une réaction d'élasticité passive qui est en jeu, mais un processus actif plus complexe faisant appel à une forme d'ajustement organisé dont la neurobiologie alors connue ne peut encore totalement rendre compte : « *La dynamique vitale dans sa fonction réceptive capte instantanément chaque stress et génère immédiatement une réaction silencieuse (...), réaction physiologique d'accommodation réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales.* » (Bois & Berger, 1989, p. 45).

Élasticité et plasticité font du fascia l'élément central de l'absorption des contraintes, auxquelles il offre une réaction active et organisée sous la forme des crispations fasciales.

1.3. Répartition par les fascias

D. Bois insiste sur la fonction d'absorption du fascia et explique sa performance, que ce soit face à un stressor de grande intensité ou à la durée prolongée d'un stress continu, par l'omniprésence de ce tissu dans l'organisme, constituant un immense réseau « *étendu sans discontinuité de la tête aux pieds et de la profondeur à la périphérie* » (Bois & Berger, 1989, pp. 49-50), et « *permettant ainsi la répartition et l'harmonisation de toutes les tensions* » (Bois & Berger, 1990, p. 35).

La charge est ainsi répartie par le fascia qui « *organise une "chaîne de solidarité" dans tout le corps* » (Bois & Berger, 1989, pp. 49-50) : « *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.* » (Bois, 1984, p. 35).

Pour D. Bois, c'est toute la globalité du corps qui participe à la physiologie de l'absorption des chocs, phénomène qu'il retrouve dans la clinique : « *Cette particularité*

permet de comprendre le mécanisme de la pathologie "globale". » (Bois & Berger, 1989, pp. 49-50).

La réaction du fascia s'étend à tout l'organisme, ce qui a pour effet de répartir la charge de la contrainte à absorber, mais également de diffuser l'information.

1.4. Perte d'élasticité du fascia et apparition de fixités tissulaires

Nous avons déjà vu l'élasticité du fascia être au cœur des phénomènes d'absorption et de répartition dans les processus d'adaptation. D. Bois la voit également comme pouvant être « *le reflet de la mauvaise intégration des événements, qui crée une fixité et une empreinte stockée dans les tissus* » (Bois & Berger, 1989, p. 50). Il nous alerte sur le versant pathologique de l'élasticité : « *La propriété élastique du fascia est concernée dans toutes les pathologies (...) elle se pose en effet à la fois en tant que victime (...) et en fauteur de troubles.* » (Bois & Berger, 1990, p. 95).

La perte d'élasticité du fascia se fait ressentir par des changements de structure, « *sous forme de densification, fibrose, adhérence, contracture, stase, nodule et douleur* » (Bois, 1984, p. 186). Ces changements structuraux que le fasciathérapeute perçoit sous la main comme « *augmentation de la viscosité et transformation en fibrose et densification* » (*Ibid.*) perturbent l'activité rythmique du fascia, et le praticien sait que « *chaque fois qu'une crispation apparaît, la rythmicité cadencée du fascia diminue* » (Bois & Berger, 1989, p. 56).

Les écrits de D. Bois indiquent comment l'élasticité participe à maintenir une lésion et à la propager. Une trop forte sollicitation, une contrainte trop longtemps maintenue, une mauvaise adaptation, et « *l'élasticité diminue alors, entraînant une chute de la capacité d'adaptation au stress* » (*Ibid.*, p. 50).

Outre cette défaillance de la fonction d'absorption du fascia liée à la perturbation de sa dynamique contractile élastique, sa répartition anatomique permet à D. Bois d'expliquer « *la facilité avec laquelle les troubles observés diffusent : l'omniprésence du fascia dans l'organisme justifie bien ici la notion de pathologie globale* » (Bois & Berger, 1990, p. 68). D. Bois souligne le rôle du principe de répartition dans son versant pathologique sous forme de chaîne lésionnelle : le fascia, « *en réagissant spontanément à un choc par une crispation autonome* » (*Ibid.*, p. 95) grâce à son élasticité active, devient source de nouvelles contraintes « *puisque la crispation entretient les freins mécaniques ou énergétiques* » (*Ibid.*).

En conclusion, les extraits présentés montrent que cette altération des propriétés tissulaires influe sur les fonctions du fascia : la répartition et l'absorption sont de moins bonne qualité, diminuant ainsi sa rythmicité et la capacité d'adaptation au stress de tout l'organisme. Le fascia devient ainsi, par le biais de sa crispation autonome, source de nouvelles contraintes. Ainsi, on voit en quelque sorte en négatif le lien entre propriété du fascia et globalité : une atteinte du fascia a un impact dans la globalité du corps.

2. Atteinte du périoste et de l'os

L'os et son enveloppe périostée comptent au nombre des éléments corporels constitués en tissu conjonctif, et font donc partie de l'appellation *fascia* au sens élargi proposé par D. Bois. La continuité fonctionnelle qui réunit ces trois éléments, fascia périoste et os, au regard des phénomènes d'adaptation, permet de mieux comprendre ce regroupement original de tissus anatomiquement distincts avancé en fasciathérapie.

Le périoste intervient dans le processus d'adaptation, de même que dans le processus pathologique : sa situation anatomique, entre le fascia et l'os, le place mécaniquement en position de faire « *tampon* » entre l'os et le fascia » (Bois & Berger, 1989, p. 54). En particulier quand le fascia est crispé en réaction à un choc, il advient que « *le périoste fixe la lésion par sa fonction d'amarrage de tous les fascias* » (Bois & Berger, 1990, p. 69). Alors que la crispation du fascia peut se résorber spontanément, « *le périoste, lui, maintient durablement et fixe la lésion par un arrêt brutal de sa mouvance au niveau des points d'ancrage des fascias* » (*Ibid.*, p. 104).

Outre les rôles qu'on leur connaît dans la vie du corps organique, la fasciathérapie confère à ces trois tissus des fonctions particulières en relation avec une dimension plus complète de la personne : « *L'os est directement sous l'influence du mental, le fascia est directement sous l'influence de l'émotion et le périoste agit en diplomate entre les deux.* » (Bois & Berger, 1989, p. 55), ce que nous retrouverons dans la partie thérapeutique, avec des touchers différents selon les structures envisagées par le praticien.

Ainsi l'os a sa vie propre – de même que toutes les structures du corps, il est le lieu d'une animation inhérente – et on le découvre capable de modifier lui aussi sa consistance de manière réactive et pathologique : « *Le toucher de l'os permet également de découvrir les*

zones de cristallisation, sorte d'inertie chronique de la dynamique vitale traduisant une surdité totale à l'appel de la vraie nature individuelle. » (Ibid., p. 54).

On découvre la richesse que D. Bois confère au jeu de l'adaptation à laquelle participent un os capable de se densifier, un fascia omniprésent qui absorbe les chocs et répartit les tensions aussi bien dans l'étendue que vers la profondeur, et un périoste intermédiaire qui fixe ces tensions durablement par ses propres immobilités.

3. Atteinte du sang et du système neurovégétatif

Le sang est un tissu liquide circulant dans un réseau constitué en grande partie de tissu conjonctif, et cet ensemble est en étroite relation de dépendance avec le système neurovasculaire. Ses adaptations les mieux connues se traduisent par des jeux de pressions et de débits qui ont leur influence sur la qualité des échanges liquidiens déjà vus.

L'analyse met en valeur le regroupement de ces atteintes, d'abord sous la forme d'une contrainte mécanique, puis sous la forme d'une réaction directe aux chocs et le fait que le système neurovégétatif est toujours impliqué de manière associée à ces atteintes.

3.1. Contrainte mécanique

Une première atteinte du système vasculaire (en dehors de toute considération chronologique) se fait mécaniquement, sous l'effet de l'état de tension des fascias : « *Certains fascias, par crispation autonome, peuvent également devenir des zones critiques exerçant une contrainte mécanique sur les vaisseaux, quel que soit leur calibre. »* (Bois & Berger, 1990, p. 127). Très tôt, D. Bois avait insisté sur ces observations qui montraient « *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 »* (Bois, 1984, p. 119). Il avait aussitôt prolongé cette information anatomique par sa conséquence physiopathologique, disant qu'en cas de « *distorsion aponévrotique et fasciale, (...) la conséquence majeure s'exprimera par un ralentissement du flux sanguin »* (Ibid., p. 231).

3.2. Réaction directe au chocs

Si l'on voit qu'une « *pathologie myofasciale provoque (...) aussi et surtout une incidence néfaste sur le système vasculaire* » (Bois, 1984, p. 50), ce système vasculaire nous est montré par ailleurs comme étant lui-même réactif à différents types de sollicitations : « *Toutes variations mécaniques, thermiques, chimiques, électriques, créent une réaction vaso-motrice.* » (Bois, 1985, p. 73). En plus des contraintes mécaniques qu'il reçoit du conjonctif, le système vasculaire est donc directement soumis aux chocs, quels qu'ils soient, et réagit en conséquence : « *Tout choc émotif ou traumatique crée également des réactions vaso-motrices* » (Ibid.) ; « *La réaction vaso-motrice émotive se fait en général dans le sens de la vaso-constriction*²³ (...) *il importe de constater que selon la qualité de l'émotion, la répartition du sang dans l'organisme peut être modifiée.* » (Ibid., p. 61).

Nous avons vu précédemment comment D. Bois considérait les manifestations subtiles liées au sang qui « *transporte la conscience de la dynamique vitale* » (Bois & Berger, 1989, p. 88). Nous découvrons dans ce chapitre la fonction de perception de la dynamique vitale dans son versant pathologique, avec la conscience du sang qui peut être atteinte en cas de choc : « *Le stress psycho-émotionnel peut se fixer sur l'énergie qui anime le sang.* » (Bois, 1984, p. 191). Parmi les conséquences, D. Bois note une déperdition de l'apport de la dynamique vitale véhiculée par le sang et donc une perte de la motilité inhérente cellulaire et tissulaire.

Ainsi, on voit que le sang joue un rôle important dans la globalité adaptative du corps. D. Bois considère donc le sang comme un vecteur de transmission de la force d'animation, distribué partout dans le corps. Soumis aux contraintes mécaniques du fascia, il offre également à chaque partie du corps la possibilité d'une réaction directe et autonome aux chocs émotifs que vit la personne.

3.3. Atteinte du système neuro-végétatif

Après avoir montré les atteintes des fascias et celle de l'énergie du sang en cas de stress psycho-émotionnel, D. Bois poursuit : « *Le troisième facteur pathologique [est] un déséquilibre du système neuro-végétatif.* » (Bois, 1984, p. 191).

²³ « Le terme vaso-motricité définit les réactions qui se font dans le sens de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation. Elles sont soit locales ou régionales et relèvent de l'automatisme périphérique, soit au contraire étendues ou généralisées et nécessitent par conséquent l'intervention de mécanismes centraux. (...) La présence dans la paroi des vaisseaux d'appareils sensitifs et de fibres myélinées témoigne de l'existence d'une sensibilité vasculaire génératrice de réflexes vaso-moteurs. » (Bois, 1985, p. 47)

La catégorie regroupant les verbatim traitant de la participation du système neurovégétatif aux processus d'adaptation est typique de la double entrée stress physique / stress psychique. Autant « *les systèmes neuro-végétatif et endocrinien peuvent être perturbés localement par un traumatisme physique quelconque entraînant des troubles mécaniques* » (Ibid., p. 200), autant « *le système neuro-végétatif peut être perturbé par un mal-être mental entraînant des troubles psycho-somatiques* » (Ibid.). Le système neurovégétatif illustre ainsi parfaitement la situation de l'organisme à la croisée des dimensions physique et psychique, ce que D. Bois résume ainsi : « *Dans tous les cas, la pathologie du système neurovégétatif 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.* » (Ibid., p. 196).

4. Diffusion de l'atteinte à l'ensemble de l'organisme et voie de résonance d'un choc

La notion de globalité, déjà très présente dans les chapitres précédents où l'on a vu que l'adaptation de l'organisme aux contraintes recrute différentes structures tissulaires, périostée, osseuse et sanguine, et les systèmes neurovégétatif et neurovasculaire, est plus particulièrement étudiée dans cette catégorie sous l'aspect du phénomène de la répartition et de la propagation de l'atteinte aux différentes composantes de la globalité.

D. Bois le pose d'emblée : « *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.* » (Bois, 1984, p. 35). Si la notion de douleur projetée est fréquemment associée dans le monde du soin à des effets du système nerveux, le principe de la globalisation de l'atteinte semble répondre à des raisons complémentaires dans les propos du fasciathérapeute : « *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.* » (Ibid., p. 231). Le rôle du fascia rythmé apparaît donc comme prépondérant dans le phénomène de la distribution de l'information lésionnelle, l'être humain étant « *une unité dynamique de fonction dont chaque partie est intégrée aux autres par cette membrane vivante qu'est le fascia* » (Bois, 1985, p. 38). La répartition déjà mentionnée du fascia dans le corps est un des éléments essentiels justifiant

pour le fasciathérapeute la pathologie globale qui « *se caractérise par la facilité avec laquelle les troubles observés diffusent : l'omniprésence du fascia dans l'organisme justifie bien ici la notion de pathologie globale* » (Bois & Berger, 1990, p. 68).

L'intimité des rapports anatomiques entre fascia et voies de circulation sanguine ou voies de conduction nerveuse, ensuite, explique la propagation de la pathologie constatée en clinique : « *Un traumatisme s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme.* » (Bois, 2006, p. 172).

La rythmicité de tous ces éléments corporels organisée de manière cohérente, D. Bois met en lumière l'impact de tout obstacle à la libre circulation de leur principe d'animation, quelle que soit la nature du frein : « *Quand la dynamique vitale rencontre un obstacle physique, psychique ou émotionnel, la conscience de la dynamique vitale transportée par le sang n'accède plus aux zones concernées.* » (Bois & Berger, 1989, p. 53).

D. Bois a élaboré un modèle qu'il nomme *voie de résonance d'un choc* pour rendre compte de ces interactions adaptatives des différents systèmes et structures de l'organisme face aux contraintes rencontrées : « *L'expérience de la thérapie manuelle alliée à un entraînement rigoureux de ma conscience m'a permis de progressivement découvrir comment un choc (physique ou psychique) peut entraîner à sa suite un ensemble de réactions en chaîne conduisant tôt ou tard à la maladie. (...) La voie de résonance d'un choc (...) emprunte sept étapes successives, parfois tellement rapidement qu'elles semblent contemporaines.* » (Bois & Berger, 1990, p. 65).

Les premières étapes de la voie de résonance d'un choc sont des événements adaptatifs la plupart du temps non conscients, relayés ensuite à des niveaux dont la traduction devient directement sensible dans la physiologie : « *La perturbation de la dynamique contractile élastique (D.C.E.) constitue le premier niveau de résonance physique, perceptible par la main. Elle entraîne les premiers troubles réellement tissulaires et apparaît bien comme étant l'interface entre la pathologie énergétique et la dégradation de la matière.* » (Ibid., p. 68). Avec les années, certaines étapes ont pu être renommées pour correspondre aux ajustements successifs du modèle : dans sa dernière formulation, « *la voie de résonance d'un choc comprend huit niveaux de réactions qu'il faudra évaluer manuellement un par un et libérer minutieusement : réactions neurovégétatives et neurovasculaires ; crispation des fascias ; perturbation du tonus ; tensions musculaires ; perturbations des rythmes tissulaires et*

physiologiques (respiration, pouls et mouvement interne) ; blocages articulaires ; désertion sensorielle ; état de mal-être » (Bois, 2006, p. 172).

Le modèle est conçu pour servir de base au le praticien qui aura à cœur de libérer « *de façon méthodique chaque niveau de la voie de résonance d'un choc. Alors la vie biologique du corps se réharmonise, (...) le mal-être disparaît* » (*Ibid.*, p. 173).

En conclusion, les phénomènes adaptatifs de l'organisme aux contraintes montrent le jeu de la globalité qui recrute de manière complémentaire différents systèmes et structures qui participent à expliquer l'absorption ou la propagation de l'atteinte.

5. Absorption des chocs tant physiques que psychiques dans les tissus

Finalement, après avoir rendu compte dans cette partie des aspects organiques de l'adaptation tels que rassemblés dans les écrits de D. Bois, l'analyse laisse transparaître l'importance des facteurs psychologiques auxquels le corps est soumis en tant que causes possibles des ajustements que doit réaliser l'organisme. D. Bois note en effet que « *le stress psycho-émotionnel se fixe électivement sur les fascias, engendrant progressivement des tensions myo-fasciales, pouvant même modifier le schéma corporel du patient* » (Bois, 1984, p. 191).

La sphère psychologique, quand elle ne constitue pas une cause initiale de trouble, intervient à tout le moins comme contexte exerçant une influence sur les processus d'adaptation engagés au sein de l'organisme : celui-ci doit faire face à des événements, et « *soit il s'agit de troubles venant d'un traumatisme physique, soit il s'agit d'un mal-être mental (...) avec comme résultat final une force vitale déficiente* » (*Ibid.*, p. 189).

Dès 1984, D. Bois insiste donc sur la nécessaire prise en compte de la composante psychologique dans l'abord du patient, ce qui dévoile l'extension de la notion de globalité à la dimension psychique. Cette dimension, qui apparaît pleinement à partir des années 2000, se dévoile dans l'analyse catégorielle et dans le récit qui suit.

III. La globalité comme unité somato-psychique

Jusque-là, l'analyse s'est consacrée à une approche de la globalité relativement classique dans le monde de la thérapie manuelle, c'est-à-dire la prise en compte du corps comme globalité. Mais notre analyse a fait ressortir une autre dimension de la globalité, la prise en compte du psychisme par l'approche manuelle.

Cette partie de l'analyse s'est conclue par la caractérisation de quatre catégories principales suivantes : *des termes propres à la psychologie utilisés pour le corps ; le constat du corps comme terrain d'expression du psychisme ; découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique ; la médiation avec le psychisme dans le toucher manuel.*

La catégorie des *termes propres à la psychologie utilisés pour le corps* recense des effets de juxtaposition lexicale du corps et du psychisme qui laissent supposer l'idée en fasciathérapie d'une interaction réelle entre ces deux dimensions de l'individu. La catégorie *constat du corps comme terrain d'expression du psychisme* regroupe les verbatim témoignant de l'incidence du psychisme sur le corps, que le thérapeute peut constater sous la main selon le dynamisme du mouvement interne. La catégorie *découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique* reprend le cheminement qui a permis la prise de conscience des effets sur le psychisme consécutifs à l'action du fasciathérapeute sur le corps, que ce soit, pour le patient, un simple changement d'état ou un changement de regard sur sa propre pensée. La catégorie *médiation avec le psychisme dans le toucher manuel* traite de la prise en compte intentionnelle du psychisme par le thérapeute lors de son geste manuel.

1. Des termes propres à la psychologie utilisés pour le corps

La présence de métaphores est un premier signe qui peut attirer l'attention du lecteur sur l'importance du lien entre corps et psychisme dans la vision du fasciathérapeute : l'utilisation d'un vocabulaire caractéristique de la psychologie dans les descriptions d'anatomie ou dans les chapitres sur la physiologie spécifique de la fasciathérapie sont propices au questionnement.

D. Bois défend par exemple l'idée que « *le fascia est véritablement "l'arbre généalogique du corps" et mérite la qualification de "langue du psychisme"* » (Bois, 1985, p. 34) pour dire comment le fasciathérapeute peut déceler les inscriptions émotionnelles au plus

profond de l'élasticité des fascias. Pour lui, la main peut en effet détecter « *un véritable chagrin du névraxe, une angoisse des tissus, une mélancolie des flux et reflux liquidiens, une dysharmonie des grands systèmes* » (Ibid., p. 60), ce qui montre bien que l'évaluation des éléments organiques corporels peut offrir une lecture non seulement physique des composantes de santé, mais bien une appréciation de la traduction charnelle de l'état psychique de la personne.

Le terme de *comportement articulaire*, également caractéristique de ce lien entre soma et psyché, a été « *choisi pour refléter notre façon très large d'envisager l'articulation, tant dans ses paramètres mécaniques que dans sa résonance psychologique* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 85) : lorsque le fasciathérapeute évalue les degrés de liberté d'une articulation, c'est de la capacité d'action et d'expression de la personne qu'il se préoccupe. Tout geste thérapeutique réalisé par le praticien porte ainsi en lui une part de bilan qui renseigne *in fine* sur la personne.

L'expression de « *dialogue tissulaire* » (Bois, 2006, p. 71) retient également l'attention en croisant les registres du corps et du psychisme, formule introduire par D. Bois pour dire l'attitude du fasciathérapeute quand il s'adresse à travers la qualité d'animation des fascias, à une part de la psychologie du patient.

La terminologie propre à la fasciathérapie utilisée dans ses différentes formes tout au long de l'histoire du développement de la méthode évoque bien l'idée d'un lien entre les sphères psychologique et somatique.

2. Le constat du corps comme terrain d'expression du psychisme

D. Bois relate des cas troublants de brusque changement d'état de santé sans qu'aucun agent n'ait pu être déterminé comme cause extérieure : « *J'ai vu des patients tomber gravement malades, en un temps record, après un événement trop violent ou mal assumé. J'en ai vu d'autres, considérés comme étant incurables, se rétablir de façon spectaculaire suite à un geste ou à une parole qui leur avait simplement rendu la confiance : ceux-là avaient redécouvert la Vie.* » (Bois & Berger, 1989, p. 17). Le lien psychosomatique est pointé autant comme élément pathogène que comme élément déclencheur d'un processus organique de guérison, il est décrit comme permanent et se faisant dans les deux sens : « *L'état du corps reflète l'état du psychisme et (...) l'état du psychisme reflète l'état du corps ; nous sommes en présence d'un seul système qui fonctionne de manière unifiée.* » (Bois, 2006, p. 72). Il paraît

donc difficile de traiter le corps sans l'englober dans une unité plus grande, comprenant aussi la part psychique de l'individu.

La vie psycho-émotionnelle du patient est ainsi prise en compte dans l'approche thérapeutique en fasciathérapie, dès ses premiers développements. Cela constitue la marque d'une originalité supplémentaire du type d'animation par rapport à l'ostéopathie, en cette période de différenciation, que D. Bois formule ainsi, avec du recul : « *À travers le mouvement interne, l'ostéopathie s'adresse à la vitalité qui s'exprime dans le corps du patient, mais de mon point de vue, comme j'essaierai de le défendre, elle ne prend pas suffisamment en compte la dimension psychologique de la personne, prégnante même dans le tissu.* » (Ibid., p. 34).

Très tôt, on trouve clairement énoncée la vision du corps comme un indicateur de la santé psychique. D. Bois entrevoit l'organisme comme la part palpable de l'individu sur laquelle les adaptations de sa vie émotionnelle s'inscrivent, que ce soit dans les tissus ou en relation avec les systèmes sanguin et neurovégétatif.

Le lien entre psychisme et corps est flagrant pour D. Bois dès 1984 puisqu'il défend que « *notre état de santé dépend de notre faculté à assumer nos réactions face à nos émotions* » (Bois, 1984, p. 191) et les références sont nombreuses à l'influence du psychisme sur l'état de santé corporelle dans ses manifestations tissulaires et osseuses rythmées. On y trouve notamment le fascia présenté comme le terrain sur lequel peuvent se lire, au cours du geste thérapeutique, les influences de la vie psychique de la personne : « *Le fascia est véritablement le squelette psychique de l'individu, imprimant en lui tous les stress physiques ou émotionnels qu'il subit. Tous se traduisent par des crispations durables du fascia, créant des zones plus ou moins denses qui entravent sa mobilité rythmique.* » (Bois & Berger, 1989, p. 85). L'état de mobilité tissulaire doit être abordé comme « *le reflet de toutes les empreintes émotionnelles et mentales* » (Bois & Berger, 1990, p. 90) et, par là, de l'équilibre psychologique de la personne, correspondance que D. Bois met en lumière : « *J'observais qu'il existait un lien réel entre le mouvement interne et l'état psychique de la personne : selon l'état psychique et affectif du moment, le mouvement interne était plus ou moins dynamique sous la main, parfois même, quand le trouble était particulièrement fort, le mouvement interne désertait carrément le tissu.* » (Bois, 2006, p. 36).

Tout comme une sur-sollicitation physique, un choc psychique ou un mal-être installé sont considérés comme pouvant occasionner des perturbations dont on trouvera les traces au

niveau des tissus et de leur mobilité : « *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.* » (Bois, 1984, p. 196).

Pour D. Bois, l'influence du psychisme se fait de plus sentir dans la manière dont la personne autorise ou non les adaptations que le corps doit réaliser : « *Cette réaction physiologique d'accommodation, réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales, se résorbe spontanément si l'homme neurologique ne la fixe pas par les pensées mentalisées.* » (Bois & Berger, 1989, p. 45). Sans constituer l'origine du choc, une fixité psychique pourrait donc influencer de manière pathologique les phénomènes d'adaptation en cours.

D. Bois considère qu'une pathologie, qui « *est le résultat d'un point de fixité qui par définition traduit un point qui perd son caractère de réversibilité spontanée* » (Bois, 1985, pp. 60-61) peut aussi trouver son origine dans une fixité mentale : « *Cela peut aussi traduire en termes psychiques avoir une "idée fixe".* » (Ibid.).

Au sein de l'unité physiologique déjà entrevue constituée par le fascia, le périoste et l'os, D. Bois a par ailleurs précisé des affinités de certains types tissulaires avec certaines composantes de la psychologie, en disant que « *l'os est directement sous l'influence du mental, le fascia est directement sous l'influence de l'émotion et le périoste agit en diplomate entre les deux* » (Bois & Berger, 1989, p. 55).

Mais c'est dans les réactions neurovégétatives et vasculaires que la vie émotionnelle semble trouver son écho le plus probant, selon le point de vue de la fasciathérapie : « *Tout choc émotif ou traumatique cause un ébranlement du système nerveux végétatif qui se traduit par des phénomènes vaso-moteurs. Ainsi la réaction vaso-motrice émotive se fait en général dans le sens de la vaso-constriction.* » (Bois, 1985, p. 61).

D. Bois s'appuie sur les constats que sa pratique l'amènent à faire de manière répétée, sur les liens entre émotion et sang : « *L'expérience thérapeutique démontre combien le champ psycho-émotionnel influence l'énergie qui anime le sang.* » (Bois, 1984, p. 134). Dans la dynamique de régulation sous l'effet des traitements, apparaît également comme en reflet la correspondance entre sang et émotion : « *Une libération liquidienne accompagne toujours un lâcher-prise émotionnel.* » (Bois & Berger, 1989, p. 88).

De manière complémentaire, le système neurovégétatif est pointé comme prioritairement sensible aux désordres de la sphère psycho-émotionnelle, « *directement influencé par les "désaccords psychiques" et indirectement influencé par tout phénomène*

irritatif organique et fonctionnel » (Bois, 1984, p. 196), même si on le trouve associé à tous les tableaux pathologiques.

Ce qu'on appelle somatisation dans le langage courant pour dire l'impact que l'on confère au psychisme sur le corps relève finalement d'un processus d'adaptation physiologique permanent qui a perdu sa capacité de réversibilité, et ne serait pour le fasciathérapeute « *pas autre chose que l'expression individuelle d'une fixation pathologique à un niveau donné de la voie de résonance d'un choc* » (Bois, 2006, p. 173). Tout traumatisme, quelle qu'en soit sa nature, « *s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme* » (*Ibid.*, p. 172) et chaque personne développe préférentiellement tels ou tels signes cliniques, « *ces tendances individuelles dessinent ainsi, à travers ces symptômes, des sortes d'identités pathologiques* » (*Ibid.*, p. 173).

3. Découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique

Si la découverte du lien entre corps et psyché a eu lieu de manière empirique et expérientielle à l'occasion des traitements, les extraits sélectionnés montrent l'importance des témoignages des patients, livrant quantité de détails et précisant les impacts psychologiques de la mise en relation avec le mouvement interne.

Certaines manifestations au niveau du psychisme sont décrites comme contemporaines de certains gestes, le plus souvent concernant des restrictions vasculaires, et sont suffisamment significatives pour ne pas passer inaperçues : « *Objectivée par le patient, la libération de ces formes de densification (...) 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.* » (Bois, 1984, p. 135). La qualité du toucher développé en fasciathérapie, de manière plus générale, offre l'occasion d'évaluer l'impact du travail sur le psychisme : il « *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* » (Bois, 2008, p. 9).

Une autre forme de manifestation de la psychologie décrite au décours de traitements en fasciathérapie semble émerger dans certaines conditions de profondeur, où le patient se trouve éveillé à « *des sensations dépassant la simple libération physique : l'individu pourra lui-même capter la source de ses conflits* » (Bois & Berger, 1990, p. 90). Certains moments, le point d'appui en particulier, sont ainsi l'occasion pour lui de ressentir l'enjeu psychologique se manifester avec une remarquable intensité : il est mis « *face à lui-même de manière consciente ou inconsciente, mais toujours incontournable* » (Bois & Berger, 1989, p. 88) et peut être « *confronté à son désir profond d'affronter sa personnalité authentique et son désir profond de fuir* » (Bois, 1984, p. 172).

Pour D. Bois, le vécu corporel au cours de la séance retentit immédiatement sur l'état psychique du patient : la qualité du toucher est ici primordiale, quand la main « *concerne une globalité et une profondeur qui font que la personne se sent d'emblée écoutée et prise en compte dans tout ce qu'elle est* » (Bois, 2006, p. 105). Dans ces conditions de confiance, la personne est progressivement amenée au contact de son mouvement interne : alors « *la personne se reconnaît tout entière, et découvre comme un portrait d'elle-même dans son intériorité* » (*Ibid.*). Cette phase de reconnaissance active est un temps majeur de la mise en rapport de la sphère cognitive avec la sphère corporelle vécue : « *Le patient découvre avec étonnement des détails de lui-même inconnus jusqu'alors, qui sont autant de morceaux dispersés qui se rassemblent pour donner corps à son sentiment d'exister.* » (*Ibid.*).

Une autre nature de témoignages qui a été relevée concerne le rapport à la pensée en relation avec le vécu du mouvement interne. Soit que la mise en rapport avec cette animation interne ait des effets sur le rapport que la personne entretient avec son mode de pensée, « *“c'est comme si je portais un regard neuf sur mes pensées”, me disait-on régulièrement* » (*Ibid.*, p. 79), soit qu'elle constitue l'occasion de surgissements de contenus de pensée : « *Les contenus de vécus en lien avec le mouvement interne n'étaient pas seulement des perceptions du corps, mais étaient aussi porteurs de sens pour le sujet lui-même, porteurs d'un nouveau type de connaissance (...), [dénommée] immanente parce que celle-ci émerge d'une relation au mouvement interne, principe cinétique animant toute la matière du corps.* » (Bois & Austry, 2007, p. 7).

Nous atteignons là les limites fixées comme cadre de cette recherche, ne voulant pas empiéter sur le domaine de la somato-psychopédagogie, construit notamment autour du

modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive dans lequel les processus d'apprentissage s'appuient sur la mise en sens de contenus de vécus perceptifs. Restant dans notre espace de recherche, nous pouvons cependant retenir que « *le questionnement descriptif du vécu : "qu'est-ce que j'ai réellement ressenti ?" devenait un questionnement réflexif : "qu'ai-je appris de ce que j'ai ressenti ?"* Dans ce cas de figure, la personne ne se contentait pas de ressentir, elle percevait l'impact de sa perception sur sa manière de réfléchir. » (Bois, 2008, p. 13).

4. La médiation avec le psychisme dans le toucher manuel

Après avoir constaté que le corps peut donner à voir une traduction de l'état psychique de la personne, et qu'une action sur le corps peut avoir un retentissement psychique, cette catégorie étudie les extraits où le praticien traite le corps en tenant compte des imbrications entre les deux expressions physique et psychologique de l'individu : « *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.* » (Bois, 2006, p. 72).

Dès le début de sa pratique, D. Bois avait pris note de l'impact de son geste sur le psychisme de ses patients : « *"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 intime, 1980*), (...) *je constatais que la fasciathérapie avait une influence simultanée (...) sur les plans somatique et psychique.* » (Bois, 2008, p. 9).

Ce qui apparaissait, aux débuts de la fasciathérapie, comme un effet secondaire constaté à l'occasion des suites de séances, fût progressivement intégré dans l'enseignement pour être pris en compte de manière plus consciente et intentionnelle par le praticien. Du constat fréquent que « *lorsqu'une douleur cesse ou qu'une contraction disparaît, le patient sent remonter en lui des "vagues émotionnelles"* » (Bois, 1984, p. 192), l'on en vient à englober intentionnellement « *chaque zone travaillée (...) par la main et par la conscience du praticien dans un ensemble qui comprend toutes les compensations physiques, émotionnelles et mentales du patient* » (Bois & Berger, 1990, p. 142).

D. Bois affirme ainsi la posture du fasciathérapeute comme thérapeute du corps relié, thérapeute d'un corps non coupé de la vie psychique et émotionnelle, d'un corps participant à la globalité de la personne. En suscitant par la main les confidences du fascia, le praticien

accède en effet, « *outré aux paramètres purement physiques, à toutes les informations émanant du champ psycho-émotionnel de l'individu, à tous les freins émotionnels et mentaux qui s'opposent à la dynamique vitale* » (Ibid., p. 90), qui s'opposent à sa liberté de santé.

Non seulement l'état psychique présent de la personne était pris en considération, mais avec lui ses racines historiques : « *Notre toucher (...) fait participer la vie psychique de la personne (...) Ça veut dire que lorsqu'on touche le corps, (...) on touche à la temporalité de la personne, ses histoires, ses traumatismes.* » (Bois, 2008b, L749-756).

D. Bois avait déjà introduit ce qui faisait « *la spécificité de la fasciathérapie, le toucher relationnel ou le point d'appui consistant à réaliser un "contact" manuel qui déclençait chez la personne un fort sentiment d'implication* » (Bois, 2008, p. 9). Il développa dans le geste technique du point d'appui la capacité 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* » (Bois, 2006, p. 72). On voit qu'il avait montré assez tôt la complexité de cet instant du traitement, disant que « *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* » (Bois & Berger, 1989, p. 88). De manière plus générale c'est, en plus du point d'appui, pendant toute l'approche manuelle que le praticien prend en compte la sphère psychique de son patient : l'ensemble de « *l'entretien manuel décèle des voies de passage inédites au sein du corps qui influencent la pensée et l'action de la personne* » (Bois, 2006, p. 72).

Au final, l'action de la fasciathérapie sur le psychisme de la personne est décrite comme étant une propriété du mouvement interne : le mouvement sensoriel « *n'a pas seulement une action profonde sur les tissus, mais aussi sur la personne elle-même* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 59), « *il participe aussi à la régulation psychique de la personne* » (Bois, 2006, p. 36).

En conclusion, l'analyse montre bien la prégnance du principe d'un lien entre corps et psychisme en fasciathérapie, que le thérapeute constate les effets du psychisme sur l'animation interne au corps ou qu'il prenne en considération les effets possibles de son geste sur la psyché. Ce lien constitue un des éléments de la globalité dans l'approche du fasciathérapeute.

IV. La globalité dans la posture et la pratique du praticien

Après les premières approches de la globalité comme prise en compte de la globalité du corps et comme extension de la globalité dans le corps en tant que corps-psychisme, l'analyse fait connaître que le principe de globalité s'incarne aussi dans la posture et la pratique du praticien.

La première expression de ce principe de globalité est la conséquence de notre rubrique précédente, *globalité comme unité somato-psychique*, qui réclame que le praticien adopte *une posture centrée sur la personne*. La deuxième expression se retrouve dans l'*action et mode d'action du praticien*. La troisième expression se matérialise par les *qualités d'être et compétences du praticien*.

1. Une posture centrée sur la personne

L'analyse fait ressortir que le principe de globalité s'exprime, dans la posture du praticien, selon trois axes principaux. Une première catégorie met en relief la prise en compte par le praticien de la personne dans sa globalité, en tant qu'organisme dans son entier, et indissociable de la personne elle-même. Une seconde catégorie indique comment l'individualisation du traitement participe du principe de globalité, en faisant ressortir la nécessaire prise en compte de l'ensemble des détails qui font de la personne un individu. Une dernière catégorie s'est constituée d'un troisième aspect de la globalité, complémentaire du premier, avec la sollicitation de la participation de la personne à son processus de soin.

1.1. Prise en compte de l'organisme en entier et prise en charge de la personne dans sa totalité

La notion d'abord global du patient est incontournable dans les écrits, et s'exprime en premier lieu dans la contextualisation de toute région traitée comme faisant partie d'un tout : le praticien est mis en demeure de « *répondre à une lésion spécifique tout en agissant sur l'ensemble de l'organisme* » (Bois, 1984, p. 21), ce qu'il doit faire avec simplicité et précision, sans que la technicité ne lui fasse perdre l'humanité dans son geste : « *Quelques gestes simples et très précis apportés avec chaleur humaine ont suffi à régulariser un organisme entier et non comme on le voit trop souvent à l'heure actuelle, la prise en compte de la seule partie malade.* » (Bois, 1985, p. 40).

On voit l'humanité dans le soin s'exprimer dans le rapport établi avec le patient, lequel ne doit pas disparaître aux yeux du praticien sous prétexte de prendre en compte la pathologie qui motive la consultation : « *Je voudrais aussi revenir sur le plaisir qu'éprouve le thérapeute à écouter, à inspecter, à poser un bilan précis à traiter de ses propres mains un malade et non une maladie.* » (Bois, 1985, p. 40). C'est cette attitude que D. Bois encourage tout au long de la séance, tant dans la prise en charge verbale que dans l'approche manuelle : ne jamais s'adresser « *à un membre ou à une région donnée, pas plus qu'à une maladie particulière* » (Bois & Berger, 1990, p. 142). Chaque zone travaillée doit être « *englobée par la main et par la conscience du praticien dans un ensemble qui comprend toutes les compensations physiques, émotionnelles et mentales du patient, quel que soit l'endroit où elles se manifestent* » (*Ibid.*).

Ce sont ainsi plusieurs dimensions de la personne que le praticien doit prendre en considération de manière contemporaine, depuis ses symptômes les plus révélés jusqu'aux signes les plus fins de son équilibre de vie : « *Il ne s'agit plus de mettre en corrélation la maladie avec la présence de symptômes : il s'agit plutôt d'englober dans une même vision les symptômes de la survie, les symptômes de la vie, et le potentiel énergétique de la vie elle-même.* » (*Ibid.*, p. 85). Ainsi, lorsque le fasciathérapeute touche un corps, il « *ne touche pas seulement un organisme mais une personne dans sa totalité (...) avec ses peurs comme avec sa potentialité* » (Bois, 2006, p. 72).

1.2. Individualisation et personnalisation de l'approche

L'analyse met en lumière le mode personnalisé de l'approche manuelle en fasciathérapie, avec une prise en compte des singularités individuelles reconnues dans les caractéristiques du mouvement interne.

Le fasciathérapeute, s'il veut avoir par son geste un impact sur la maladie et toute l'histoire qui l'accompagne, « *doit impérativement interroger le fascia et son environnement (phénomènes liquidiens et énergétiques) pour susciter les confidences de la profondeur du corps* » (Bois & Berger, 1990, p. 84). Le tissu offrira alors à la main entraînée des indications particulières, des conditions d'accompagnement qui lui sont propres, que D. Bois regroupe sous l'appellation de *demande*, toujours singulière : « *La demande d'un corps est toujours individuelle, et se manifeste à chaque instant par des phénomènes énergétiques et tissulaires propres à chacun.* » (*Ibid.*, p. 26).

Les extraits décrivent ainsi un geste adapté à la singularité de celui qui le reçoit : « *Pas un traitement n'est commencé de la même manière ; jamais une même maladie n'est abordée d'une façon identique. Ce serait faire offense à l'entité unique qu'est l'homme qui nous confie son corps.* » (Bois, 1985, p. 32). Pour autant, il a su trouver les invariants qui constituent les grilles de lecture et les protocoles utilisés par le praticien : « *Nos critères d'évaluation sont puisés dans ce qui est commun à tous.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 24). La part individuelle est plutôt représentée par « *la conscience plus ou moins grande que le patient a de son mouvement majeur et interne : en effet, si tous les corps sont soumis aux mêmes lois de mouvement, tous les individus n'en ont pas la même perception* » (Ibid.).

Les extraits indiquent comment D. Bois parvient à considérer l'histoire de la personne : « *Quand j'entends la vie psychique, j'entends la dimension biographique du corps.* » (Bois, 2008b, L751), et propose au praticien de l'englober dans le geste technique qu'il dispense : « *Lorsqu'on touche le corps, on touche l'histoire de la personne (...) c'est réellement une sollicitation de la biographie de la personne (...) on touche à la temporalité de la personne, ses histoires, ses traumatismes.* » (Ibid., L752-756).

1.3. Sollicitation de la participation du patient

Enfin, il ressort de l'analyse que l'individualisation dans l'accompagnement de la personne a débouché naturellement sur la sollicitation du patient pendant la séance, ce qui montre une amplitude du concept de globalité qui se déploie encore.

Dans les premières années, le fasciathérapeute recherchait l'état de relâchement le plus grand pour son patient : « *Plus le sujet est détendu, moins les défenses réflexes empêchent la main du thérapeute d'aller dans la profondeur des fascias.* » (Bois, 1984, p. 140). La coopération recherchée n'empêchait pas le patient de se trouver « *dans un état de pré-endormissement ou d'endormissement total* » (Ibid.) et prenait essentiellement la forme d'une réponse organique qui appartenait bien au patient : « *La guérison est en effet toujours une affaire de lâcher-prise dont la responsabilité revient au patient.* » (Bois & Berger, 1989, p. 84).

Le praticien avait pour fonction d'être là en support de la force interne que le patient pouvait déployer à l'occasion du geste thérapeutique : « *Le praticien considère qu'il doit composer avec la force naturelle du patient et que sans elle, la solution n'est pas possible.* » (Bois, 2008b, L456-457). Ayant su éveiller et mobiliser cette force d'autorégulation interne

chez son patient, le praticien pouvait en accompagner les effets sous sa main à l'occasion du point d'appui, élément central de notre geste thérapeutique : « *La normalisation se fait “de l'intérieur”* » (Bois & Berger, 1990, p. 91) quand le fasciathérapeute a réussi à « *inviter la force interne du corps à s'exprimer et à libérer elle-même le problème.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 18).

La participation de la personne à son processus de traitement s'évaluait alors selon les composantes de la réaction au point d'appui. Il s'agissait par exemple de l'« *étendue [de la tension régénératrice exponentielle], selon la qualité du point d'appui mais aussi selon le degré de participation du patient à la guérison* » (Bois & Berger, 1990, pp. 109-111) et du « *délai d'apparition de cette tension [qui] était différent pour chaque personne. Chez certaines personnes, le délai d'apparition était long, il était court chez d'autres (...) ça me précisait que la personne participait* » (Bois, 2008b, L148-151).

Avec l'apparition du toucher psychotonique, le praticien a commencé à solliciter davantage son patient qui pouvait participer de manière plus consciente, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'unité somato-psychique, avec une contribution cognitive forte. Dans le processus de reconnaissance des différents contenus de vécu notamment, on retrouve « *une globalité qui apparaît dans la négociation entre une information et le traitement cognitif. (...) On ne fait pas simplement déclencher quelque chose, mais la personne doit réaliser un traitement de cette information* » (Ibid., L 748-758).

La fasciathérapie qui entraîne la mise en relation entre psychisme et perception conduit finalement la personne à faire une expérience d'elle-même : « *C'est autour de cette expérience que la personne est amenée à se comprendre, à se découvrir, à se reconnaître (...) vous savez que vous faites vivre une expérience et pas simplement un soin.* » (Ibid., L1293-1308).

2. Actions et modes d'action globalisants du praticien

La catégorie *action et mode d'action du praticien* recense les verbatim relatifs aux modes d'action du fasciathérapeute en rapport avec la globalité et j'ai articulé cette analyse en deux parties. On y voit en premier lieu comment le praticien fait appel à une globalité en sa propre personne pour pouvoir solliciter efficacement le mouvement interne de son patient. On découvre ensuite comment il sollicite la globalité de son patient, étant entendu que cette

distinction dans mon analyse n'induit pas l'idée de cette séparation temporelle entre ces deux parties.

2.1. Globalité recrutée chez le praticien

La globalité recrutée dans le corps du praticien n'est intervenue, comme l'indique la datation des extraits qu'à partir des années 1989 / 1990, pour parfaire un geste déjà établi et lui offrir davantage de globalité.

Déploiement de la présence du praticien par son engagement dans sa globalité corporelle

Cette catégorie regroupe les extraits illustrant la part du travail du praticien qui mobilise une globalité en lui-même. Elle établit que le fasciathérapeute veille, par sa propre globalité corporelle, à organiser une présence consciente : « *De même que la main, le corps du thérapeute doit lui aussi être habité par la conscience.* » (Bois & Berger, 1990, p. 87).

À travers les extraits rassemblés apparaît qu'il faut au thérapeute une grande solidité posturale pour acquérir cette mobilité ancrée : « *Tout le corps du thérapeute doit se mouvoir en harmonie synchrone avec cette vie tissulaire : quelle que soit sa position (assise ou debout), ses doigts, ses mains, ses poignets, ses coudes, ses épaules, son tronc, son bassin, ses membres inférieurs, doivent être solidaires les uns par rapport aux autres, et synchrones avec le mouvement profond du patient.* » (Ibid., pp. 87-89). Ainsi, on comprend que « *c'était le corps entier qui devait s'engager dans la main* » (Bois, 2008b, L276-277).

La description se poursuit, livrant à la fois la raison de cet engagement corporel total « *capable de donner au geste la puissance de pénétration en profondeur nécessaire* » (Bois & Berger, 1990, p. 89), et l'écueil majeur dans la recherche de cette nécessaire solidité en « *l'effort musculaire : celui-ci est fatigant et restreint l'impact du geste thérapeutique par la crispation physique du praticien* » (Ibid.).

Comme l'avait déjà remarqué D. Bois, la même solidité posturale est requise dans le temps statique du travail, le point d'appui durant lequel « *le corps du patient tentera de fuir dans les failles de stabilité tensionnelle (...) du thérapeute. C'est pourquoi lorsque la traction élastique est effectuée, le thérapeute ne doit présenter aucune faille dans son maintien postural.* » (Bois, 1985, p. 87). Alors que le praticien mobilise sa globalité, à la fois de posture

et de présence, au cours du point d'appui, les descriptions font état, chez le patient, d'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* » (Bois & Berger, 1990, pp. 108-109).

À cette fin, D. Bois a développé des protocoles pratiques pour aider le praticien à « *offrir à la main plus de corps* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 44), dont on trouve des illustrations dans ses ouvrages : il fallait « *“comblent les espaces” existant entre la main du thérapeute et sa propre conscience autonome* » (Bois & Berger, 1990, p. 89). Pour construire sa propre globalité, habiter par sa conscience l'ensemble de son corps, « *l'écoute intériorisée de soi est indispensable : la conscience se posera progressivement sur chaque partie du corps, et les intégrera toutes dans un ensemble solide et présent* » (Ibid., p. 87).

Ainsi, D. Bois encourage ses étudiants à faire davantage confiance aux informations qui viennent de leur propre corps plutôt qu'immédiatement sous leurs mains : « *Vous ne faites pas assez confiance à ce qui se passe avec le corps, votre seul référentiel est ce qui se passe sous la main. Donc là, je vais essayer de trouver un référentiel qui vienne de votre propre corps.* » (Bois, 2008b, L295-297).

Coordination intracorporelle chez le praticien

La catégorie de la coordination chez le praticien aborde un aspect technique et temporel du suivi du mouvement chez son patient : « *Si la main suit le tissu à une certaine vitesse, et que le coude et l'épaule avancent plus vite, la solidité posturale du thérapeute est rompue, et la puissance du geste est amoindrie.* » (Bois, 1990, pp. 87-89).

D. Bois explique : il faut au contraire « *que le mouvement de leur corps soit rigoureusement en adéquation avec le mouvement perçu sous la main* » (Bois, 2008b, L280-284), il faut « *suivre avec le corps, dans la même vitesse, dans la même orientation, mais aussi dans la même amplitude* » (Ibid., L289-291).

On retrouve dans cette catégorie l'importance chez le praticien du mouvement linéaire, qui « *assure une coordination segmentaire au sein d'un ensemble en mouvement, et il est garant du lien de globalité entre les différents segments* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66).

Coordination avec la vie tissulaire du patient

La coordination chez le praticien est complétée par la catégorie de la coordination du praticien avec la vie tissulaire du patient.

On y voit que le mouvement du corps du praticien doit être « *rigoureusement en adéquation avec le mouvement perçu sous la main* » (Bois, 2008b, L280-281), et suivre « *scrupuleusement cette rythmicité en respectant son orientation, son amplitude, sa vitesse, sa cadence* » (Bois & Berger, 1990, p. 89). Ainsi, « *tout le corps du thérapeute doit se mouvoir en harmonie synchrone avec cette vie tissulaire* », ce sont tous les segments du praticien qui « *doivent être solidaires les uns par rapport aux autres, et synchrones avec le mouvement profond du patient* » (*Ibid.*, pp. 87-89).

En conclusion, il résulte de cette catégorie de la globalité recrutée chez le praticien que pour garantir une présence efficace, le praticien doit veiller à s'engager de manière consciente dans la construction de sa propre globalité et défendre les conditions de sa coordination pour accompagner de manière synchrone le mouvement profond du patient.

2.2. Globalité anatomique recrutée chez le patient

Cette catégorie regroupe les extraits traitant de la globalité concernant le patient qui s'articulent autour du point d'appui. Elle met d'abord en lumière l'intention du praticien de s'appuyer sur la globalité du patient pour mieux mettre son corps en travail, et pointe ensuite une globalité qui se manifeste en réponse au point d'appui.

J'ai choisis de présenter les autres aspects de la globalité recrutée chez le patient, psychotonus et accordage somato-psychique, dans le chapitre suivant, avec les *outils et moyens d'actions en lien avec la globalité*.

Sollicitation d'une globalité anatomique dans le point d'appui

L'analyse met en avant une première façon de toucher la globalité de la personne. D. Bois insiste pour « *concerner tous les éléments anatomiques sous la main* » (Bois, 2008b, L241), de manière à normaliser « *les altérations osseuses, membraneuses, liquidiennes et énergétiques* » (Bois, 1984, p. 232) qui sont considérées comme interdépendantes. Ainsi, le fasciathérapeute concerne à la fois « *le derme, l'aponévrose, pour ce qui concerne l'articulaire, le muscle, le périoste et l'intérieur de l'os* » (Bois, 2008b, L117-118). L'accès à la profondeur anatomique du corps est rendu possible par le jeu des insertions indirectes du fascia principal, « *véritables invaginations aponévrotiques représentées par les cloisons*

intermusculaires » qui « *constituent une voie d'approche pour accéder au travail du fascia périosté* » (Bois, 1984, p. 40).

Mais on comprend aussi que le praticien cherche à concerner la globalité dans l'étendue par un travail spécifique de l'élasticité : « *le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum* » (Ibid., p. 177), de manière à obtenir « *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".* » (Bois, 1985, p. 33). L'objectif apparaît clairement dans les textes : par un travail de tractions et butées élastiques, le praticien cherche à « *"verrouiller" l'articulation dans son contexte général (chaînes anatomiques ou fonctionnelles)* » (Bois & Berger, 1990, p. 120) et à déclencher « *une action à la fois sur les zones de crispation dans la main et sur les points d'ancrage situés à distance* » (Ibid., p. 96).

La globalité en réponse au point d'appui

Cette catégorie fait ressortir un élément caractéristique de l'originalité de la fasciathérapie en l'émergence d'une globalité en réponse au point d'appui. Très tôt, D. Bois avait revendiqué pour la fasciathérapie une identité propre, « *justifiée pas une approche originale grâce à un "travail" particulier sur l'élasticité des tissus qui permet de déclencher une réaction interne de l'ensemble des fascias* » (Bois, 1985, p. 29).

« *En suscitant l'élasticité, une véritable action en chaîne de toute la toile fasciale se déclenche* » (Ibid., p. 33), qui « *englobe dans son travail une zone plus ou moins étendue* » (Bois & Berger, 1990, pp. 109-111).

D. Bois indique clairement que c'est dans la réaction organique au point d'appui que s'organise cette forme de globalité : « *le praticien sent apparaître sous ses mains la tension régénératrice exponentielle* » (Ibid., pp. 139-140) et progressivement, « *il assiste en direct à une diffusion de cette tension dans l'étendue du corps (contagion tonique)* » (Bois, 2008, p. 18). Ainsi, si « *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* » (Bois & Berger, 1990, p. 111).

Enfin, par la qualité de la réponse organique, le point d'appui donne accès à une nouvelle globalité vers la profondeur anatomique « *puisque'on y entend une tension régénératrice exponentielle qui a la capacité d'aller chercher, de faire travailler des zones qui ne sont pas disponibles sous la main* » (Bois, 2008b, L728-734).

2.3. Outils et moyens d'action en lien avec la globalité

Après avoir montré que la globalité mise en jeu par le praticien chez son patient se manifeste pour une grande part autour du geste central du point d'appui, dans son aspect de globalité d'étendue dans la structure corporelle, l'analyse met en lumière qu'un ensemble de touchers spécifiques contribuent à structurer au final un même geste. L'analyse pointe ensuite les apports du toucher psychotonique sur la globalité de l'organisation sollicitée et sur la prise en compte de l'unité somato-psychique, dimension de la personne qui sera ensuite fortement sollicitée dans l'accordage somato-psychique. Enfin, le praticien accompagne son patient dans les différentes phases de son traitement vers une rééducation visant à obtenir une mise en cohérence qualitative de sa gestuelle avec l'organisation de l'animation interne.

Des touchers spécifiques regroupés en un même geste

Les écrits étudiés dans cette catégorie indiquent que D. Bois a progressivement développé un ensemble de touchers spécifiques pour répondre aux ancrages pathologiques dans les différents niveaux anatomiques et physiologiques du corps : « *Pour obtenir une guérison complète, j'ai donc développé différents points d'appui manuels, chacun visant à déclencher un lâcher-prise correspondant : point d'appui tissulaire, point d'appui émotionnel, point d'appui liquidien, point d'appui mental, point d'appui à la dynamique vitale.* » (Bois & Berger, 1989, p. 85). Ces extraits nous apprennent que chacun de ces touchers a des effets particuliers : « *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.* » (Bois & Berger, 1989, p. 22).

On voit donc bien apparaître la volonté de concerner la globalité de l'organisme en dédiant des touchers spécifiques adaptés à chacune de ses structures et fonctions.

Il apparaît en outre que ces différents touchers peuvent être combinés pour participer d'un même geste : le fasciathérapeute peut par exemple agir « *dans un même temps directement sur l'os lui-même et sur la distorsion aponévrotique* » (Bois, 1984, p. 209), de même que « *un ou plusieurs doigts de chaque main [peuvent être] délégués à la libération de la mouvance périostée. Ainsi le geste englobe toujours dans sa tentative de normalisation le fascia et le périoste* » (Bois & Berger, 1990, p. 104). C'est donc, plus qu'en une succession de gestes spécifiques, au cours d'un même geste que le fasciathérapeute s'adresse de manière

contemporaine aux différentes structures. Les écrits étudiés posent que « *le geste thérapeutique parfait est censé englober dans le même temps les points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien* » (Bois & Berger, 1989, p. 88).

Les extraits dévoilent en outre un autre niveau de globalité que le fasciathérapeute réalise dans son toucher, réunissant dans le même geste la donnée objective et la donnée subjective vécue d'un même déplacement, deux distances bien différentes : il lui faut « *maintenir deux intentions précises : l'une (le pousser) qui prend en charge le déplacement objectif, l'autre (le glisser) le déplacement subjectif. (...) La lenteur du voyage permet d'unifier dans une même sensation les paramètres subjectifs et objectifs du déplacement.* » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 29-31).

Le toucher unifiant du psychotonus

L'analyse révèle une évolution de la prise en compte du patient dans le geste thérapeutique, depuis l'émancipation de l'ostéopathie jusqu'à nos jours : « *Avec l'ostéopathie, je soignais un organisme. Avec la fasciathérapie, je concernais la personne dans sa totalité somato-psychique.* » (Bois, 2008, p. 9).

Ainsi, on découvre ce qui a fait « *la spécificité de la fasciathérapie, le toucher relationnel ou le point d'appui consistant à réaliser un "contact" manuel qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication* » (Ibid.), une évolution du « *toucher manuel déjà en place mais, cette fois-ci, orienté vers l'architecture tonique de la personne* » (Ibid., p. 12).

Avec le toucher du psychotonus, le praticien ne sollicite pas seulement une réponse organique, mais s'adresse au vivant qui s'organise de manière dynamique en un ensemble dans le corps : « *Le psychotonus n'est pas seulement une réponse tonique, c'est le moteur de la rythmicité de l'ensemble de l'édifice du corps. Quand le psychotonus est défaillant, cette rythmicité est défaillante. (...) Ce n'est plus une organisation organique du système, c'est une organisation du vivant dans le corps de la personne.* » (Bois, 2010, L142-153).

D. Bois pointe l'importance de cette tonicité en tant que lieu d'unité pour la personne : « *L'interface entre psychisme et corps, entre corps et émotionnel, ça se fait au niveau du psychotonus. Soit on a du psychotonus et on surmonte l'événement, soit le tonus est déficient et on n'a pas de force de résilience psychique.* » (Bois, 2010, L188-191). Avec le développement de ce nouveau toucher, le praticien spécifie dans son geste un abord unifiant pour son patient : « *Dans le psychotonus, (...) notre geste thérapeutique concerne à la fois le corps et la vie psychique de la personne.* » (Bois, 2008b, L 742-747).

Le toucher du psychotonus ouvre à la possibilité d'accompagner la personne dans un accordage entre deux parties d'elle-même, son corps et son psychisme.

Accordage somato-psychique

La catégorie du toucher du psychotonus posait que « *cette modulation tonique était le lieu d'unification du psychisme et du corps* », ce qui se prolonge dans l'action thérapeutique par une sollicitation « *chez la personne des ressources attentionnelles d'un autre ordre. La mobilisation attentionnelle convoquée par le psycho-tonus permettait à la personne de déployer une activité d'auto-observation sur une modalité sensible.* » (Bois, 2008, p. 12). Avec l'avènement du toucher psychotonique, le praticien enrichissait son geste d'une nouvelle intention pédagogique « *par laquelle [il] rétablissait un dialogue entre le psychisme et le corps. Dès lors, je ne traitais plus le corps sans solliciter l'esprit, ni l'esprit sans solliciter le corps.* » (Bois, 2008, p. 12). Le praticien sollicite la participation du patient à son maximum : « *On ne fait pas simplement déclencher quelque chose, mais la personne doit réaliser un traitement de cette information.* » (Bois, 2008b, L 756-758). En apprenant à la personne à « *écouter son corps et sa pensée à travers ses modifications toniques* » (Bois, 2008, p. 12), l'objectif proposé participe d'une globalité en installant chez elle « *un profond sentiment d'unification entre toutes ses parties* » (Bois, 2006, p. 103) et même « *non seulement entre les différentes parties de son corps, mais aussi et surtout entre les différentes parties de son être : intention et action, attention et intention, perception et corps, pensée et vécu...* » (Bois, 2007, p. 77).

Avec l'accordage somato-psychique, qui procède d'un principe de globalité, le fasciathérapeute devient accompagnateur d'un processus de renouvellement qui trouve une expression dans l'ensemble de la vie de la personne : D. Bois « *propose cette vision du Moi renouvelé : il s'agit d'un moi qui se construit sur la base de rapports éprouvés et conscientisés que la personne entretient avec son corps, avec ses actions et avec autrui* » (Bois, 2006, p. 43).

Sollicitation d'une globalité du mouvement

Nos abordons avec cette catégorie le regard posé par le praticien sur le mouvement interne des structures tissulaires qu'il traite, en relation avec les mouvements majeurs et la gestuelle visible : le fasciathérapeute est capable, « *grâce à son écoute manuelle, d'apprécier la cohérence du comportement de chaque structure anatomique par rapport à la dynamique*

gestuelle d'ensemble » (Bourhis Courraud, 1999, p. 23). C'est la *biomécanique sensorielle* qui définit le modèle de cohérence des comportements tissulaires et articulaires, en concordance avec la gestuelle majeure : on trouve dans les écrits étudiés des mentions de l'existence de « *schèmes associatifs de mouvement, autrement dit des chaînes d'affinité de mouvements entre eux qui n'autorisent pas de mauvaises associations. (...) Ainsi chaque catégorie de mouvement ne peut se faire sans son cortège de compagnons.* » (Bois, 2001b, p. 90). L'analyse indique que, sur la base des paramètres de mouvement interne qu'il perçoit sous la main, le praticien effectue, grâce à sa connaissance de ces familles de mouvements cohérents, une lecture en termes de gestuelle de la globalité du corps : « *Je peux savoir où va aller la colonne vertébrale en étant sur les avant-bras de mon patient, (...) je sais comment je vais orienter le mouvement de mes lombaires et je vais réaccorder cela.* » (Bois, 2008b, L1013-1018).

Cette vision de la globalité du corps ainsi coordonné trouve son expression dans les différentes situations de travail que comporte le traitement, depuis une position statique sur la table jusqu'à une rééducation active en position assise puis debout : « *Le patient est invité à effectuer, d'abord en position assise puis debout, des enchaînements de mouvements qui reproduisent, de manière visible, les formes et les trajets du mouvement interne. Les mouvements demandés (...) respectent l'organisation naturelle des gestes et installent ainsi dans le corps une fluidité sans effort. Ainsi est progressivement restaurée la cohérence naturelle des différents segments du corps au sein d'une globalité.* » (Bois, 2007, p. 108).

3. Qualités d'être et compétences du praticien

Si le principe de globalité se retrouve, comme on vient de le voir, dans les postures, les gestes et les moyens d'action, il se retrouve aussi dans les qualités d'être et les compétences perceptives et relationnelles à mobiliser par le fasciathérapeute. L'analyse nous a permis de distinguer deux catégories principales de compétences, la mobilisation perceptive et la mobilisation relationnelle. C'est cette dernière catégorie qui fait appel au développement de certaines qualités d'être spécifiques à la mise en jeu de la globalité.

3.1. *La mobilisation perceptive*

L'appréhension des expressions fines d'une animation interne

Dans son premier ouvrage, alors que D. Bois singularisait la fasciathérapie par rapport à l'ostéopathie en proposant la motilité oscillatoire cellulaire en remplacement du mouvement respiratoire primaire, il considérait son appréciation comme « *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* » (Bois, 1984, p. 166). Les extraits analysés mettent en effet en valeur la finesse de cette animation sensible et la richesse de son expression : elle pouvait prendre la « *forme de "respiration cellulaire" perçue en tant que dilatation et rétraction du corps énergétique, (...) de courants, de vides ou de trop pleins, de chaleur, de froid, et, enfin, perçue sous forme de couleurs* » (Ibid.). D. Bois insiste sur la délicatesse d'attention qu'il faut pour saisir ce type de mouvement, « *une perception subtile consistant à percevoir un mouvement infiniment mineur situé à la limite du subjectif et de l'objectif* » (Ibid., p. 181).

De fait, ces extraits montrent que le praticien est amené à développer sa capacité à percevoir des phénomènes se situant à la frange du révélé : « *Lorsque nous travaillons sur un tissu, nous saisissons davantage sa volonté sensorielle de faire un mouvement plutôt que son mouvement à proprement parler* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 55). Dans le prolongement de cette distinction entre le tissu en mouvement et le mouvement lui-même, d'autres citations attestent de l'existence pour le praticien d'une double relation au mouvement : « *C'est pour rendre compte de cette réalité de sensation, différente de la réalité physique des structures, que D. Bois a mis au point la notion de mouvement subjectif, par opposition (ou en complément) au mouvement objectif.* » (Ibid., p. 29). Le praticien et son patient font l'expérience d'une mobilité interne qui oblige à gérer deux dimensions du mouvement, l'une objective qui désigne « *le déplacement réel produit par une articulation ou un segment, tandis que le mouvement subjectif définit la sensation d'amplitude interne ressentie par le thérapeute ou par le patient* » (Ibid.). Ces éléments témoignent d'un degré de liberté entre ces deux amplitudes que le praticien doit suivre, et indiquent l'existence d'une relation complexe entre le mouvement sensoriel et la matière qu'il anime : « *Il est impossible de définir s'il s'agit d'une matière mouvante ou d'un mouvement qui s'exprime dans la matière.* » (Ibid., p. 45).

La structure organisée de l'animation comme référence perceptive

Avec la perception du mouvement interne et la donnée de l'amplitude subjective, doit s'opérer pour le praticien un changement de référentiel, ce qu'aborde cette catégorie.

D. Bois a toujours encouragé le praticien à isoler les composantes qui déterminent ce mouvement, plutôt que de le laisser travailler sur un tout aux parties non discernées : « *Certains étudiants ont en effet, tendance à traiter les informations dans leur globalité et les détails, les nuances, les subtilités ne sont pas perçus.* » (Bois, 2007, p. 97). Son regard sur la notion de globalité porte au contraire la richesse d'une somme de détails, comme l'ont souvent entendu dire ses élèves : « *C'est en étudiant les détails que l'on accède à la globalité.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 47).

Ainsi, cette catégorie des contenus de vécu du praticien met en lumière les quatre composantes que D. Bois a extrait de son analyse du mouvement : « *quatre paramètres caractéristiques : la direction, l'amplitude, la vitesse, et la cadence. Ces paramètres constituent le fil conducteur de nos traitements, dans la mesure où grâce à un code spécifique, ils guident sans cesse notre recherche des zones pathologiques et notre geste thérapeutique* » (Bois & Berger, 1990, p. 44). Le praticien est donc invité à une lecture attentionnée de chacun de ces paramètres à mesure qu'il accompagne le mouvement.

L'analyse indique en outre que D. Bois a été amené à distinguer la lenteur, qu'il retrouvait « *à l'identique chez tout le monde (...) on avait affaire à un principe organique, une organisation commune à l'homme* » (Bois, 2008b, L95-98), alors que les autres paramètres, « *l'orientation, l'amplitude, la cadence étaient singulières* » (Bois, 2008b, L95-98) et représentaient à ses yeux la part individuelle de la personne.

3.2. La mobilisation relationnelle

Écoute silencieuse et présence

Pour capter la dimension purement qualitative du mouvement interne, il faut selon D. Bois « *une attitude d'intériorisation, et en particulier le silence* » (Bois & Berger, 1989, p. 15), ou encore une « *conscience, attitude d'observation de l'infiniment profond* » (Bois & Berger, 1989, p. 23).

Relevons également la conviction de D. Bois selon laquelle il existe un lien entre *être* et *percevoir* : « *Il était clair pour moi qu'il me fallait acquérir plus de présence, plus d'intériorité, affiner mon geste, et je savais que ma capacité à percevoir dépendait de ma*

capacité à être. » (Bois, 2008b, L554-556). Les extraits montrent en effet que le corps ne se livre qu'à la condition que le praticien ait perçu la demande du corps et y ait ajusté son geste : « *s'il veut effectivement susciter les confidences du corps du patient, la pression doit respecter scrupuleusement l'intensité silencieusement souhaitée par le corps (...) la pression doit être appliquée au moment et au lieu attendus secrètement par le patient.* » (Bois & Berger, 1990, p. 93).

D. Bois décrit comme un double mouvement chez le thérapeute, qui doit offrir sa présence dans le même temps qu'il accueille l'information : « *Il faut être présent, mais en même temps accueillant.* » (Bois, 2008b, L1417-1421). Ceci nous porte naturellement à aborder les concepts de neutralité active et de réciprocité actuante.

Neutralité active

L'analyse informe que l'écoute doit se traduire dans un geste actif qui répond à l'information cinétique perçue : « *La main consciente (...) capable de capter le mouvement profond de la dynamique vitale (...) peut offrir une réponse naturelle, spontanément juste, à un appel profond auquel elle s'est ouverte.* » (Bois & Berger, 1990, p. 86). Les extraits étudiés permettent de voir ce lien de continuité directe qui doit être fait entre la perception d'une information et sa traduction en une réponse adaptée : « *Dans l'écoute tissulaire, la main suit scrupuleusement cette rythmicité en respectant son orientation, son amplitude, sa vitesse, sa cadence. Chaque information captée est ainsi une prise directe avec la réalité dans l'instant de la vie tissulaire.* » (Ibid., p. 89).

D. Bois prolonge cette pensée en pointant le lien qu'il fait entre les qualités d'écoute, et la confiance que cela suppose chez le thérapeute pour une mise en action sensible : « *Le toucher manuel révèle la qualité d'écoute, la confiance que chacun met en ses sensations, et sa capacité à agir à partir d'informations subjectives inhabituelles.* » (Bois & Berger, 1989, p. 83). On voit, à la lecture des textes, que D. Bois répond à cette problématique du praticien en spécifiant « *le type d'attitude que le sujet doit adopter pour entrer en relation avec l'univers du Sensible, (...) définie comme une neutralité active* » (Bois & Austry, 2007, p. 10). Le praticien doit constamment veiller à maintenir « *l'équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active* » (Ibid., p. 14) : à la part de neutralité, assurée par « *un "laisser venir à soi" les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir* » (Ibid., p. 10), correspond en effet une part active qui « *consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille* » (Ibid.).

Mise en jeu de la réciprocité actuante

J'ai relevé des extraits qui témoignent assez tôt dans le développement de la fasciathérapie d'une sorte de préambule à la notion de réciprocité, sous la forme d'un espace que le praticien partage avec son patient, « *véritable symbiose entre les deux personnes qui ne font plus qu'un* » (Bois, 1985, p. 34). Ainsi, on découvre qu'il est possible que soit ressentie « *l'activité pulsatile et rythmique de l'organisme du patient à travers la perception du propre pouls du thérapeute* » (Bois, 1984, p. 168). Dans cette première dimension, la perception s'ouvre, pour le praticien, à un espace plus grand que son corps pour englober celui de son patient. Tout se passe comme s'il y avait abolition des « *frontières en l'homme* » (Bois & Berger, 1989, p. 77) par le comblement des espaces « *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* » (Ibid., p. 54).

D'apparition plus tardive, le concept de réciprocité actuante est défini, pour sa composante de réciprocité, par le fait que « *le Sensible se donne sur un mode d'implication partagée* » (Bois & Austray, 2007, p. 11), ce que vient préciser le terme *actuante* pour signifier que « *le Sensible est une potentialité qui s'actualise par le rapport d'implication que le sujet instaure avec lui-même* » (Bois & Austray, 2007, p. 11).

Avec le concept de réciprocité actuante, l'espace qui s'ouvrait jusqu'alors au seul praticien englobant son patient se voyait transformé. La composante de réciprocité en premier lieu a enrichi l'espace relationnel : les deux partenaires entrent « *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* » (Bois, 2006, p. 139). L'implication perceptive s'applique donc tout autant à la relation avec l'autre qu'au rapport que chacun établit avec son propre mouvement interne : on est « *touché par ce que l'on observe, écoute, vit, ressent de l'autre mais d'abord de soi-même* » (Bois, 2006, p. 87).

Est alors apparue alors la notion d'un *fond perceptif commun* : l'implication du *touchant* dans son geste « *qui s'appuie sur la relation que celui-ci installe avec son propre mouvement interne, le touchant devient touché* » permet « *l'émergence d'un fond perceptif commun, partagé en toute conscience par les deux acteurs* » (Bois & Austray, 2007, p. 14).

Pour finir, la composante actuante de cette réciprocité, qui précise que « *la relation au Sensible résulte toujours d'un acte conscient, dans une situation spécifiée ; il y mise en œuvre*

d'une action précise ; il y a des conditions d'accès précises » (Bois & Austray, 2007, p. 11), ouvre également à la dimension d'évolutivité qui caractérise tout phénomène interne : il « ne se contente pas d'apparaître une fois pour toutes, il se déploie de manière évolutive dans l'intériorité vivante du sujet grâce à la relation de réciprocité » (Ibid.).

Au final, on voit la responsabilité dans le rapport d'implication sur lequel se donne le Sensible réaliser un mouvement d'extension du praticien au patient. Aussi, le caractère d'évolutivité de ce qui se donne à voir dans ces conditions rend nécessaire cet engagement commun et partagé du praticien et du patient, ce qui emporte encore la notion de globalité.

Chapitre 2. Synthèse

Notre analyse a donc montré que dans la théorie et dans la pratique de la fasciathérapie, plusieurs dimensions de globalité sont mises à l'œuvre, et qu'elles présentent un ordre chronologique d'apparition lié à l'histoire du développement de la méthode.

Le développement de mon analyse sur les textes clés de la fasciathérapie est pour ainsi dire parallèle à un déploiement des différentes dimensions de la globalité telles qu'elles ont été découvertes, comme dans une logique inhérente à la globalité elle-même. Synthétiser ces différentes dimensions fait parcourir une nouvelle fois l'enchaînement de ces étapes, offrant un éclairage rétroactif sur le principe d'évolution de la méthode, ouvrant sur l'idée d'un parallèle entre la force qui s'exprime au sein d'un corps et celle qui déroule les étapes de croissance de la fasciathérapie.

Je vais d'abord présenter deux parcours évolutifs qui émergent clairement de mes analyses : *Parcours évolutif d'une globalité anatomique à une globalité par le mouvement sensoriel* ; *Parcours évolutif d'une globalité anatomique dans le corps à l'unité somato-psychique*.

I. Parcours évolutif d'une globalité anatomique à une globalité par le mouvement sensoriel

Le premier parcours évolutif qui se dégage de mes analyses a montré qu'à partir d'une globalité physique, la globalité a suivi un processus d'évolution qui lui a fait intégrer la dimension fonctionnelle, puis celle d'animation et enfin le mouvement sensoriel.

La première dimension est une dimension de globalité physique et fonctionnelle, avec les *globalités tissulaire et liquidienne*, et est en lien avec l'omniprésence du fascia dans le corps. Elle est l'expression de la présence du tissu conjonctif qui s'étale sans discontinuité dans l'étendue du corps aussi bien qu'il s'immisce dans la profondeur anatomique : on le trouve au contact de toutes les structures, auprès desquelles il assure ses fonctions de cloisonnement, lien, soutien et protection, permettant de constituer un tout cohérent.

1. Première étape

C'est à partir de cette dimension de globalité physique et fonctionnelle que s'est exprimée la seconde dimension de globalité, la *globalité par l'animation*. L'évolution de cette notion est très liée à la prise en compte de la globalité. Le fascia y jouait, au début, le rôle de courroie de transmission, notion héritée de l'ostéopathie : c'est par lui que la rythmicité des cellules de la névroglie se transmet à l'ensemble du corps.

La notion de motilité oscillatoire cellulaire a marqué un pas vers une plus grande globalité. D. Bois l'a proposée, à partir de son expérience perceptive, comme support du rythme perçu dans le mécanisme respiratoire primaire. Toutes les cellules de l'organisme devenaient responsables de la rythmicité perçue par la main du praticien comme une respiration cellulaire. Cette force avait donc potentiellement la capacité de s'exprimer partout dans le corps, elle avait avec chaque partie du corps la même proximité : c'était un renouvellement du concept de globalité. Ce concept a imprégné la pratique d'une nouvelle manière d'envisager la globalité dans le corps du patient.

2. Deuxième étape

Comme on l'a vu, cette analyse de la mise en pratique de ce concept par D. Bois l'avait amené à une conceptualisation ouvrant à encore plus de globalité. Dans un nouveau modèle, il proposait une force qui s'exprimait non seulement au niveau de toutes les cellules, mais concernait tous les niveaux d'organisation structurelle et fonctionnelle du corps, de la cellule aux tissus : la dynamique vitale prenait corps et se distribuait sur quatre supports, la cellule, le fascia, le sang et l'os.

Dans ce mouvement de globalisation et avec cette force omniprésente à tous les niveaux du corps, le lien de causalité mécaniste initial, avec transmission d'une force localisée, avait laissé place à un lien de coordination et d'harmonisation d'une force répartie à l'ensemble : « *Le fascia est au service de la matière vivante, mais la matière vivante n'est pas*

animée par le fascia. » (Bois, 2012). Avec ce bouleversement du cadre conceptuel, s'est progressivement dessiné un changement de niveau d'attention chez le praticien, le fasciathérapeute ne s'intéressant plus seulement aux structures animées mais aussi au mouvement qui les anime.

3. Troisième étape

On a vu ensuite que cette évolution vers l'étude approfondie du mouvement a fait apparaître les premières descriptions du mouvement selon ses quatre composantes, orientation, amplitude, vitesse et cadence. La lenteur au début n'était citée parmi les quatre paramètres du mouvement qu'en tant que propriété observable du mouvement. Ce n'est qu'à partir de 1999 qu'on la trouve identifiée comme la première composante constitutive du mouvement, la force qui porte le mouvement. La lenteur, principe de force, est alors devenue porteuse du principe de globalité, à plusieurs titres : elle est la même pour tous, et c'est elle qu'on rencontre à l'identique dans toutes les parties anatomiques du corps.

4. Quatrième étape

Cette découverte a fait naître le concept unifiant de *matière*, qui rend compte de cette sensation d'unité perçue quand tous les tissus, toutes les structures du corps sont animées de manière indifférenciée par le mouvement interne. La matière a alors été précisée comme lieu d'une sensibilité et D. Bois a posé que cette sensibilité lui était conférée par le mouvement sensoriel.

Le mouvement sensoriel, vécu comme un déplacement au dedans de soi sans obligation de déplacement objectif, présente la forme intériorisée de tous les mouvements possibles au corps. L'étude du rapport entre mouvement subjectif et mouvement objectif s'est attachée à analyser les liens entre l'animation interne et les expressions articulées *intentionnalisées* et mises en action dans le geste visible. En a émergé la biomécanique sensorielle qui décrit les lois de cohérence de l'organisation du mouvement physiologique dans le corps et du corps, par lesquelles s'organise une continuité pour la personne, entre le vécu interne au corps et l'expression manifestée au dehors.

Au final, on voit donc bien, à travers ces différentes étapes, l'évolution du principe de globalité, depuis une dimension physique tissulaire jusqu'à une dimension de sensorialité, le

fascia laissant progressivement place au mouvement sensoriel en tant que vecteur de cohésion dans le corps.

II. Parcours évolutif d'une globalité anatomique dans le corps à l'unité somato-psychique

Le deuxième parcours évolutif qui se dégage de mes analyses a mis en évidence ce mouvement de croissance du concept de globalité qui, à partir d'une dimension physique, a rejoint la dimension psychologique, pour finalement déboucher sur le concept d'unité somato-psychique.

Tout d'abord, on a vu que le fasciathérapeute construit sa pratique sur la présence du tissu conjonctif omniprésent dans le corps. La mise en tension élastique de ce tissu, dans un premier temps, lui permet de solliciter une globalité tant vers l'étendue que vers la profondeur du corps de son patient. Pour ce faire, le praticien veille à organiser sa propre globalité intracorporelle pour construire sa solidité posturale. Cette solidité s'exprime sous deux formes, lors des deux temps du geste thérapeutique : par la qualité de l'accompagnement dynamique qu'il fait du mouvement interne de son patient, et par la solidité posturale mouvante qu'il offre au point d'appui. Plutôt qu'avoir recours à la force musculaire qui serait contre productive, on a vu le praticien déployer sa présence en procédant à un comblement des espaces entre sa conscience et les différentes parties de son corps. Il engage ainsi progressivement tout son corps dans le geste. On voit à l'œuvre le processus de construction de la globalité qui, d'intracorporelle chez le praticien, se propage vers le corps du patient par le comblement des espaces entre la conscience du thérapeute et sa main, puis les tissus de son patient et progressivement la conscience de celui-ci.

Ensuite, le point d'appui consiste en une sollicitation de la globalité du patient, anatomique bien sûr, en intégrant le plus de structures possible, mais pas seulement. Au départ, c'était une structure habitée du mouvement interne que le praticien mettait en tension et en arrêt. Ensuite, c'était un mouvement incarné qu'il mettait en travail, avec toute sa potentialité. Et pour finir, c'est toute la personne qui, avec cette mise en travail, est sollicitée dans sa présence.

La réponse manifeste une nouvelle globalité davantage portée par l'animation interne : le gain se fait sentir en étendue et en profondeur, permettant d'intégrer au geste de nouvelles parties qui n'étaient pas accessibles sous la main.

Surtout, l'apparition du toucher du psychotonus est apparu comme le détonateur qui a fait évoluer la qualité de l'accompagnement du mouvement du patient : à la recherche d'une participation organique s'est ajoutée la sollicitation d'une plus grande participation consciente du patient. Le geste est alors devenu, plus qu'un acte thérapeutique pour le corps, l'occasion de faire vivre au patient une expérience par laquelle, étant sollicité à la fois dans son corps et dans son psychisme, il a à traiter différents types d'informations qu'il doit mettre en relation, réalisant ainsi un accordage somato-psychique : ainsi, on voit apparaître dans l'analyse un autre niveau de globalité qui est visé par le thérapeute, avec le psychotonus. La notion d'impact global, qui était au départ en lien avec une distorsion aponévrotique et fasciale, devient un effet de la désorganisation du psychotonus et touche ainsi une globalité plus grande.

La conceptualisation de l'extension de la globalité physique et fonctionnelle à la dimension psychique est un processus qui s'est déroulé tout au long de l'histoire de la fasciathérapie et a trouvé un retentissement dans la pratique, en permettant au praticien d'offrir à son patient une prise en charge plus complète.

On l'a vu, D. Bois a d'emblée considéré le corps comme un indicateur de la santé psychique, présentant le fascia comme le terrain sur lequel pouvaient se lire les influences de la vie psychique de la personne. Nous avons relevé les affinités qu'il avait observées entre certains types tissulaires et certaines composantes de la psychologie, ce qui influençait déjà dans la pratique de la fasciathérapie la manière d'appréhender la vie du patient.

Ainsi, sensibilisé à la dimension émotionnelle que vivait le patient pendant la séance, le praticien devenait témoin des moments d'intensité que son travail déclenchait, était conscient de l'importance des enjeux au moment du point d'appui, et accompagnait les libérations tant émotionnelles que physiques.

Après avoir constaté que le corps peut donner à voir au fasciathérapeute une traduction de l'état psychique de la personne, et qu'une action sur le corps peut avoir un retentissement psychique, on a vu le praticien englober intentionnellement, en traitant le corps, les imbrications entre les deux expressions physique et psychologique de l'individu grâce à un

toucher manuel psychotonique qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication.

La prise en compte de la dimension psychique dans le geste thérapeutique ouvre finalement à l'implication du patient dans l'accordage somato-psychique. Ceci montre bien le passage d'une globalité évoluant par la prise en compte de ce qui ressort du geste thérapeutique, à une globalité nourrie de la prise en compte de la personne-même dans son entièreté.

III. Globalité et détails

Autre aspect qui se dégage de mes analyses, c'est le fait que la globalité corporelle semble construite d'une multitude de détails qui, d'une part donnent sens à la globalité en la constituant, et d'autre part prennent un sens en s'inscrivant dans cette globalité. Ce que D. Bois a avancé sous la forme de cette phrase souvent répétée : « *C'est en étudiant les détails que l'on accède à la globalité.* » (Bourhis Courraud, 1999, p. 47).

Ce principe est en résonance avec l'idée rencontrée à plusieurs reprises dans le chapitre théorique sur les principes biologiques du vivant. Nous y avons en effet décrit de nombreux exemples montrant comment l'unité d'un organisme vivant repose sur la cohérence entre parties et tout, et comment son fonctionnement global repose sur l'intégration de fonctionnements locaux.

Nous avons vu que la globalité prend appui sur l'omniprésence du fascia dans le corps. On le trouve en effet au contact de l'os, dans les muscles, tendons et ligaments, dans les parois des vaisseaux sanguins et auprès du secteur liquidien interstitiel, ou bien en lien direct avec les viscères abdominaux et thoraciques, ou encore en rapport avec les structures du système nerveux central. Le fascia apparaît donc comme l'élément qui rassemble en une unité des éléments qui ont tous une spécificité.

De cette proximité du fascia avec ces éléments particuliers découle une influence du conjonctif sur les différentes fonctions de ces structures : coordination et performance de la contraction musculaire, brassage des liquides du milieu interstitiel, influences sur les ajustements des débits sanguins, influences sur les phénomènes d'équilibration neurovégétative... Ainsi s'est construite dans la physiologie la dimension de globalité

fonctionnelle, constituée par l'ensemble des différentes fonctions avec lesquelles le fascia est en lien.

D. Bois a décrit une classification des fascias selon les éléments avec lesquels ils entraient en rapport : le fascia myotensif en rapport avec les structures de l'appareil ostéo-articulaire responsable de la posture et de la locomotion, le fascia axial profond en rapport avec les viscères thoraciques et abdominaux, et le fascia dure-mérien en lien avec le système nerveux central. Les atteintes de ces fascias ainsi répertoriés donnent donc à voir des ensembles de signes différents dont l'impact sur la psychologie est vécu par le patient de manière particulière. Cette classification en rend justement compte : sensations d'étau avec le fascia dure-mérien, oppression et émotivité ou au contraire distance aux événements avec le fascia axial profond, restriction de la liberté d'action pour le fascia myotensif en sont des exemples. On voit ainsi que l'étude détaillée des relations du fascia avec les différents éléments cités enrichit et précise la notion de l'impact psychologique lié aux phénomènes d'adaptation des fascias, et autorise ainsi un abord plus global du patient incluant la dimension somato-psychique, et aussi que la prise en compte de ces différents éléments construit une globalité d'appréhension fine de l'impact d'un stress dans le corps.

Comme autre exemple, nous avons vu que D. Bois avait rassemblé l'ensemble des règles qu'il avait déduites de son analyse du mouvement en un tout cohérent, la biomécanique sensorielle. Ainsi, il était devenu possible pour le praticien d'interpréter une information tissulaire en termes de mouvement dans un contexte global. En effet, les schèmes d'affinités de mouvements renseignent sur le mouvement global du corps en lien avec un point de vue segmentaire : « *Je peux savoir où va aller la colonne vertébrale en étant sur les avant-bras de mon patient.* » (Bois, 2008b, L1013-1018). La vie de l'articulation prend ainsi tout son sens parce qu'elle est au sein du mouvement d'un ensemble, lequel ensemble dynamique n'existe que par la combinaison des mouvements des différentes articulations. C'est ce qu'on retrouve dans la notion de *fondus enchaînés* dans les mouvements de biomécanique sensorielle.

Ainsi, ces exemples illustrent une fois encore comment le détail à la fois nourrit la globalité et prend sens au sein de cette même globalité.

IV. Globalité et principe d'évolution

Comme dernier élément de cette synthèse, je voudrais montrer que la notion de globalité est elle-même porteuse d'un principe d'évolution.

Par exemple, on a vu, avec la catégorie de *dimension physique*, que le praticien sollicite une globalité au cours de la mise en travail chez son patient, cherchant à faire participer toutes les structures anatomiques dans le plus de régions possible. De cette globalité, maintenue par exemple au moment du point d'appui, dépend en partie la qualité de la réponse. Il y a donc d'abord une valeur ajoutée en termes de globalité dans la réponse au point d'appui, que ce soit un gain d'étendue, de profondeur anatomique, ou encore de profondeur d'intériorité. Mais, pour solliciter cette globalité dans le corps de son patient, on a vu que cette visée a réclamé dans l'évolution de la fasciathérapie la mobilisation par le praticien de sa globalité corporelle. Ainsi, avec ce premier exemple, on découvre que cette évolutivité dans la pratique, de la globalité du patient à la globalité patient / praticien, est la conséquence de l'exigence de globalité poursuivie par D. Bois et donc que le principe de globalité est par sa nature même un principe d'évolutivité.

Comme autre exemple, nous avons vu, avec la catégorie *unité somato-psychique*, qu'au geste manuel tissulaire qui donnait lieu à des observations physiques, D. Bois avait associé l'observation de la manière dont la personne *autorisait* ou non les adaptations à se faire en elle. Ainsi, à la prise en compte du soulagement de la douleur, venait s'ajouter pour le patient la prise de conscience de la transformation de son état psychique. Puis, c'est le rapport immédiat que la personne entretient avec les modulations toniques en elle qui intéressa D. Bois pendant le geste. Le praticien commença alors à encourager la participation consciente du patient au suivi en temps réel de ces modulations toniques. C'est ce travail qui déboucha sur l'accordage somato-psychique, qui, à terme, débouche sur la prise en compte de la totalité du patient.

D'un point de vue philosophique, ces exemples montrent donc que le principe de globalité est, compris dans son amplitude, un principe d'évolutivité. C'est ce qui nous semble émerger de la compréhension des écrits de D. Bois. C'est comme si la recherche de la globalité réclamait la prise en compte de toujours plus d'éléments ou de phénomènes. Cela tient peut-être aussi au fait que la globalité envisagée par D. Bois n'est pas une globalité statique, circonscrite à un espace ou encore maintenue dans des contours, mais toujours une

globalité animée, dynamique et qui appelle à chaque fois son propre dépassement. Ainsi, la globalité en fasciathérapie n'est pas un objectif fixé à l'avance à atteindre, mais plutôt un processus évolutif qui dépasse à chaque fois les objectifs qu'on lui donne au départ. Ce phénomène est particulièrement clair dans notre premier exemple où on a vu que l'objectif de mobiliser plus de globalité dans le corps du patient débouche sur une étape supplémentaire, la prise en compte de la globalité du corps du praticien.

Un autre trait qui transparaît en filigrane dans les analyses reflète ce principe évolutif de la globalité : la globalité animée semble, à chaque nouvel élément qui lui est ajouté, nourrie dans son animation de cet apport, et produit encore plus de globalité. D. Bois a d'ailleurs construit un outil pédagogique qui s'appuie sur ce principe, qu'il nomme *Boléro de Ravel*, pour dire comment la globalité se nourrit de chaque nouvel apport.

Au final, j'émettrai l'hypothèse que cette forme d'appréhension de la globalité comme processus évolutif est en fait en lien avec une philosophie de la totalité. Cela va au-delà de l'objectif de ma recherche mais il me semble important de nommer cette notion parce qu'elle semble être la force du fondateur de la fasciathérapie.

Conclusion

Mon projet s'est organisé autour ma question de recherche : « Comment le concept de la globalité s'est construit dans la fasciathérapie méthode Danis Bois ? »

I. Retour sur ma question de recherche

Au terme de cette recherche, il me semble que le contexte théorique et pratique dans lequel se sont jouées l'émergence et l'évolution du concept de globalité a en partie été identifié. J'ai vu se dégager distinctement les différentes dimensions de la globalité qui sont mises en œuvre dans la pratique en fasciathérapie, et leurs enjeux théoriques et pratiques.

La dimension physique, que j'avais identifiée de longue date, s'est enrichie, à l'occasion de cette recherche, d'une compréhension plus fine de la globalité fonctionnelle, faisant apparaître les liens étroits qui les unissent toutes les deux du fait de la présence du fascia non seulement partout dans le corps, mais aussi au plus près, histologiquement parlant, de toutes les structures responsables de la physiologie de l'organisme.

La dimension dynamique de l'adaptation a pu prendre ensuite à mes yeux tout son sens. Je découvrais la profondeur de sa participation au maintien de l'équilibre de l'organisme vivant, ce tout qu'il est question de défendre au sein des et malgré les contraintes, et je voyais dans le même temps comment cette même globalité autorisait en retour les phénomènes de l'adaptation, comme l'absorption et la répartition.

Ma principale découverte s'est faite au contact de la globalité par l'animation, quand j'ai reconnu que la globalité qui se donne en réponse au point d'appui introduit une nouvelle dimension qui, selon moi, marque une rupture : ce n'est plus seulement une globalité à laquelle je suis attentif en tant que praticien, c'est une globalité qui *se manifeste*, qui *répond*

chez mon patient à une attention et à une présence, à un savoir-être en plus d'un savoir-faire. Ce n'est pas une globalité qui préexistait, sur laquelle se porte notre regard, mais bien la mise à jour d'une nouvelle globalité qui jusque là n'était que potentialité.

À ces résultats de recherche correspondent des ajustements de ma pratique quotidienne. Mon geste est devenu plus responsable encore, et mieux structuré, avec une identification plus pertinente des dimensions de globalité mises en jeu. Surtout, en rapport avec le dernier point évoqué, les témoignages de globalité de la part de mes patients sont devenus l'occasion d'un nouveau bilan qui distingue une sensation de globalité physique (tensions, points d'ancrage, etc.) d'une sensation de globalité qui apparaît en rapport avec la perception d'une animation interne. Cette distinction est non seulement l'occasion d'un bilan pour le praticien, mais est aussi importante pour le patient, soit qu'elle est l'opportunité d'une prise de conscience, soit qu'elle apporte une nouvelle information qui orientera différemment le regard et permettra un nouvel accueil des événements sensibles dans la suite du traitement.

J'ai découvert que le processus qui a abouti à la maturité actuelle du concept de globalité, était ainsi constitué de périodes de mise à jour conceptuelle de ce qui se jouait dans la pratique, et de moments de mise en application dans la pratique des dernières compréhensions théoriques.

Ainsi à l'observation des détails qui composaient la globalité présente, se superposait la recherche et le repérage des éléments qui allaient permettre d'engager et nourrir une nouvelle globalité.

Je voyais un parallèle évident entre l'évolution du concept de globalité dans la méthode et un protocole de construction de la globalité au cours d'une séance. L'évolution du concept de globalité dans la fasciathérapie méthode Danis Bois aurait finalement ceci en commun avec l'évolution de la globalité dans un corps, qu'elles répondent à un même principe de totalité.

II. Limites

Parmi les limites qui m'apparaissent, je garde l'idée qu'il aurait été intéressant d'inclure au champ de ma recherche des éléments contextuels, comme par exemple le contexte socio-professionnel et législatif de l'époque, ainsi qu'un panorama des différentes

pratiques de soin manuel, au moment de l'émergence de la fasciathérapie, pour offrir une perspective plus grande, mieux faire ressortir l'originalité des caractéristiques de la globalité en fasciathérapie, et également montrer en quoi le contexte global sur lequel elle prenait aussi appui participait à la définir.

J'ai bien conscience des limites inhérentes à mes sélections initiales, le choix des matériaux, la sélection des ouvrages et, dans ceux-ci, des extraits que j'ai retenus pour mon analyse. Il est probable qu'une nouvelle recherche m'inciterait aujourd'hui à d'autres pistes. C'est aussi la preuve que j'ai appris de ma recherche.

Ainsi, par exemple, j'ai consacré beaucoup de temps à la période initiale de la fasciathérapie. Le rapprochement des deux ouvrages de 1984 et 1985, période que je n'ai pas connue, avec ceux de 1989 et 1990 qui correspondent au début de ma formation, a longtemps retenu mon attention lors de l'analyse. Je me suis en effet passionné pour la question de l'émancipation de la fasciathérapie par rapport à l'ostéopathie, non par goût pour l'histoire, mais parce que je sentais qu'elle pouvait être pour moi la clé d'une meilleure compréhension et d'une nouvelle reconnaissance de la force spécifique qui a porté notre méthode depuis son origine jusqu'à son développement actuel. C'est donc une question identitaire que j'ai traitée dans cette partie de ma recherche, racines identitaires et identité de la méthode que je pratique, et donc identité du praticien que je suis.

Malgré tout, cela s'est fait au détriment d'autres périodes, comme celle de la construction du modèle de la biomécanique sensorielle par exemple. Cette séquence de l'histoire du concept de globalité dans la fasciathérapie est cependant moins bien représentée dans le type de matériau que j'avais choisi, et demanderait d'orienter l'investigation vers d'autres supports, comme des notes de cours et des archives audio.

J'ai aussi abandonné l'idée de traiter le point de vue du patient sur la globalité, les ouvrages retenus offrant un contenu significatif à ce sujet qui me paraissait insuffisamment riche. Les témoignages de patients ont en effet été étudiés plus tardivement, et il m'aurait fallu inclure d'autres sources plus récentes qui ne répondaient pas à mes critères initiaux de sélection, alors que j'étais déjà bien engagé dans ma recherche.

J'aurais pu aussi mener une mise en perspective de ces premiers résultats, issus d'une recherche menée sur les seuls ouvrages du Pr. D. Bois, avec les nombreux écrits produits par ses collaborateurs et les chercheurs du laboratoire du CERAP.

Pour finir, le choix d'une recherche bibliographique aurait pu être croisé avec des entretiens témoignant de cette période, auprès de fasciathérapeutes ou d'enseignants, qui

pourraient éclairer sous un autre jour les effets des changements successifs du concept de globalité sur leur art.

III. Perspectives

Au terme de cette recherche, les perspectives qui se dessinent correspondent en partie aux manques que je viens de relever.

En premier lieu, il serait intéressant d'étendre cette étude de l'émergence et de l'évolution du concept de globalité en fasciathérapie à une étude comparant l'évolution du concept de globalité dans différentes méthodes de soin à la personne.

Ensuite, on pourrait envisager de mener une enquête auprès des fasciathérapeutes et enseignants de la méthode Danis Bois pour évaluer les changements de pratique et les changements identitaires professionnels qu'on peut associer à l'évolution du concept de globalité.

Enfin, il pourrait être utile d'étudier auprès de patients les enjeux et impacts des différentes étapes de la construction de la globalité au cours d'un traitement.

Bibliographie

- Ader, R., Felten, D. L., Cohen, N. (eds.) (1991). *Psychoneuroimmunology*. Academic press.
- Atlan, H. (1979). *Entre le cristal et la fumée ; Essai sur l'organisation du vivant*. Paris : Éditions du Seuil.
- Atlan, H. (1983). L'émergence du nouveau et du sens, in P. Dumouchel et J.-P. Dupuy (dir.) *Colloque de Cerisy - L'auto-organisation, de la physique au politique*. Paris : Éditions du Seuil, pp. 115-130.
- Atlan, H. (1999). *La fin du « tout génétique » ? Vers de nouveaux paradigmes en biologie*. Paris : INRA.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Armand Colin.
- Barillon, B. (2000). Paroles d'anciens. *ApoStill* n° 6 – Mars 2000. Consulté à l'adresse : <http://www.osteopathie-france.net/essai/osteoweb/osteo-france/701-entretien-barillon>, le 01/09/2012.
- Astruc Marty, M.C. (2012). *Émergence et transformation du concept et de la pratique du point d'appui*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Barthez, P.-J. (1778). *Nouveaux éléments de la science de l'homme*. Montpellier : Jean Martel aîné.
- Becker, R. (1963). Toucher diagnostique : principes et application. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/rb_toucher_diagnostic.pdf, le 01/07/2010.
- Becker, R. (1965). Be still and know. Conférence dédiée à Sutherland, Philadelphie, décembre 1965. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/rb_bestill.pdf, le 20/07/2010.
- Berger, E. (1999). *Le mouvement dans tous ses états*. Paris : Éditions Point d'Appui.

- Berger, E. (2004). *Approches du corps en sciences de l'éducation. Analyse critique des points de vue et positionnements de recherche. Perspectives pour un lien entre éprouvé corporel et relation pédagogique en formation d'adultes*. Mémoire de D.E.A., université de Paris VIII.
- Berger E. (2009) *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes*, Thèse de doctorat Université Paris VIII.
- Bernard, C. (1999). Leçon de physiologie appliquée à la médecine, in Berthoz (dir.) *Leçons sur le corps, le cerveau et l'esprit ; Les racines des sciences de la cognition au Collège de France*. Paris : Odile Jacob, pp. 39-49.
- Bernard, C. (1866). *Leçon sur les propriétés des tissus vivants*. Paris : Germer-Baillière.
- Berthoz, A. (1999). *Leçons sur le corps, le cerveau et l'esprit ; Les racines des sciences de la cognition au Collège de France* (dir. Berthoz A.). Paris : Odile Jacob.
- Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Paris : Diffusion Maloine.
- Bois, D. (1984b). La TMOFP ; Thérapie manuelle originale des fascias et de la pulsologie. *Kiné-actualité*, (78), pp. 5-6.
- Bois, D. (1985). *Fascia/sang/rythme complices dans les pathologies fonctionnelles*. Paris : S.P.E.K.
- Bois, D. (1985b). Fasciathérapie et pulsologie. *Kiné-actualité*, (125), p. 5.
- Bois, D. (1985c). Fasciathérapie : le débat se poursuit. *Kiné-actualité*, (132), pp. 6-7.
- Bois, D. (1986a). La fasciathérapie-pulsologie. *Kiné-actualité*, (185), p. 7.
- Bois, D. (1986b). La fasciathérapie indissociable de la pulsologie. *Kiné-actualité*, (189), p. 4.
- Bois, D., Berger, E. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Trédaniel Editeur.
- Bois, D., Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement, essai philosophique*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2001b). Un regard inédit sur le mouvement, in D. Bois (dir.) *Thérapie et mouvement, 1er congrès international Méthode Danis Bois*. Yvry sur Seine : Éditions Point d'appui, pp. 83-92.
- Bois, D. (2002). *Un effort pour être heureux*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine : Éditions 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, université de Séville.
- Bois, D., Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, (1), pp. 6-21.
- Bois, D., Berger, E. (2007). Expérience du corps sensible et création de sens – Approche somato-psycho-pédagogique. *Réciprocités*, (1), pp. 23-32.
- Bois, D. (2008). De la fasciathérapie à la somato-psycho-pédagogie. Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités*, (2), pp. 6-18
- Bois, D. (2008b). Historicité de la fasciathérapie. Cours donnés à Ostende (Belgique).
- Bois, D. (2009). Relation au corps Sensible et potentialités de l'être humain, in D. Bois et M. Humpich (dirs.) *Vers l'accomplissement de l'être humain ; soin, croissance et formation*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui, pp. 21-33.
- Bois, D. (2009b). L'advenir, à la croisée des temporalités : analyse biographique du processus d'émergence du concept de l'advenir. *Réciprocités*, (3), pp. 6-15.
- Bois, D. (2010). L'approche crânienne, de l'ostéopathie à la somato-psycho-pédagogie. Cours donné à Ivry-sur-Seine.
- Bois, D. (2012). Notes de cours. Université d'été, Chamblay : juillet 2012.
- Bourhis Courraud, H. (1999). *La biomécanique sensorielle Méthode Danis Bois*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bourhis, H. (2000). Les fascias. Support de cours de l'école supérieure de somato-psycho-pédagogie.
- Bourhis Courraud, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorhythmie ; modélisation et protocole d'évaluation*. Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Bourhis, H. (2005b). Tonus et toucher psychotonique, support de cours de l'école supérieure de somato-psycho-pédagogie.
- Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de D.E.A. , université moderne de Lisbonne.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle - Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psycho-pédagogues*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris VIII.
- Cantin, M., Genest J. (1986). Le cœur est une glande endocrine, *Pour La Science*, n° 102, avril 86, pp. 43-49.

- César, M. (2007). *L'action ostéopathique, une intrusion autorisée dans le conscient tissulaire*. Paris : Publibook.
- Changeux, J.-P. (1999). Leçon inaugurale, in A. Berthoz (dir.), *Leçons sur le corps, le cerveau et l'esprit ; Les racines des sciences de la cognition au Collège de France* Paris : Odile Jacob, pp. 55-82.
- Constantinidès, Y., Pariaud, F. (2010). *Regards croisés sur l'ostéopathie ; Philosophie et éthique de la pratique*. Bruxelles : De Boek.
- Contro Prado, P. (2008). *Émergence en physique, biologie et sciences cognitives : Vers une compréhension globale*. Mémoire de Master, université Panthéon-Sorbonne de Paris 1. Consulté à l'adresse : http://www.memoireonline.com/06/09/2114/m_Emergence-en-physique-biologie-et-sciences-cognitives--Vers-une-comprehension-globale0.html, le 01/07/2011.
- Courraud C., (1999). *La fasciathérapie et le sport, le match de la santé*, Paris : Point d'appui.
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide. L'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Mémoire de D.E.A., université moderne de Lisbonne.
- Croibier, A. (2005). *Diagnostic ostéopathique général*. Paris : Elsevier.
- Dantzer, R. (1989) *L'illusion psychosomatique*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Dantzer, R., Kelley, K. W. (1989) Stress and immunity: an integrated view of relationships between the brain and the immune system, *Life Sciences*, vol. 44, pp. 1995-2008.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, hors série n° 3, pp. 28-43
- Duchesneau, F. (2011). Blumenbach et la théorie des forces vitales, in P. Nouvel (dir.) *Repenser le vitalisme*. PUF, pp. 74-88.
- Dupuy, J.-P. (1990). *Ordres et désordres ; enquête sur un nouveau paradigme*. Paris : Éditions du Seuil.
- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive, université Fernando Pessoa de Porto.
- Hématy-Vasseur, F. (2009). *Le T.O.G. ; du Traitement Ostéopathique Général à l'ajustement du corps*. Vannes : Sully.
- Henry, M. (2003). *De la phénoménologie. Tome I, phénoménologie de la vie*. Paris : PUF.

- Herniou, J.C., Roulier, G. (1998). Le Mécanisme Respiratoire Primaire n'existe pas. *Æsculape*, n° 10, Janvier-février 1998, 18-20. Les presses de la vallée. Consulté à l'adresse : <http://www.osteopathie-france.net/essai/therapeutique/mise-cause-cranien/624-le-mrp-nexiste-pas>, le 22/02/2010.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin. La mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- Humpich, M. (1989). Approche mécanique de l'élasticité tissulaire, application dans le cadre de la fasciathérapie-pulsologie Méthode Danis Bois. *Kinésithérapie scientifique*, (281), pp. 11-17.
- Humpich, M., Lefloch-Humpich, G. (2008). L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. *Réciprocités*, (2), pp. 19-33.
- Issartel, L., Issartel, M. (1983). *L'ostéopathie exactement*. Paris : Laffont.
- Jealous, J. (2001). L'ostéopathie, une expérience sensorielle. Consulté à l'adresse : <http://www.osteochartrons.net/apostill.php?page=1&PHPSESSID=1444d2025774311919cd81faa3ecfd06>, le 15/08/2010.
- Josso, M.C. (1997). *Cheminer vers soi*. Lausanne : L'Age d'Homme.
- Kohn, R.C. (1986). La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances. *Bulletin de psychologie*, XXXIX (377), pp. 817-826.
- Kohn, R.C. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur, in M.P. Mackiewicz (dir.) *Praticien et chercheur : parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan, pp. 15-38.
- Laget, P. (1990). Intégration nerveuse et neurohumorale, art. *Encyclopedia Universalis*, pp. 1240-1247.
- Largeault, J. (2007). *Réductionnisme et Holisme*, *Encyclopedia Universalis*.
- Leao, M. (2003). *La présence totale au mouvement*. Paris, Point d'Appui.
- Lescalier, G. (1988). La méthode Danis Bois ; une thérapie de la profondeur. *Kiné-actualité*, (254), p. 23.
- Littlejohn, J. M. (1900). Principes de l'ostéopathie. *Notes on the principles of Osteopathy*. Maidstone Osteopathic Clinic. Centenary Edition, 1874-1974. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/JMLPrincipOsteo.pdf, le 18/06/2010.
- Littlejohn, J. M. (1900b). Un vue nouvelle de la science de la thérapeutique, in T. E. Hall et J. Wernham (dirs.) *The contribution of John Martin Littlejohn to Osteopathy*. The Maidstone Osteopathic Clinic, Centenary Edition, 1874-1974. Consulté à l'adresse :

- http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/JMLConf1900.pdf, le 18/06/2010.
- Littlejohn, J. M. (1934). Évolution et futur de l'ostéopathie, in T. E. Hall et J. Wernham (dirs.) *The contribution of John Martin Littlejohn to Osteopathy*. The Maidstone Osteopathic Clinic, Centenary Edition, 1874-1974. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/JMLConf1934.pdf, le 18/06/2010.
- Littlejohn, J. M. (1934b). Ostéopathie, science biologique, in T. E. Hall et J. Wernham (dirs.) *The contribution of John Martin Littlejohn to Osteopathy*. The Maidstone College of Osteopathy, Centenary Edition, 1974. Consulté à l'adresse : <http://www.approche-tissulaire.fr/fr/telechargements/191-traductions-littlejohn>, le 18/06/2010.
- Martin, T. (2011). Formes du vitalisme chez A.-A. Cournot, in P. Nouvel (dir.) *Repenser le vitalisme*. PUF, pp. 74-88.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. (1994). *L'arbre de la connaissance, racines biologiques de la compréhension humaine*. Traduit de l'américain par François-Charles Jullien (*The tree of knowledge, the biological roots of human understanding*). Paris : Addison-Wesley.
- Miviludes (2006). Rapport au premier ministre. Consulté à l'adresse : <http://www.miviludes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/rapports-annuels/rapport-annuel-2006>, le 18/06/2012.
- Morange, M. (2004). L'énigme de la vie. *Revue philosophique de la France et de l'étranger* (129), pp. 285-289.
- Morin, E. (2001). L'Homme et l'Univers, in J.M. Brohm (dir.) *Le vivant* Montpellier : Prétontaine. pp. 453-465.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Éditions du Seuil
- O.M.S. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, vol. 27(2), pp. 133-151.
- Paillé, P. Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paoletti, S. (2009). *Les fascias. Rôles des tissus dans la mécanique humaine*. Vannes : Éditions Sully.

- Penelaud, O. (2010). Le paradigme de l'énaction aujourd'hui, apports et limites d'une théorie cognitive « révolutionnaire ». *Plastir*, (18). Consulté à l'adresse : <http://plasticites-sciences-arts.org/PLASTIR/Penelaud%20P18.pdf>, le 07/04/2010.
- Pichot, A. (1993). *Histoire de la notion de vie*. Paris : Gallimard.
- Pichot, A. (1994). *Bichat, recherches physiologiques sur la vie et la mort (première partie) et autres textes*. Paris : Flammarion.
- Pineau, G. (1983). *Produire sa vie : Autoformation et autobiographie*. Paris : EDILIG.
- Prochiantz, A. (1990). *Claude Bernard, la révolution physiologique*. Paris : PUF.
- Prochiantz, A. (1997). *Les anatomies de la pensée ; À quoi pensent les calamars*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Quéré, N. (2004). *La pulsologie méthode Danis Bois*. Paris : Éditions 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 biochimiques*. Mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive, université Fernando Pessoa de Porto.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Rogers, C.-R. (1998). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Sinding, C. (1993). Les métaphores en biologie : analogies ou outils de la pensée, in J. Stewart (dir.) *Biologie et cognition*. Paris : Intellectica, 1993/1, 16, pp. 85-99.
- Stewart, J. (1993). Introduction, in J. Stewart (dir.) *Biologie et cognition*. Paris : Intellectica, 1993/1, 16, pp. 7-20.
- Stewart, J. (1993b). Au-delà de l'inné et de l'acquis, in J. Stewart (dir.) *Biologie et cognition*. Paris : Intellectica, 1993/1, 16, pp. 151-174.
- Still, A.T. (1902 / 1998). *Autobiographie*. Vannes : Sully.
- Still, A.T. (1892 / 2009). *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. Vannes : Sully.
- Still, A.T. (1899 / 2003). *Philosophie de l'ostéopathie*. Vannes : Sully.
- Still, A.T. (1910 / 2003b). *Ostéopathie. Recherche et pratique*. Vannes : Sully.
- Sutherland, W.G. (1944). Untitled talk – Contributions of Thought. *Apostill* n° 13 2003, pp. 4-13. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/wgs_conf_sans_titre.pdf, le 01/07/2010.
- Sutherland, W.G. (1945). Le trou dans l'arbre ; compression des parties condylaires de l'occiput. *Apostill* n° 3, février 1999, pp. 40-43. Consulté à l'adresse :

- http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/wgs_trou_dans_arbre.pdf, le 01/07/2010.
- Sutherland, W.G. (1949/2000). Obtenir de la connaissance plutôt que de l'information. *Apostill* n° 6, mars 2000, pp. 3-8. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/wgs_connaissance_info.pdf, le 2/07/2010.
- Sutherland, W.G. (1951). La promenade du vairon. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/wgs_vairon.pdf, le 01/07/2010.
- Tricot, P. (1998). Le MRP existe-t-il ? Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_mrp_existetil.pdf, le 03/07/2010.
- Tricot, P. (2003). Une brève histoire de l'ostéopathie. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_historique.pdf, le 03/07/2010.
- Tricot, P. (2003b) *Une filiation vraie*. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_filiation.pdf, le 03/07/2010.
- Tricot, P. (2007). *De la présence*. Consulté à l'adresse : http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_presence.pdf, le 23/07/2010.
- Trowbridge, C. (1999). *Naissance de l'ostéopathie. Vie et œuvre de Andrew Taylor Still*. Vannes : Sully.
- Uhl, M. (2001). L'intuition du vivant – Bergson et la création intellectuelle, in J.-M. Brohm (dir.). *Le vivant*. Montpellier : Prétentaine, pp. 71-86.
- Varela, F. J. (1994). *L'arbre de la connaissance, racines biologiques de la compréhension humaine*. Traduit de l'édition américaine de 1992 par François-Charles Jullien (*The tree of knowledge, the biological roots of human understanding*). Addison-Wesley.
- Varela, F. J. (1996). *Invitation aux sciences cognitives*. Traduit de l'anglais par Pierre Lavoie (*Cognitive science. A cartography of current ideas*). Paris : Éditions du Seuil.
- Varlet, P. (2009). *Ostéopathie somato-émotionnelle*. Vannes : Sully.
- Von Uexküll, J. (1965) *Mondes animaux et monde humain*. Paris : Denoël, Collection Agora.
- Weigent, D. A., Blalock, J. E. (1987). Interactions between the neuroendocrine and immune systems: common hormones and receptors. *Immunological reviews*, (100), pp. 79-104.

ANNEXES

Les différents concepts de la globalité structurelle et fonctionnelle

La globalité tissulaire

Le fascia omniprésent relie des éléments anatomiques

Fascia omniprésent

Omniprésence dans le corps du fascia organisé en fascia superficiel et en FAP, comme une toile		« 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. » (Bois, 1984, p. 34)
Un seul tissu conjonctif, organe de la forme et du lien entre tous les tissus		« Le tissu conjonctif est l'organe de la forme qui fait du corps un milieu plastique. (...) Physiologiquement, on peut considérer qu'il n'y a dans le corps qu'un seul tissu conjonctif qui se divise à l'infini pour assurer la liaison entre tous les tissus et leur nutrition. » (Bois, 1985, p. 38)
Omniprésence et continuité dans l'étendue et de la profondeur à la périphérie		« Bref, le fascia est omniprésent dans le corps, étendu sans discontinuité de la tête aux pieds et de la profondeur à la périphérie. » (Bois & Berger, 1989, p. 49)
Importance fondamentale du tissu conjonctif au vu d'une approche globaliste du corps		« Le tissu conjonctif est l'organe de la forme faisant du corps un milieu plastique. Léon Page rapporte à ce propos : "S'il était possible d'enlever du corps tous ses éléments tissulaires à l'exception du tissu conjonctif, son apparence superficielle ne serait pas grandement changée." Cette remarque signe son importance fondamentale dans le cadre d'une approche globaliste du corps. » (Bois & Berger, 1990, p. 29)
Globalité anatomique assurée par le fascia (étendue et profondeur)		« Le premier thème qui concerne la globalité dans notre approche, c'est la structure anatomique du fascia (...) qui a pour vocation d'assurer la jonction entre les éléments anatomiques. (...) Ces fascias assurent une continuité anatomique, physiologique, de la tête aux pieds et de la périphérie à la profondeur. » (Bois, 2008b, L709-715)

Fascia et crâne

Continuité fasciale, de l'endocrâne aux confins de l'organisme		« 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 (...) » (Bois, 1984, p. 34)
----------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lien entre membranes de tension crâniennes et bassin avec la dure-mère		« Les trois membranes de tension crânienne sont directement reliées en bas avec les trois os du bassin par l'intermédiaire du fascia dure-mérien (...) » (Bois, 1984, p. 81)
------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Termes utilisés pour la description anatomique

Termes utilisés pour la description anatomique		« 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. (...) Au niveau du membre supérieur, le fascia forme une véritable gaine et utilise quelques relais osseux (...) Au niveau du tronc, il projette des expansions sur le grand pectoral, sur le grand dorsal, et rejoint en arrière l'aponévrose qui se fixe, dès lors, sur la crête iliaque et les vertèbres sacrées. » (Bois, 1984, p. 40)
Termes utilisés pour la description anatomique		« L'aponévrose superficielle (...) se dédouble pour envelopper la veine jugulaire externe. » (Bois, 1984, p. 40)
Termes utilisés pour la description anatomique		« Une même gaine entoure de chaque côté la carotide primitive, la veine jugulaire et le nerf pneumo-gastrique en arrière des deux vaisseaux » (Bois, 1984, p. 42) » (Bois, 1984, p. 40)
Termes utilisés pour la description anatomique		« Il est difficile de disséquer tous les éléments entre eux, car tout est en interrelation. (...) Il s'étend (...) il y a continuité (...) pour se répandre (...) pour rejoindre (...) il forme des compartiments enveloppant (...) fournit un support (...) recouvre (...) et se poursuit (...) se dédouble en deux feuillets (...) tapissant (...) puis il s'unit (...) accompagne (...) contient... » (Bois, 1984, p. 52)

Le fascia transforme des individualités anatomiques en une unité fonctionnelle

Unité fonctionnelle

Le fascia, outil de transformation d'unités anatomiques en une unité fonctionnelle		« 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. » (Bois, 1984, p. 35)
Élément dynamique harmonisateur des micromouvements		« 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. » (Bois, 1984, pp. 80-81)
Lien et intégration de chaque élément organique dans un ensemble harmonisé		« De par son omniprésence dans l'organisme, le fascia transforme une somme d'individualités anatomiques en une unité fonctionnelle. Cette membrane vivante relie chaque élément organique aux autres, l'intègre dans un ensemble, permettant ainsi la répartition et l'harmonisation de toutes les tensions quelle que soit la position adoptée par le sujet. » (Bois & Berger, 1990, p. 35)

Exploration de la force interne dans le fascia omniprésent		« Cette force interne, je l'explorais partout dans le corps de mes patients, mais plus spécifiquement dans les fascias, tissu omniprésent dans le corps qui s'imisce et se faufile autour et à l'intérieur de toutes les structures anatomiques afin de réaliser l'unité fonctionnelle du corps. » (Bois, 2008, p. 8)
------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rôle de protection

Protection du système musculaire		« [Le fascia assure] ainsi un rôle de protection en tapissant les muscles et en empêchant ceux-ci de se déchirer (...) il compartimente les muscles spécialisés entre eux et les fibres musculaires entre elles pour accomplir des fonctions bien spécifiques. » (Bois, 1984, p. 34)
Rôle de protection du fascia principal		« Rôles du fascia principal : (...) il protège, compartimente le système musculaire et augmente le potentiel d'action du muscle (...) » (Bois, 1984, p. 50)

Rôle de coordination

Coordination et augmentation de l'efficacité de la contraction musculaire		« [Le fascia assure] un rôle de coordination du système myo-fascial dans son ensemble et des chaînes myotensives. (...) Le potentiel de l'action du muscle est augmenté car le fascia permet de restreindre et de canaliser l'énergie musculaire et sa force dans une action spécifique » (Bois, 1984, p. 34)
Rôles de coordination du fascia principal		« Rôles du fascia principal : (...) il coordonne le système myo-fascial et les chaînes musculaires (...) » (Bois, 1984, p. 50)

Le fascia, répartiteur de contraintes, régulateur de stress

Harmonisation des tensions

Harmonisation des tensions		« D'une manière générale, le fascia (...) permet la répartition, l'harmonisation des tensions en permanence, quelle que soit la position adoptée par le sujet. » (Bois, 1984, p. 34)
----------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Absorption des chocs

Absorption des chocs physiques et psychiques par la déformation du tissu conjonctif		« Le tissu conjonctif (...) absorbe les chocs, les stress, les micro-traumatismes physiques ou psychiques, par sa faculté de se laisser déformer et de retrouver spontanément sa position initiale lorsque cesse la cause de sa déformation. Il figure ainsi parmi les régulateurs du stress, en répondant comme un ressort à toutes les agressions que subit le corps. » (Bois & Berger, 1989, p. 50)
Le fascia coffre-fort du stress		« Quatre aspects des fascias sont particulièrement importants pour nous (...) Ils sont le coffre-fort du stress (...) » (Bois & Berger, 1990, pp. 44-45)

Répartition de contraintes

Prolongement de l'impact d'une force, via le réseau des fascias		« 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. (Bois, 1984, p. 35)
Diffusion d'un impact à l'ensemble de l'organisme		« Il est facile de comprendre comment un impact ponctuel quelconque se diffuse à l'ensemble de l'organisme. » (Bois & Berger, 1990, p. 35)
Captation des contraintes par le fascia		« Quatre aspects des fascias sont particulièrement importants pour nous : - Les fascias myotensifs et périostés agissent comme capteurs de contraintes grâce à leur adaptabilité active (...) » (Bois & Berger, 1990, pp. 44-45)
Fascia et répartition des contraintes, au regard du syndrome général d'adaptation		« Le Dr. Hans Selye, le premier à avoir mis en évidence le syndrome général d'adaptation (ou stress), fait figurer le tissu conjonctif parmi les régulateurs de ce syndrome : "Nous devons penser non seulement à la quantité de stress dans le corps, mais aussi à la distribution proportionnée entre les différentes parties." La capacité élastique du tissu conjonctif assure cette répartition. » (Bois & Berger, 1990, pp. 44-45)

La globalité liquidienne

Unité liquidienne : des compartiments liquidiens sectorisés mais non séparés

Application du concept de globalité au niveau liquidien		« La fasciathérapie est une méthode respectant l'homme dans sa globalité (...); ce concept intervient également au niveau liquidien. » (Bois, 1984, p. 91)
---------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Échanges entre les compartiments liquidiens

Échanges entre les différents compartiments liquidiens non séparés		« L'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. » (Bois, 1984, p. 112)
Échanges entre secteurs intracellulaire et extracellulaire		« En fait, l'unité liquidienne apparaît dans un premier temps dans l'interrelation du secteur intracellulaire avec le secteur extracellulaire. » (Bois, 1984, p. 112)
Échanges entre les différents liquides extracellulaires		« Cette unité liquidienne s'exprime également dans un second temps dans l'interrelation des différents liquides extracellulaires entre eux. » (Bois, 1984, p. 112)

Le milieu extracellulaire au service des échanges entre les différents territoires de l'organisme		« 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. » (Bois, 1984, p. 115)
Tous les éléments vivants constitués de qualités de liquides différents, selon Becker		« 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." » (Bois, 1984, p. 115)
Le milieu extracellulaire au service des échanges entre milieu cellulaire et secteur circulant		« Le liquide interstitiel forme un compartiment qui n'a pas de frontières propres, ses limites étant les membranes cellulaires qui le séparent du compartiment extracellulaire et les parois des capillaires sanguins et lymphatiques qui le séparent du secteur circulant. C'est par son intermédiaire que se font tous les échanges. » (Bois, 1984, p. 118)
L'unité liquidienne caractérisée par les échanges entre les différents compartiments liquidiens et les relations entre les différents liquides extracellulaires		« L'unité liquidienne se traduit par des échanges permanents entre ses différents compartiments. (...) Par ailleurs, l'unité liquidienne s'exprime dans les relations établies par les différents liquides extracellulaires entre eux. » (Bois & Berger, 1990, p. 51)

Un container souple

Un container souple des différents liquides		« Il convient de parachever cette idée en ajoutant : "le fascia est l'enveloppe qui maintient comme un container souple tous ces différents liquides." » (Bois, 1984, p. 115)
Un container souple et non sectorisant des liquides		« Le fascia est un véritable container souple qui enveloppe les différents liquides de l'organisme sans les sectoriser, y compris le véhicule sanguin. » (Bois, 1985, p. 40)

Liens anatomiques entre fascia et sang

Connexion intime du fascia avec le sang		« À tous les niveaux, fascia et sang sont intimement liés, non pas uniquement parce qu'ils appartiennent à la même famille, mais parce qu'ils sont en intime connexion. » (Bois, 1985, p. 40)
Constitution conjonctivo-élastique de l'adventice		« En effet, l'adventice de l'artère est de constitution conjonctivo-élastique et nous verrons plus tard l'importance considérable de la sensibilité adventitielle, voire endothéliale issue du système neurovasculaire dans les pathologies vasculaires fonctionnelles. » (Bois, 1985, p. 40)

Influence des tissus sur les échanges métaboliques et les rapports dynamiques entre les liquides

Influence des tissus sur les échanges métaboliques

Importance du rôle métabolique du fascia superficialis en lien avec sa teneur en substance fondamentale et la présence de réseaux lymphatiques		« Ce fascia [superficialis] joue un rôle métabolique 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. » (Bois, 1984, p. 39)
		« 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. » (Bois, 1984, p. 91)
Action du fascia sur les échanges tissulaires et cellulaires		« Cette relation intime du liquide interstitiel avec la substance fondamentale [du tissu conjonctif] fait ressortir l'action considérable du fascia sur les échanges métaboliques, tissulaires et cellulaires. » (Bois, 1984, p. 116)
Influence de la pression et des tensions tissulaires sur les échanges osmotiques		« Il est important de noter combien la pression et les tensions tissulaires ont une influence très nette sur les échanges osmotiques des fluides. » (Bois, 1984, p. 117)
Rôle essentiel du fascia dans la dynamique liquidienne et les échanges osmotiques		« Dans notre approche, l'étude biologique et histologique des liquides prend moins de place que la compréhension du rôle essentiel que joue le fascia dans la dynamique liquidienne et les échanges osmotiques. Le fascia constitue le véritable carrefour de la bonne homéostasie liquidienne. » (Bois & Berger, 1990, p. 52)

Rôle anti-infectieux du fascia

Rôle anti-infectieux et inflammatoire des fascias		« Il faut par ailleurs conférer aux fascias le rôle de barrière infectieuse venant s'ajouter à ses propriétés d'échanges biochimiques (...) C'est en effet à leur niveau que se déroulent les phénomènes inflammatoires et infectieux et les réactions de défense que ceux-ci suscitent. » (Bois, 1984, p. 118)
---------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rôle de la dynamique des fascias sur les liquides : drainage et pompage

Rôles du fascia sur les micropompes liquidiens		« Rôles du fascia principal : (...) il sert de courroie de transmission permettant les micropompes des systèmes squelette-musculaires et liquidiens (...) » (Bois, 1984, p. 50)
Jeu des fascias pendant le cycle respiratoire cellulaire		« 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. » (Bois, 1984, p. 82)
Pompage assuré par les fascias pendant le cycle respiratoire cellulaire		« Ainsi, durant les deux grands moments du cycle respiratoire cellulaire, les fascias exercent un véritable pompage de tous les éléments de l'organisme. » (Bois, 1984, p. 82)

Influence de l'élasticité et contractibilité des fascias sur la propagation des liquides et l'unité liquidienne		« Cette unité liquidienne s'exprime également dans un second temps dans l'interrelation des différents liquides extracellulaires entre eux, eux-mêmes propagés grâce (...) aux propriétés d'élasticité et de contractibilité des fascias. » (Bois, 1984, p. 112)
Micropompages des muscles permis par le fascia principal		« Le fascia principal (...) sert de courroie de transmission permettant ainsi les micropompages des systèmes musculo-squelettiques. » (Bois, 1985, p. 53)
Rôle de l'élasticité active sur le drainage liquidien		« Quatre aspects des fascias sont particulièrement importants pour nous : (...) L'élasticité active contribue au drainage liquidien (...) » (Bois & Berger, 1990, pp. 44-45)
Qualité des échanges sous la dépendance de la propagation des liquides grâce à avec la DCE		« (...) les relations établies par les différents liquides extracellulaires entre eux. La qualité de ces relations est fonction certes de l'activité de la pompe cardiaque, mais aussi et surtout de la dynamique contractile élastique des fascias, sans laquelle la bonne propagation des liquides ne peut se faire » (Bois & Berger, 1990, p. 51)
Drainage, vasomotricité et pompage assurés par le fascia animé de la DCE		« Nous l'avons vu, la dynamique contractile élastique du tissu conjonctif lui confère une noblesse qui signe l'importance de ses rôles : <ul style="list-style-type: none"> - au niveau du tissu conjonctif interstitiel, cette propriété assure un drainage permanent ; - au niveau des parois vasculaires, elle permet une accommodation au débit liquidien (vasomotricité) ; - au niveau des fascias aponévrotiques, elle réalise un pompage du sang veineux, sans lequel ni la circulation de retour ni la circulation lymphatique ne pourraient se faire ; » (Bois & Berger, 1990, p. 53)
Drainage, vasomotricité et pompage assurés par le fascia animé de la DCE		« En résumé, le fascia animé de sa dynamique contractile élastique assure le drainage, l'accommodation au débit et le pompage de tous les systèmes liquidien de l'organisme. » (Bois & Berger, 1990, p. 54)

Contraintes mécaniques exercées par les fascias sur les liquides

Contraintes mécaniques du conjonctif interstitiel sur les capillaires lymphatiques		« Le liquide lacunaire baigne directement les cellules, véritable lieu d'échange (...) Ce liquide pénètre ensuite dans les capillaires lymphatiques pour devenir la lymphe. 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 toutes les contraintes mécaniques responsables d'un tel phénomène. » (Bois, 1984, p. 100)
Influence indirecte des fascias sur les liquides justifiée par les liens anatomiques intimes aux vaisseaux		« 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. » (Bois, 1984, p. 119)
Contrainte mécanique exercée par un fascia en état de crispation autonome sur les vaisseaux		« Certains fascias, par crispation autonome, peuvent également devenir des zones critiques exerçant une contrainte mécanique sur les vaisseaux, quel que soit leur calibre. » (Bois & Berger, 1990, p. 127)

--	--	--

La globalité par l'animation interne

Le fascia, de courroie de transmission à élément harmonisateur

Question de l'origine de la rythmicité non satisfaite par une approche mécaniste		« Mais ma curiosité restait insatisfaite : quelle était l'origine réelle de la rythmicité animant le corps, son moteur ? L'approche purement mécaniste ne rendait pas compte de la vie profonde que mes mains pressentaient... » (Bois & Berger, 1989, p. 15)
----------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le fascia, courroie de transmission mécanique

Courroie de transmission et micromouvements osseux		« Rôles du fascia principal : (...) il sert de courroie de transmission (...) permettant également les micromouvements osseux. » (Bois, 1984, p. 50)
Lien de transmission entre membranes de tension crâniennes et bassin		« 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. » (Bois, 1984, p. 81)
Rôle du fascia dure-mérien dans la transmission de la mobilité du crâne au sacrum		« Les trois membranes intracrâniennes vont donc engendrer des micromouvements aux trois os centraux du crâne qui (...) vont engendrer la mobilité du sacrum par l'intermédiaire du core link inélastique. » (Bois, 1985, p. 53)

Le fascia, courroie d'une transmission rythmique

Propagation de la fluctuation du LCR et du MRP par l'activité rythmique du fascia dure-mérien		Parmi les rôles du fascia dure-mérien : « il permet la propagation de la fluctuation du LCR par son activité rythmique ; il permet la propagation de l'activité du mécanisme respiratoire primaire » (Bois, 1984, p. 72)
Transmission des mouvements mineurs involontaires à tout l'organisme		« Et enfin, par la présence à l'extérieur [de l'axe crânio-sacré] des fascias qui prennent appui sur l'ensemble du squelette, les mouvements mineurs involontaires se transmettent à tout l'organisme. » (Bois, 1984, p. 81)
Rôle des attaches des fascias sur les os clés dans la transmission de l'impulsion rythmique		« Les attaches directes sont très peu nombreuses et la majorité d'entre elles se font sur l'occiput, sur les os clés (...) Les attaches sur les os clé (...) représentent les amarres qui vont transmettre l'impulsion rythmique » (Bois, 1984, p. 83)

Le fascia harmonisateur d'une animation

Coordination du système myo-fascial		« [Le fascia assure] un rôle de coordination du système myo-fascial dans son ensemble et des chaînes
-------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------

		myotensives. » (Bois, 1984, p. 34)
Harmonisation des micromouvements par le fascia		« 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. » (Bois, 1984, pp. 80-81)
Impulsion rythmique à partir des os clés nécessaire à une bonne répartition des mouvements mineurs involontaires		« Les attaches sur les os clé (...) représentent les amarres qui vont transmettre l'impulsion rythmique nécessaire à une bonne répartition des mouvements mineurs involontaires à l'ensemble des éléments constituant l'organisme y compris les os. » (Bois, 1984, p. 83)
Activité rythmique inhérente rendue possible à travers tout le corps grâce au fascia		« Grâce à ce fascia, l'activité rythmique est possible à travers tout le corps. En effet, l'organisme n'est pas une structure figée ; même lorsque notre corps est dans la position la plus immobile qui soit, il est animé, comme nous le verrons ultérieurement, d'une activité rythmique inhérente. » (Bois, 1985, p. 24)

L'animation au niveau cellulaire

Une activité rythmique de toutes les cellules

Activité rythmique de toutes les cellules dans l'organisme		« Outre les 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. » (Bois, 1984, p. 79)
Activité rythmique cellulaire de dilatation rétraction		« 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. » (Bois, 1984, p. 79)
Extension du concept rythmique au-delà de la seule activité de la névroglie		« 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 dilation de la névroglie, mais au contraire la manifestation subtile de toutes les cellules de l'organisme. » (Bois, 1984, p. 79)
Les cellules brassées par un rythme doux et agréable		« Ainsi, toutes les cellules battent à l'unisson (...) Vous sentirez alors un rythme doux, lent et agréable, comme une énergie "brassant" toutes vos cellules... » (Bois & Berger, 1989, p. 49)

Une animation liée à l'activité subtile du cœur

Manifestation de l'activité rythmique du cœur sous forme de respiration cellulaire dans tout l'organisme		« Pour ceux qui connaissent les émanations de leur vie intérieure, cette activité rythmique du cœur rayonnant jusqu'aux confins de l'organisme est très 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. » (Bois, 1984, pp. 79-80)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Animation de toutes nos cellules par un pouls cosmique transmis par le cœur énergétique		« Le contact direct avec la dynamique vitale m’amène à reconnaître une autre dimension de la rythmicité cellulaire [qu’une origine dans le cerveau]. 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”. » (Bois & Berger, 1989, p. 48)
-----------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Un lien probable entre MOC et MRP

Hypothèse d’un lien entre les théories du MRP et de la motilité oscillatoire cellulaire, entre activités propres au cerveau et au cœur		« 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. » (Bois, 1984, pp. 79-80)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La dynamique vitale

Contribution de la dynamique vitale à l’animation du corps selon quatre supports, cellule, fascia, sang et os		« La dynamique vitale, dont nous venons d’explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, se manifeste dans le corps et contribue à l’animer. Selon une organisation très précise, sa matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l’os. » (Bois & Berger, 1989, p. 48)
La dynamique vitale, un même moteur pour l’animation de toutes les cellules et l’intégrité physiologique du corps		« J’ai été amené à reconnaître une autre dimension à la vie cellulaire. Toutes les cellules de l’organisme 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. » (Bois & Berger, 1990, p. 58)
Matière animée d’expansion et de rétraction par la dynamique vitale		« La dynamique vitale anime la matière d’une rythmicité permanente sous forme de mouvements d’expansion et de rétraction. » (Bois & Berger, 1990, p. 60)
Modélisation d’expression de la dynamique vitale dans les cellules et dans les différents tissus		« Cette conscience rythmique s’applique à toutes les cellules de l’organisme (→ motilité oscillatoire cellulaire), au fascia (→ enroulement/déroulement), au périoste (→ mouvance rythmique tridimensionnelle). Elle constitue l’origine énergétique de rythmes plus “périphériques” et mieux connus, tels que la rythmicité des trois diaphragmes ou les micro-mouvements articulaires. » (Bois & Berger, 1990, p. 60)
Expression cellulaire de la dynamique vitale sous la forme de la respiration cellulaire		« Mais comme toute fonction neurobiologique, [la respiration] est sous-tendue par des phénomènes non-révélés d’ordre énergétique, en l’occurrence par la respiration cellulaire. Celle-ci est une fonction vitale de la conscience autonome : la respiration cellulaire traduit le mouvement de la dynamique vitale alimentant chaque cellule de façon rythmique. » (Bois & Berger, 1990, p.124)

L'animation au niveau tissulaire

Une animation de tous les tissus

Activité des fascias et micromouvements, conséquences du MRP, sous la dépendance de la motilité oscillatoire cellulaire		« 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. » (Bois, 1984, p. 172)
Contribution de la dynamique vitale à l'animation du corps selon quatre supports, cellule, fascia, sang et os		« La dynamique vitale, dont nous venons d'explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, se manifeste dans le corps et contribue à l'animer. Selon une organisation très précise, sa matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os. » (Bois & Berger, 1989, p. 48)
Expressions de la dynamique vitale dans les cellules et dans les différents tissus		« Cette conscience rythmique s'applique à toutes les cellules de l'organisme (→ motilité oscillatoire cellulaire), au fascia (→ enroulement/déroulement), au périoste (→ mouvance rythmique tridimensionnelle). Elle constitue l'origine énergétique de rythmes plus "périphériques" et mieux connus, tels que la rythmicité des trois diaphragmes ou les micro-mouvements articulaires. » (Bois & Berger, 1990, p. 60)

L'élasticité

L'élasticité, reflet de la vitalité des tissus et de leur potentiel énergétique		« L'élasticité, reflet de la vitalité et facteur entraînant le point d'appui nécessaire à l'autoguérison. (...) La qualité de l'élasticité indique l'état de vie intime des tissus et leur potentiel énergétique. » (Bois, 1985, p. 33)
Élasticité nécessaire à l'expression de la vitalité		« L'élasticité apparaît donc ici comme permettant l'expression de la vitalité par le biais de la rythmicité. » (Bois & Berger, 1989, p. 50)
Expression de la dynamique vitale permise par l'élasticité		« L'élasticité du fascia permet l'expression physique de la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1989, p. 56)
Le fascia doué de caractéristiques biomécaniques actives		« Le fascia n'est pas doué uniquement de propriétés passives : il possède également des caractéristiques biomécaniques actives, absolument fondamentales dans notre approche. » (Bois & Berger, 1990, pp. 44)

La dynamique contractile élastique

Manifestation de la dynamique contractile élastique du fascia sous forme d'enroulements et déroulements du tissu		« 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 & Berger, 1990, pp. 44)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La dynamique contractile élastique dépendante de la viscoélasticité du fascia et de la libre action de l'énergie motrice		« Cette propriété du fascia doit son bon fonctionnement à deux facteurs essentiels : - La libre action de l'énergie motrice, en quantité et en qualité ; - L'intégrité de la structure visco-élastique du fascia, qui assure ses fonctions de ressort et d'amortisseur. » (Bois & Berger, 1990, pp. 44)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apport de l'énergie vitale, de la potentialité à la physiologie

Observations au niveau de la cellule

L'activité inhérente de la motilité oscillatoire cellulaire énergétique		« Ceux qui connaissent, pour les avoir vécues, les émanations de leur vie intérieure, sont bien obligés de constater la présence de cette essence vitale, de cette activité inhérente énergétique qui se transmet environ de 8 à 14 fois par minute aux différents éléments de notre organisme et réalisant la motilité oscillatoire cellulaire énergétique (la MOC.é). » (Bois, 1985, pp. 34-35)
Contribution de la dynamique vitale à l'animation du corps selon quatre supports, cellule, fascia, sang et os		« La dynamique vitale, dont nous venons d'explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, se manifeste dans le corps et contribue à l'animer. Selon une organisation très précise, sa matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os. » (Bois & Berger, 1989, p. 48)

Le sang comme vecteur de diffusion de la dynamique vitale

Importance de l'énergie du sang dans l'approche du fasciathérapeute		« 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. » (Bois, 1984, p. 134)
Intervention de la force fluctuante du sang après la puissance des fascias, en réponse au point d'appui		« 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 suivie ou accompagnée d'une merveilleuse force fluctuante qui n'est pas celle du LCR mais celle du liquide pulsatile qu'est le sang. » (Bois, 1985, p. 33)
Contribution de la dynamique vitale à l'animation du corps selon quatre supports, cellule, fascia, sang et os		« La dynamique vitale, dont nous venons d'explorer les manifestations énergétiques, donc éthérées, se manifeste dans le corps et contribue à l'animer. Selon une organisation très précise, sa matérialisation se fait sur quatre supports physiques : la cellule (via le MOC : motilité oscillatoire cellulaire), le fascia, le sang et l'os. » (Bois & Berger, 1989, p. 48)
Transport de la dynamique vitale par le sang		« Outre ses rôles classiquement définis, le sang est le véhicule de la dynamique vitale : il transporte la conscience de la dynamique vitale au service du corps. » (Bois & Berger, 1989, p. 53)
Sang, vecteur de la conscience de la		« Le sang est en effet le vecteur de la vie sous toutes ses formes jusqu'à la plus subtile : il transporte la

dynamique vitale		conscience de la dynamique vitale. (...) Ainsi chaque cellule est nourrie à la fois des composants biologiques du sang et de la conscience de la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)
------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diffusion de l'énergie subtile du cœur

Diffusion de l'énergie subtile du cœur au-delà de son aspect physique		« Le monde oriental privilégie le cœur car, outre son action de pompe connue, il est le siège d'une énergie subtile qui se répand bien au-delà de son aspect physique, créant ainsi le mouvement vibratoire partout où il est dirigé. » (Bois, 1985, p. 34)
Chaque cellule alimentée de la motilité oscillatoire cellulaire énergétique grâce au cœur		« La principale artère du cosmos est représentée par le cœur. Le cœur est en contact avec cette activité invisible et la transmet à chaque cellule de notre organisme. » (Bois, 1985, p. 35)

L'élasticité du fascia, interface énergie / structure

Le fascia, intermédiaire entre l'énergie et la structure

Le fascia, intermédiaire entre fonction et structure		« 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. » (Bois, 1984, p. 22)
Le sang et l'élasticité principaux vecteurs de la puissance physiologique		« 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 interne dont les vecteurs principaux sont le sang concernant la fonction et l'élasticité du fascia concernant la force motrice de la structure. Toute perturbation à ce niveau entraîne un processus pathologique. » (Bois, 1985, p. 24)
Changement de statut du fascia : d'une enveloppe physique au support de la puissance de vie		« Le fascia devint pour moi, plus qu'un tissu d'enveloppe, le support sur lequel se canalisait la puissance de vie pour se mettre au service du corps. » (Bois & Berger, 1989, p. 20)
La DCE, interface entre énergie et matière		« La dynamique contractile élastique (ainsi nommée parce qu'elle existe sur la base de la propriété élastique du fascia) représente ainsi l'interface entre l'énergie et la matière. » (Bois & Berger, 1990, p. 63)

Le fascia, intermédiaire actif d'individualisation de la dynamique vitale

Transformation d'un potentiel de vitalité universelle en un capital individualisé, par la		« Ce phénomène [MOC] reflète le potentiel de vitalité énergétique universelle, celle-ci n'étant pas encore individualisée. C'est encore à ce stade un niveau de conscience qui anime la matière de façon non spécifique.
-------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

rencontre avec des freins tissulaires		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. Cette "individualisation" de la dynamique vitale se fait par les tissus nobles de l'organisme : le fascia, le sang et l'os. » (Bois & Berger, 1989, p. 49)
---------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le fascia, première résonance physique de la dynamique vitale

Le fascia, premier support physique d'animation de la dynamique vitale		« Le support par lequel la dynamique vitale va véritablement animer la matière est le fascia : ce tissu noble de l'organisme est en effet doué de mobilité rythmique, première résonance physique de l'activité non révélée de la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1990, p. 63)
------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'animation au niveau de la matière

Le concept de matière en fasciathérapie

Une animation identique de toutes les structures anatomiques, fasciales, osseuses ou viscérales		« En cherchant à modéliser le mouvement subjectif, Danis Bois se trouva au début devant un dilemme car, disait-il à l'époque, <i>"les mouvances que je perçois ne sont pas en accord avec le modèle décrit en ostéopathie. Mes mains captent une animation d'une autre nature, un mouvement interne qui anime toutes les structures anatomiques de la même manière, qu'elles soient fasciales, osseuses ou viscérales."</i> » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32)
Introduction du concept de matière comme matériau commun à toutes les structures anatomiques		« Pour traduire cette unité entre tous les tissus animés du mouvement subjectif, Danis Bois introduisit la notion de matière, désignant ainsi le matériau commun à toutes les structures anatomiques. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32)
Association du terme "matière" à la sensation d'une animation indifférenciée de toutes les structures		« Le mot "matière" désigne la sensation unique qui naît quand toutes les structures sont animées de manière indifférenciée par le mouvement interne. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 34)
Maintien d'un degré de densité de la matière compatible avec la vie par le mouvement sensoriel		« En l'absence de mouvement sensoriel, la matière change de qualité et présente une densité anormale. De cette observation est née l'idée que le mouvement sensoriel maintient dans la matière un "degré de densité de base compatible avec la vie" ». (Bourhis Courraud, 1999, p. 74)
Origine du Sensible avec le mouvement interne		« Ce Sensible qui se découvre prend source avec le mouvement interne, une animation autonome de l'ensemble des tissus du corps, et qui a représenté, pour nous, le point de départ de notre démarche de recherche. » (Bois & Austry, 2007, p. 7)
Difficulté conceptuelle face à une animation de tous les tissus		« quand j'ai commencé, je pensais, comme on me l'avait dit en ostéopathie, qu'il n'y avait que le tissu conjonctif qui était doué de mobilité. Mais quand l'intérieur de l'os, quand la matière organique qui n'est pas le tissu conjonctif, étaient animés du mouvement, je me suis trouvé devant un dilemme. Ce n'est pas simple, de

		dire aux ostéopathes que le fascia n'est pas le seul vecteur du rythme. Parce que même au niveau crânien, c'est de la névroglie, c'est-à-dire du tissu conjonctif, que naît le rythme. Et moi, je constatais que tous les tissus, pas simplement le tissu parenchymateux, mais tous les tissus... » (Bois, 2008b, L207-213)
Une lenteur d'animation commune à toutes les couches du corps		« Le deuxième élément de globalité, il s'agit d'un mouvement interne qui concerne toutes les parties du corps. Avec la particularité que toutes les couches du corps ont une circulation d'une même lenteur. Donc à travers le geste lent, on a une action globale. » (Bois, 2008b, L721-723)

Une animation particulière de la matière : la force de croissance sensorielle

Elaboration du plan humain et harmonisation des fonctions organiques		« La conscience autonome (...) est à l'origine une énergie spiralé, une intelligence en mouvement, qui préside à l'extraordinaire élaboration humaine. Chaque parcelle du corps humain, de la cellule au tissu, du tissu à l'organe, est le résultat d'une mutation harmonieuse orchestrée par ce mouvement de la vie qu'est la conscience de la dynamique vitale. A ce titre, elle peut être comparée à un architecte ayant élaboré le plan humain, et harmonisant toutes les fonctions organiques et psychiques. » (Bois & Berger, 1990, p. 62)
Un mouvement interne, organe de genèse de la forme humaine		« J'ai découvert le lieu d'un mouvement fondamental qui génère la forme humaine. Je l'ai nommé force de croissance sensorielle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 36)
Autonomie de la FCS par rapport à la gestuelle		« C'est un système rythmique très stable qui anime toutes les structures anatomiques du corps dans une harmonie parfaite ; cette activité est totalement autonome par rapport à la dynamique gestuelle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 40)
Mémoire dynamique de la construction de la forme humaine et maintien de cette forme lors du renouvellement des matériaux		« À l'insu de la conscience de l'homme, la matière abrite ainsi une mémoire dynamique qui restitue les étapes de la construction de la forme humaine. Les matériaux du corps se renouvellent en permanence sous l'effet de cette force vitale. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 40)

La globalité par le mouvement sensoriel

Une sensibilité de la matière due au mouvement sensoriel

Fonction réceptive de la dynamique vitale et réaction d'accommodation autonome à l'événement		« La dynamique vitale dans sa fonction réceptive capte instantanément chaque stress et génère immédiatement une réaction silencieuse qui se produit hors de la conscience intellectuelle de l'individu. Cette réaction physiologique d'accommodation, réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales, se résorbe spontanément si l'homme neurologique ne la fixe pas par les pensées mentalisées. 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 45)
----------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fibre sensible apportée par le mouvement sensoriel		« Le mouvement sensoriel donne au corps une fibre sensible qui fait qu'à son contact conscient, plus rien n'est comme avant. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 60)
Une sensibilité de la matière due à la présence du mouvement sensoriel		« Le mouvement sensoriel remplit en effet des fonctions fondamentales qui offrent à la matière une sensibilité permanente : " <i>Faute d'informations suffisamment claires, j'ai cru longtemps que la propriété réceptive de la matière était inhérente à la matière elle-même (la matière se ressent). J'ai maintenant accumulé suffisamment de "preuves subjectives" pour formuler l'hypothèse que le mouvement sensoriel est à l'origine de la sensibilité de la matière.</i> " » (Bourhis Courraud, 1999, p. 73)
Sensibilité de la matière au mouvement gestuel et adaptation aux modifications posturales et gestuelles		« Un troisième constat concerne la sensibilité au mouvement gestuel dont fait preuve la matière ; celle-ci semble en effet recevoir en temps réel des informations lui permettant de s'adapter à toutes les modifications posturales et gestuelles du corps. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 74)
Mouvement sensoriel et maintien du degré de densité de la matière		« En l'absence de mouvement sensoriel, la matière change de qualité et présente une densité anormale. De cette observation est née l'idée que le mouvement sensoriel maintient dans la matière un "degré de densité de base compatible avec la vie". » (Bourhis Courraud, 1999, p. 74)
Le mouvement sensoriel vecteur de la conscience corporelle		« En l'absence de mouvement sensoriel dans certaines régions, la conscience corporelle disparaît des zones concernées, entraînant du même coup une rupture de globalité de la dynamique gestuelle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 74)

Le mouvement sensoriel vecteur de cohésion dans la mise en action

Cohérence du comportement d'une structure anatomique appréciée par rapport à la dynamique d'ensemble		« Le fasciathérapeute est capable, grâce à son écoute manuelle, d'apprécier la cohérence du comportement de chaque structure anatomique par rapport à la dynamique gestuelle d'ensemble. Nous parlons de pathologie lorsque nous décelons une incohérence du comportement d'un élément du corps. Le terme de cohérence suppose l'existence d'une logique articulaire commune à tous les corps, en relation avec la gestuelle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 23)
Inscription dans la fonction sensorielle du corps, garante de la santé d'un tissu		« Un tissu qui ne s'inscrit pas dans la fonction sensorielle du corps et qui présente des déficiences de mouvement subjectif est un tissu en devenir de pathologie. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 56)
Globalité harmonieuse assurée par la conscience sensorielle via les tissus de l'organisme		« Le fascia est, au même titre que tous les autres tissus de l'organisme, une voie de circulation qui permet à la conscience sensorielle de maintenir une globalité harmonieuse. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 72)
Unité dynamique des éléments anatomiques par le mouvement sensoriel		« Au vu de cette deuxième observation, Danis Bois défend aujourd'hui l'idée suivante : le mouvement sensoriel est un "ciment de cohésion" qui maintient tous les éléments anatomiques dans une unité dynamique. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 74)

Participation active des différents tissus à la gestuelle : fonction spatiale du mouvement sensoriel		« Grâce à cette conscience spatiale, les différents tissus de l'organisme (la peau, les fascias, les muscles, les os, les organes) ne suivent pas passivement les mouvements et déplacements du corps, mais au contraire y participent très activement. Sans elle, les segments seraient comme aveugles ; nos gestes seraient malhabiles et hésitants, malgré des articulations tout à fait fonctionnelles. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 75)
Maintien de l'unité du corps dans la gestuelle par l'information sensorielle : participation active de tous les tissus aux déplacements du corps		« <i>Un jour, allez savoir pourquoi, il m'est apparu évident que tous les organes connaissent instantanément l'orientation que prend le corps dans l'espace. C'est un nouvel aspect du rôle primordial des informations sensorielles dans le maintien de l'unité du corps dans la gestuelle. Aucune partie de l'organisme, aussi infime soit-elle n'est exclue de ce processus. Contrairement à l'idée répandue, les organes ne subissent pas passivement les changements de direction du corps. Au contraire, ils sont prévenus des déplacements à l'instant même où la personne a l'intention de bouger. Sans cette information, les organes seraient soumis à des chocs et secousses dangereux pour leur intégrité physique et physiologique.</i> » (Bourhis Courraud, 1999, p. 76)

Un mouvement interne à exprimer : rapport entre mouvement subjectif et mouvement objectif

Étude du rapport entre mouvance interne et gestuelle

Expression gestuelle de la dynamique vitale résultante de tous les rythmes mineurs		« L'activité de la dynamique vitale (...) n'alimente pas seulement la micromobilité : elle possède également une expression corporelle, gestuelle, qui est en fait la résultante de tous les rythmes mineurs : rythmes énergétiques, tissulaires, des micromouvements » (Bois & Berger, 1990, pp. 120-122)
Étude du lien entre déplacement objectif et mouvement subjectif		« Il s'engagea alors dans une étude rigoureuse du rapport entre les déplacements objectifs des structures anatomiques et les mouvements subjectifs internes de la matière. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 32)
La biomécanique sensorielle comme analyse des liens entre mouvement interne et mouvement gestuel		« Au bout d'années de démarche dans ce sens est née la biomécanique sensorielle, qui représente la mise au point la plus mature du résultat des recherches de Danis Bois dans le domaine de la thérapie articulaire : l'analyse des liens entre mouvement interne et mouvement gestuel. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 33)
L'étude du mouvement interne dans son rapport avec la gestuelle majeure		« Les manifestations rythmiques du MRP s'étudient dans un corps en situation d'immobilité. De façon délibérée, notre choix se porte au contraire sur l'étude du mouvement interne dans son rapport avec la gestuelle majeure. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 51)
Revendication du mouvement sensoriel à l'expression dans un geste extérieur		« Avec le temps, non content de s'exprimer seulement dans la matière, il [le mouvement sensoriel] semble revendiquer le droit de s'exprimer dans le geste, et devient ainsi l'ambassadeur d'un lien entre le monde interne et le monde extérieur. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 60)
Fonction spatiale : mémoire de la dynamique du corps dans la matière, concernée par le		« Cette modélisation [fonction spatiale du mouvement sensoriel] permet de mieux comprendre l'évaluation du comportement tissulaire présenté au chapitre précédent : dans tous les tissus, la matière a gardé en elle une

geste		mémoire de la dynamique du corps, parce que chaque geste la concerne dans sa totalité. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 76)
Un mouvement interne invisible de manière objective		« A l'époque, il me paraissait incontournable que lorsqu'on posait ses mains sur le fascia, il nous restituait une dynamique, un mouvement interne. Si ce fait est incontestable, il se trouve que ce mouvement interne n'est pas visible ; le fascia est animé d'un mouvement qu'on ne voit pas de manière objective. » (Bois, 2001b, pp. 87-88)
Originalité du lien entre mouvement interne et gestuelle majeure en fasciathérapie		« J'ajoute par ailleurs qu'il n'est pas étonnant pour un ostéopathe de percevoir un mouvement interne au sein des tissus alors même que le corps reste immobile. Cependant, et ceci est très important, à aucun moment, l'ostéopathie n'a établi un lien direct entre le principe organisateur de ce mouvement interne et celui de la gestuelle majeure. » (Bois, 2001b, p. 91)
Questionnement relatif à la dialectique visible / invisible		« Je me questionnais face à la dialectique visible / invisible. Quelle est la meilleure façon d'accompagner une personne à exprimer, dans le monde du visible, ce qu'elle rencontre dans son monde intérieur invisible ? » (Bois, 2008, p. 10)

Des similitudes entre le mouvement interne et le mouvement visible

Similitude surprenante entre mouvement sensoriel et mouvement gestuel		« Je fus très surpris de constater une telle similitude entre mouvement sensoriel et mouvement gestuel. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 49)
Définition du mouvement sensoriel avec des paramètres similaires à ceux du mouvement gestuel		« <i>Je définis alors le mouvement sensoriel de la manière suivante : le mouvement sensoriel est une copie conforme du mouvement gestuel présent à l'intérieur de la matière. Il possède les mêmes orientations, la même amplitude ; par contre, il diffère dans sa vitesse. L'un est visible, l'autre est invisible.</i> » (Bourhis Courraud, 1999, p. 49)
Traces vivantes du principe organisé du mouvement interne dans la gestuelle		« Ainsi, en étudiant la gestuelle du corps, la manière dont on bouge, on retrouve les traces vivantes de ce principe organisé. » (Bois, 2001b, p. 90)
Similitude entre le mouvement interne et le mouvement gestuel		« la lecture de mon journal me donne de précieux repères à propos de la genèse de cette pédagogie: « Je fus très surpris de constater une similitude entre le mouvement interne et le mouvement gestuel. La coïncidence entre la vitesse lente du mouvement interne et celle du geste majeur convoque une résonance intérieure chez le sujet qui le vit et l'exprime. Dans le dedans du geste se joue un enjeu de présence particulière.» (Journal intime, 1988). » (Bois, 2008, p. 10)

Le micro-jeu articulaire, interface entre mouvement interne et mouvement gestuel

Un mouvement sensoriel crânien de l'amplitude du mouvement global vertébral		« En effet, le mouvement sensoriel perçu par la main du thérapeute au niveau des sutures crâniennes, bien qu'elles ne soient pas elles-mêmes des articulations à mouvement majeur, dessine exactement l'organisation
-----------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		du mouvement majeur du crâne, et son amplitude subjective restitue toutes les possibilités de voyage du crâne dans l'espace. Rappelons ici que l'amplitude des mouvements majeurs du crâne varie en fonction du nombre d'articulations sollicitées au niveau vertébral... » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 80-81)
Restitution subjective de l'amplitude du mouvement majeur dans le MJA		« Le micro-jeu articulaire est donc à la fois objectif et subjectif : objectif dans la mesure où il existe réellement au niveau de l'articulation un mouvement de très faible amplitude ; subjectif parce que parcouru à la lenteur sensorielle, il restitue l'amplitude du mouvement majeur autorisé par l'articulation. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 88)
De l'organisation du pré-mouvement à celle du geste, en passant par le micro jeu articulaire		« La biomécanique sensorielle restitue un principe codé dans un modèle d'organisation interne du mouvement. Le prémouvement sensoriel s'annonce tout d'abord dans l'enceinte invisible de la matière puis il s'énonce au niveau du micro jeu articulaire pour s'exprimer enfin dans l'effectuation d'un geste qui rentre dans la visibilité. » (Bois, 2001b, p. 91)

Représentation du geste

Mouvement sensoriel au sein du MJA garant du support de la représentation du geste		« Quand un micro-jeu articulaire cesse d'être animé par le mouvement sensoriel, la représentation mentale des gestes et l'acte moteur sont amputés d'une partie de leur support. » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 89-90)
Forme invisible du geste dans le MJA, support sensoriel de la représentation mentale du geste		« Dans le micro-jeu articulaire s'élabore de façon invisible la forme du geste. Cette forme invisible est le support sensoriel de la représentation mentale du geste, et sera réutilisée au moment de la mise en action du geste. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 93)

La globalité par la lenteur

La lenteur, fil conducteur dans la méthode

La lenteur à l'origine de la fasciathérapie

Circulation extrêmement lente du mouvement interne à la naissance de la fasciathérapie		« La première esquisse de la fasciathérapie est née avec le mouvement interne, et notamment la lenteur du mouvement interne. Je percevais que ce mouvement cheminait dans la matière dans une circulation extrêmement lente. » (Bois, 2008b, L91-94)
Stabilité de la lenteur au cours de l'évolution de la méthode		« Cette lenteur, je l'ai retrouvée tout au long de l'évolution de la méthode. » (Bois, 2008b, L94)
Mouvement interne, lenteur et point d'appui au		«Je suis parti avec trois principes, le mouvement interne, le rythme de deux fois par minute, et le point d'appui

départ de la fasciathérapie		qui concerne la personne. C'était révolutionnaire! » (Bois, 2008b, L195-197)
La lenteur, avec le point d'appui, à l'origine de la création de la fasciathérapie		« C'est quand j'ai découvert ces deux critères du mouvement lent et du point d'appui que je me suis dit que je ne m'inscrivais plus dans le paradigme de l'ostéopathie, mais dans celui de la fasciathérapie. » (Bois, 2008b, L189-191)

La lenteur parmi les quatre paramètres du mouvement

La lenteur, l'un des quatre paramètres de la DCE		« La D.C.E. tissulaire possède quatre paramètres caractéristiques : la direction, l'amplitude, la vitesse, et la cadence. Ces paramètres constituent le fil conducteur de nos traitements... » (Bois & Berger, 1990, p. 44)
La lenteur, l'un des quatre paramètres de la vie tissulaire		« La vie tissulaire s'exprime sous forme de voyages (enroulement-déroulement) possibles grâce à la propriété élastique rythmique du fascia. Le toucher élastique consiste à suivre ces voyages en respectant scrupuleusement quatre paramètres fondamentaux : l'orientation, la vitesse, l'amplitude, la cadence. » (Bois & Berger, 1990, pp. 93-95)
La lenteur, principe organique invariant de l'animation interne		« L'intérêt de la lenteur, à l'époque, était que je la retrouvais à l'identique chez tout le monde. Ça veut dire que l'orientation, l'amplitude, la cadence étaient singulières, tandis que je retrouvais le même mouvement, la même vitesse chez tout le monde. (...) On avait affaire à un principe organique, une organisation commune à l'homme. » (Bois, 2008b, L95-98)
Un rythme de deux fois par minute défini par la lenteur du mouvement interne		« Quand je suivais la vitesse du mouvement lent qui va à son terme physiologique, je constatais que la vitesse était de deux fois par minute. » (Bois, 2008b, L105-106)

La lenteur, paramètre premier du mouvement

Pouvoir de guérison détenu par la lenteur		« <i>Ce n'est pas la forme du mouvement qui détient le pouvoir de guérison, mais sa lenteur.</i> » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 37-38)
Vitesse comme force motrice du mouvement		[désaccord avec l'ostéopathie : seule l'amplitude servait de référentiel de bilan] « La vitesse représente à mes yeux la force motrice du mouvement. De la vitesse dépend l'orientation, l'amplitude, la cadence. » (Bois, 2001b, p. 88)
Primauté de la lenteur sur les autres paramètres comme principe porteur de la force du mouvement		« En fasciathérapie, il y a deux temps : le temps dynamique, dont le concept majeur est la lenteur (...) C'est la vitesse qui porte la force du mouvement. Les autres composantes sont tributaires de celle-ci. En travaillant la vitesse, on travaille le principe même de la dynamique. » (Bois, 2008b, L128-136)

Lenteur d'animation et globalité

Une lenteur de toutes les parties anatomiques du corps		« Or là, j'avais un mouvement de deux fois par minute, qui ne concernait pas seulement les fascias mais toutes les parties anatomiques du corps (...) C'était révolutionnaire ! » (Bois, 2008b, L192-197)
Une lenteur d'animation commune à toutes les couches du corps		« Le deuxième élément de globalité, il s'agit d'un mouvement interne qui concerne toutes les parties du corps. Avec la particularité que toutes les couches du corps ont une circulation d'une même lenteur. Donc à travers le geste lent, on a une action globale. » (Bois, 2008b, L721-723)
Introduction du qualitatif dans la rééducation sensorielle		« Le premier intérêt de la lenteur, c'est l'assistance proprioceptive dans tous les mouvements lents. (...) C'est une action objective, mais avec la lenteur, on introduit le qualitatif. (...) Il y a une assistance proprioceptive du départ à la fin du geste, qui permet au thérapeute et au patient de réajuster sa posture en temps réel » (Bois, 2008b, L948-957)
Un gage de présence et de globalité avec la lenteur dans la rééducation sensorielle		« La personne peut suivre elle-même l'évolution de son geste, et peut même décrire son geste, comme s'il y avait une pensée kinesthésique. C'est important pour que la personne soit présente à sa correction. (...) Quelques fois, il y a une région dorsale qui ne participe pas à l'ensemble de la colonne vertébrale. On a donc une action très importante, avec la lenteur » (Bois, 2008b, L974-980)
La lenteur, critère d'ajustement du geste		« On peut moduler la volonté dans le geste. Parfois, la personne est trop lente, d'autres fois trop rapide. » (Bois, 2008b, L977-978)
Un gage de présence avec la lenteur dans la rééducation sensorielle		« la lecture de mon journal me donne de précieux repères à propos de la genèse de cette pédagogie: « (...) La coïncidence entre la vitesse lente du mouvement interne et celle du geste majeur convoque une résonance intérieure chez le sujet qui le vit et l'exprime. Dans le dedans du geste se joue un enjeu de présence particulière. » (Journal intime, 1988). » (Bois, 2008, p. 10)

La globalité par le linéaire

L'articulation fondamentale de base

Articulation fondamentale de base, équilibre naturel entre mouvement circulaire et mouvement linéaire		« Puis il nous montra que si on le laisse exprimer spontanément son intelligence sensorielle, le corps associe naturellement un mouvement linéaire antérieur à une extension de la colonne vertébrale et un mouvement linéaire postérieur à une flexion de la colonne vertébrale. (...) Ainsi, tout équilibre résulte toujours de la combinaison entre un mouvement circulaire et un mouvement linéaire en sens opposé. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 64)
Pauvreté du rapport linéaire/circulaire dans la gestuelle habituelle		« Dans la gestuelle habituelle, les deux types de mouvement se trouvent dans un rapport de force obligé, le mouvement circulaire ne pouvant se réaliser sans le mouvement linéaire qui lui est attribué, et le mouvement

		linéaire étant le parent pauvre du mouvement circulaire. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66)
Nécessité d'un entraînement pour une conscience simultanée sur deux mouvements		« Le patient doit commencer et terminer le mouvement linéaire et le mouvement circulaire en même temps. La proposition paraît simple, mais il n'en est rien : poser sa conscience sur deux mouvements à la fois demande un grand entraînement ; le patient a souvent beaucoup de mal à synchroniser les deux mouvements, il en oublie l'un au profit de l'autre, au "top départ" ou au "top arrivée". » (Bourhis Courraud, 1999, p. 67)
Logique temporelle d'utilisation des composantes linéaire et circulaire dans la rééducation sensorielle		« La forme linéaire est à prédominance sensorielle et la forme circulaire est à prédominance motrice. On comprend mieux alors la nécessité de solliciter la composante linéaire du mouvement dans un premier temps pour ensuite introduire cette composante au sein d'une circularité. » (Bois, 2001b, p. 84)

La fonction sensorielle du linéaire

Appauvrissement de la gestuelle privée du mouvement linéaire		« L'absence de perception du mouvement linéaire vide le geste de tout sens. Sans lui, la gestuelle s'appauvrit et s'isole de tout » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65)
Globalité de conscience difficile en dehors du linéaire		« Plus préjudiciable encore, en dehors de la conscience du mouvement linéaire, l'attention de l'élève "perd pied" dès qu'un trop grand nombre d'articulations s'anime en même temps. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65)
Part sensorielle assurée par le mouvement linéaire, et part motrice assurée par le mouvement circulaire		« Danis Bois alla plus loin encore en affirmant que dans un mouvement majeur, à qui l'on connaît deux fonctions, l'une motrice et l'autre sensorielle, le mouvement circulaire représente et assure la part motrice, tandis que le mouvement linéaire est garant de la part sensorielle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66)
Mouvement linéaire support "anatomique" de la sensorialité corporelle		« Mais il [le mouvement linéaire] est aussi le "support anatomique" de la sensorialité corporelle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66)
Hypothèse de la fonction sensorielle du mouvement linéaire		« Je prends quelques libertés par rapport aux données scientifiques actuelles quand je propose l'hypothèse selon laquelle le mouvement linéaire est un mouvement qui sollicite d'une manière élective la fonction sensorielle du muscle, tandis que le mouvement circulaire sollicite davantage la fonction motrice. » (Bois, 2001b, p. 84)
Le linéaire, part du mouvement non conditionnée car jamais mise en conscience		« C'est une rééducation qui est là pour éviter, déconditionner les habitudes motrices et perceptives. (...) Si on veut déconditionner le geste, il faut faire appel au mouvement linéaire parce que le mouvement linéaire n'est pas conditionné parce qu'il n'a jamais été mis en conscience. » (Bois, 2008b, L996-1000)

Apport du linéaire à la coordination

Segmentation de la gestuelle privée du mouvement linéaire		« L'absence de perception du mouvement linéaire vide le geste de tout sens. Sans lui, la gestuelle (...) s'isole de tout, chaque segment semble devenir "individualiste". » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65)
-----------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Perception fine au sein de la globalité articulée en présence du mouvement linéaire conscient		« Quand le mouvement linéaire est conscient, la circularité s'intègre totalement dans la globalité du corps, la perception est à son maximum et la moindre animation articulaire est aussitôt repérée sans pour autant rompre la présence à la globalité articulée. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 65)
Fonction de coordination segmentaire du mouvement linéaire		« Le mouvement linéaire, que j'appelle mouvement de base, transmet à l'ensemble du corps une intention de direction. C'est un système qui assure une coordination segmentaire au sein d'un ensemble en mouvement, et il est garant du lien de globalité entre les différents segments. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66)

Gain de présence dans la globalité, avec le linéaire

Habitation du geste grâce à une conscience posée sur les deux composantes, linéaire et circulaire		« Poser sa conscience sur deux mouvements à la fois demande un grand entraînement (...) Quand [le patient] réussit, quelle récompense ! Le geste est habité d'une sensation de bien-être, de globalité et de présence à soi jusqu'alors inconnue. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 67)
Expérience nouvelle de la globalité dans le rapport conscient à la composante linéaire dans le geste		« Là, on avait atteint un autre degré de globalité, puisque dès lors que la personne se met en mouvement en prenant conscience de la présence de la composante linéaire dans le geste, la personne entrait dans une expérience de globalité. Une globalité qui jusqu'alors ne lui était pas autorisée. On a vu tout à l'heure que la lenteur participait au sentiment de globalité, mais là, on ajoute la lenteur et le mouvement linéaire. (...) J'avais là accès à permettre à la personne de se reconstituer dans sa globalité. » (Bois, 2008b, L788-795)
Expérience de présence à soi-même avec le mouvement linéaire		« Quand j'entends globalité, je l'entends sous le terme de globalité physique, mais [aussi avec la notion] de globalité de présence. La personne, quand on l'entraîne dans son mouvement linéaire, fait l'expérience d'une présence à elle-même. » (Bois, 2008b, L803-805)
Découverte non seulement de mouvements, mais de parties de soi inconscientes, au contact du linéaire		« Ce qui est étonnant, c'est que la présence du mouvement linéaire dans la flexion et dans l'extension, par exemple, n'entre pas dans le champ de conscience de la personne. À partir de là, est né un concept : à chaque fois qu'une personne découvre un imperçu d'elle-même, elle découvre une partie d'elle-même nouvelle. Elle ne découvre pas simplement un mouvement, mais une partie inconsciente d'elle-même. Ça mettait en mouvement des parties de conscience qui n'accédaient pas à des parties de la personne. (...) Tous les mouvements qui ne sont pas conscients, c'est la voie d'entrée pour soigner la présence à soi » (Bois, 2008b, L820-842)

La globalité adaptative, les différentes atteintes et leurs relations

Atteinte des fascias

Le fascia, un carrefour sensible

Le fascia, carrefour de résonance, starter des lésions révélées		« Dans tous les cas, l'approche mécaniste de la pathologie met en évidence le fascia comme étant le carrefour de résonance starter des lésions les plus révélées. » (Bois & Berger, 1990, p. 65)
Le fascia animé, élément clé du processus pathologique et du processus de guérison		« Notre écoute confère [au fascia animé de la D.C.E.] une place d'élément-clé tant du processus pathologique que du processus de guérison. » (Bois & Berger, 1990, p. 75)
Accès aux deux voies pathologiques tissulaire et énergétique par l'élasticité		« Le fasciathérapeute M.D.B. confirmé, grâce à sa lecture de l' <u>élasticité</u> , aura accès aux deux langages du corps et aux deux voies pathologiques : sa main écoute et normalise les lésions tissulaires, sa conscience capte et harmonise les perturbations énergétiques. Ensemble, elles englobent l'énergie et la matière. » (Bois & Berger, 1990, p. 75)
Le fascia comme calendrier de l'inscription des stress et comme interface entre deux modes d'adaptation		« Cette complexité prend appui sur la vie profonde du fascia : reliant les individualités anatomiques en une unité fonctionnelle, il est à la fois le calendrier des stress inscrits dans le corps et l'interface entre les adaptations respectives de la conscience neurobiologique et de la conscience autonome. » (Bois & Berger, 1990, p. 84)

Absorption par les fascias

Prolongation de l'impact d'une force, via la plasticité du fascia en réseau		« 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. » (Bois, 1984, p. 35)
Fonction réceptive de la DV et réaction fasciale d'accommodation autonome à l'événement		« La dynamique vitale dans sa fonction réceptive capte instantanément chaque stress et génère immédiatement une réaction silencieuse qui se produit hors de la conscience intellectuelle de l'individu. Cette réaction physiologique d'accommodation, réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales, se résorbe spontanément si l'homme neurologique ne la fixe pas par les pensées mentalisées. 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 45)
Absorption des chocs physiques et psychiques par la déformation du tissu conjonctif		« Le tissu conjonctif est en effet composé, entre autres, de fibres élastiques. Grâce à elles, il absorbe les chocs, les stress, les micro-traumatismes physiques ou psychiques, par sa faculté de se laisser déformer et de retrouver

		spontanément sa position initiale lorsque cesse la cause de sa déformation. Il figure ainsi parmi les régulateurs du stress, en répondant comme un ressort à toutes les agressions que subit le corps. » (Bois & Berger, 1989, p. 50)
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Répartition par les fascias

Prolongement de l'impact d'une force, via le réseau des fascias		« 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. » (Bois, 1984, p. 35)
Influences réciproques des régions crânienne et extra-crânienne, dans la pathologie		« 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 extracrânienne. » (Bois, 1984, p. 45)
Organisation d'une chaîne de solidarité par le fascia		« Bref, le fascia est omniprésent dans le corps, étendu sans discontinuité de la tête aux pieds et de la profondeur à la périphérie. Cette particularité permet de comprendre le mécanisme de la pathologie "globale". Quand une fixité apparaît dans un endroit donné, la répartition des fascias organise une "chaîne de solidarité" dans tout le corps. » (Bois & Berger, 1989, pp. 49-50)
Répartition et harmonisation des tensions par le fascia		« De par son omniprésence dans l'organisme, le fascia transforme une somme d'individualités anatomiques en une unité fonctionnelle. Cette membrane vivante relie chaque élément organique aux autres, l'intègre dans un ensemble, permettant ainsi la répartition et l'harmonisation de toutes les tensions quelle que soit la position adoptée par le sujet. » (Bois & Berger, 1990, p. 35)

Perte d'élasticité du fascia et apparition de fixités tissulaires

Agonie tissulaire suite aux désynchronisations des rythmes		« Tout point de fixité est synonyme de pathologie. Il convient de rechercher les différentes désynchronisations rythmiques responsables de l'agonie tissulaire. » (Bois, 1984, p. 166)
Expressions de l'agonie tissulaire en termes de changements de structures		« 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 une apparition d'une augmentation de la viscosité et transformation en fibrose et densification. » (Bois, 1984, p. 186)
Diminution de l'élasticité des fascias		« L'élasticité (...) est également le reflet de la mauvaise intégration des événements, qui crée une fixité et une empreinte stockée dans les tissus. L'élasticité diminue alors, entraînant une chute de la capacité d'adaptation au stress. » (Bois & Berger, 1989, p. 50)

Diminution de la rythmicité en cas de crispation du fascia		« L'élasticité du fascia permet l'expression physique de la dynamique vitale. Chaque fois qu'une crispation apparaît, la rythmicité cadencée du fascia diminue. » (Bois & Berger, 1989, p. 56)
Diffusion des troubles pathologiques par le fascia		« Cette étape [perturbation de la DCE] du processus pathologique se caractérise par la facilité avec laquelle les troubles observés diffusent : l'omniprésence du fascia dans l'organisme justifie bien ici la notion de pathologie globale. » (Bois & Berger, 1990, p. 68)
La perte d'élasticité, victime et fauteur de troubles		« La propriété élastique du fascia est concernée dans toutes les pathologies. Dans le processus pathologique, elle se pose en effet à la fois en tant que victime (en réagissant spontanément à un choc par une crispation autonome) et en fauteur de troubles (puisque la crispation entretient les freins mécaniques ou énergétiques). » (Bois & Berger, 1990, p. 95)

Atteinte du périoste et de l'os

Extension de l'atteinte du fascia au périoste

Une lésion créée par la crispation du fascia et fixée par le périoste		« Nous pouvons dire que le fascia crée la lésion par sa crispation autonome, et que le périoste fixe la lésion par sa fonction d'amarrage de tous les fascias. » (Bois & Berger, 1990, p. 69)
Une lésion créée par la crispation du fascia et fixée par le périoste		« Le fascia crée la lésion articulaire par résonance de la profondeur. Le périoste, lui, maintient durablement et fixe la lésion par un arrêt brutal de sa mouvance au niveau des points d'ancrage des fascias myotensifs, aponévrotiques, ligamentaires, capsulaires : en dernier lieu, l'équilibre rythmique articulaire est ainsi rompu. » (Bois & Berger, 1990, p. 104)

Le périoste, interface entre l'os et le fascia

Le périoste, tampon entre l'os et le fascia		« Le périoste assure, lui, une fonction de "tampon" entre l'os et le fascia. » (Bois & Berger, 1989, p. 54)
La densité du périoste, reflet de la gestion de la mémoire tissulaire		« [Le périoste] traduit, par son degré de densification, la capacité de gérer toute la mémoire mentale et émotionnelle du tissu. » (Bois & Berger, 1989, pp. 54-55)
D'une situation anatomique à un rôle fonctionnel pour le périoste		« J'ai constaté qu'au delà de cette réalité anatomique, le périoste réalise le lien entre les fonctions plus subtiles de l'os et du fascia, telles que nous les avons envisagées. » (Bois & Berger, 1989, p. 55)
Le périoste coince entre les influences du mental sur l'os et celles de l'émotion sur le fascia		« L'os est directement sous l'influence du mental, le fascia est directement sous l'influence de l'émotion et le périoste agit en diplomate entre les deux. Jusqu'au jour où sa capacité d'adaptation est dépassée. » (Bois & Berger, 1989, p. 55)
Le périoste, système-tampon entre l'os et le		« Le périoste correspond au système-tampon entre l'os et le fascia. La dynamique vitale s'exprime à ce niveau

fascia		par une mouvance. Lorsque cette dynamique rencontre un obstacle, le périoste se densifie. » (Bois & Berger, 1989, p. 56)
Les fonctions organiques sous la dépendance de l'intégrité de la mouvance périostée		« L'intégrité de la mouvance périostée est primordiale : d'elle dépendent la qualité rythmique des fascias (qui s'amarrent sur le périoste), l'équilibre neurovasculaire et la pression veineuse intra-osseuse. Grâce à elle, l'organisme peut moduler la pression capillaire osseuse, réguler ses échanges fluidiques, absorber les stress mécaniques, émotionnels et mentaux, et conserver une bonne rythmicité ostéomusculaire. » (Bois & Berger, 1990, p. 100)

L'os a sa vie propre

Des zones de cristallisation dans l'os		« Le toucher de l'os permet également de découvrir les zones de cristallisation, sorte d'inertie chronique de la dynamique vitale traduisant une surdité totale à l'appel de la vraie nature individuelle. » (Bois & Berger, 1989, p. 54)
L'os, couvercle ultime de la dynamique vitale		« L'os correspond au couvercle ultime de la dynamique vitale. Chaque zone inerte le cristallise davantage. » (Bois & Berger, 1989, p. 56)

Atteinte du sang et du système neurovégétatif

Contraintes mécaniques

Incidence vasculaire de la pathologie myofasciale		« une pathologie myo-fasciale provoque certes des troubles posturaux, mais aussi et surtout une incidence néfaste sur le système vasculaire. » (Bois, 1984, p. 50)
Influence indirecte des fascias sur les liquides justifiée par les liens anatomiques intimes avec les vaisseaux		« 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. » (Bois, 1984, p. 119)
Le ralentissement du flux sanguin, conséquence d'une distorsion aponévrotique et fasciale		« 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. » (Bois, 1984, p. 231)
Réactions vaso-motrices à tout type de chocs et variations		« Toutes variations mécaniques, thermiques, chimiques, électriques, créent une réaction vaso-motrice. Tout choc émotif ou traumatique crée également des réactions vaso-motrices. » (Bois, 1985, p. 73)
Désertion de certaines zones par la DV en présence d'obstacles physiques, psychiques ou		« Quand la dynamique vitale rencontre un obstacle physique, psychique ou émotionnel, la conscience de la dynamique vitale transportée par le sang n'accède plus aux zones concernées. » (Bois & Berger, 1989, p. 53)

émotionnels		
Contrainte mécanique exercée par un fascia en état de crispation autonome sur les vaisseaux		« Certains fascias, par crispation autonome, peuvent également devenir des zones critiques exerçant une contrainte mécanique sur les vaisseaux, quel que soit leur calibre. » (Bois & Berger, 1990, p. 127)

Réaction directe aux chocs

Fixation élective de certains types de chocs sur certaines artères		« Pour une raison non expliquée encore, des "types de choc" se fixent électivement sur certaines artères. » (Bois, 1984, p. 134)
Incidence du stress psycho-émotionnel sur le sang		[En plus d'une fixation sur le fascia :] « D'autre part, le stress psycho-émotionnel peut se fixer sur l'énergie qui anime le sang... » (Bois, 1984, p. 191)
Le système vasculaire réactif à tout type de chocs et variations		« Toutes variations mécaniques, thermiques, chimiques, électriques, créent une réaction vaso-motrice. Tout choc émotif ou traumatique crée également des réactions vaso-motrices. » (Bois, 1985, p. 73)
Traduction vasomotrice de l'ébranlement du système nerveux végétatif suite à un choc		« Tout choc émotif ou traumatique cause un ébranlement du système nerveux végétatif qui se traduit par des phénomènes vaso-moteurs. Ainsi la réaction vaso-motrice émotive se fait en général dans le sens de la vaso-constriction (...) il importe de constater que selon la qualité de l'émotion, la répartition du sang dans l'organisme peut être modifiée. » (Bois, 1985, p. 61)

Atteinte du Système neuro-végétatif

Incidence du stress psycho-émotionnel sur le sang et le système neuro-végétatif		[En plus d'une fixation sur le fascia :] « 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. » (Bois, 1984, p. 191)
Système neuro-végétatif perturbé par un mal-être mental		« Le système neuro-végétatif peut être perturbé par un mal-être mental entraînant des troubles psychosomatiques. » (Bois, 1984, p. 200)
Système neuro-végétatif sous l'influence directe du psychisme et indirecte de phénomènes irritatifs organiques et fonctionnels		« Dans tous les cas, la pathologie du système neurovégétatif 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. » (Bois, 1984, p. 196)
Perturbation des systèmes neuro-végétatif et endocrinien d'origine mécanique		« Les systèmes neuro-végétatif et endocrinien peuvent être perturbés localement par un traumatisme physique quelconque entraînant des troubles mécaniques. » (Bois, 1984, p. 200)

Diffusion de l'atteinte à l'ensemble et voie de résonance d'un choc

Impossibilité de lésion isolée		« 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. » (Bois, 1984, p. 35)
Une origine fasciale à plusieurs altérations rythmiques nécessairement associées		« 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, neuro-endocriniennes. » (Bois, 1984, p. 231)
Impossibilité de lésion isolée		« 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 ; ce dernier 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. » (Bois, 1985, p. 38)
Des obstacles physiques, psychiques ou émotionnels à la libre circulation de la dynamique vitale		« Quand la dynamique vitale rencontre un obstacle physique, psychique ou émotionnel, la conscience de la dynamique vitale transportée par le sang n'accède plus aux zones concernées. » (Bois & Berger, 1989, p. 53)
Voie de résonance d'un choc : une cascade de réactions		« L'expérience de la thérapie manuelle alliée à un entraînement rigoureux de ma conscience m'a permis de progressivement découvrir comment un choc (physique ou psychique) peut entraîner à sa suite un ensemble de réactions en chaîne conduisant tôt ou tard à la maladie déclarée : j'ai appelé cet ensemble de réactions la <i>voie de résonance d'un choc</i> . » (Bois & Berger, 1990, p. 65)
Voie de résonance d'un choc : sept étapes		« La <i>voie de résonance d'un choc</i> (...) emprunte sept étapes successives, parfois tellement rapidement qu'elles semblent contemporaines. Perception par la conscience fondamentale autonome (...) appauvrissement de la conscience du sang (...) crispation énergétique autonome du fascia (...) perturbation de la dynamique contractile élastique du fascia (...) perturbation du drainage liquidien et réaction neurovasculaire (...) blocage des micro-mouvements (...) maladie organisée. » (Bois & Berger, 1990, pp. 65-69)
Premiers troubles tissulaires, dans la voie de résonance d'un choc : la DCE		« La perturbation de la dynamique contractile élastique (D.C.E.) constitue le premier niveau de résonance physique, perceptible par la main. Elle entraîne les premiers troubles réellement tissulaires et apparaît bien comme étant l'interface entre la pathologie énergétique et la dégradation de la matière. » (Bois & Berger, 1990, p. 68)
Diffusion des troubles pathologiques par le fascia et la DCE		« Cette étape [perturbation de la DCE] du processus pathologique se caractérise par la facilité avec laquelle les troubles observés diffusent : l'omniprésence du fascia dans l'organisme justifie bien ici la notion de pathologie globale. » (Bois & Berger, 1990, p. 68)

Le processus d'adaptation de la voie de résonance d'un choc		« Les études réalisées sur le stress montrent, en effet, que l'organisme est capable de déclencher un processus d'adaptation à toute situation critique, en invitant le corps à se mettre en action de façon adéquate : c'est ce que nous appelons la voie de résonance d'un choc. » (Bois, 2006, p. 171)
Perturbation des fonctions physiologiques et psychiques suite à l'inscription d'un traumatisme dans les tissus		« Confronté au traumatisme, le corps réagit dans sa biologie et dans sa physiologie. Un traumatisme s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme. » (Bois, 2006, p. 172)
Les huit niveaux de la voie de résonance d'un choc		« La voie de résonance d'un choc comprend huit niveaux de réactions qu'il faudra évaluer manuellement un par un et libérer minutieusement : réactions neurovégétatives et neurovasculaires ; crispation des fascias ; perturbation du tonus ; tensions musculaires ; perturbations des rythmes tissulaires et physiologiques (respiration, pouls et mouvement interne) ; blocages articulaires ; désertion sensorielle ; état de mal-être. » (Bois, 2006, p. 172)
La somatisation, fixation pathologique dans le modèle de la voie de résonance d'un choc		« Ce qu'on appelle couramment la somatisation n'est finalement pas autre chose que l'expression individuelle d'une fixation pathologique à un niveau donné de la voie de résonance d'un choc. » (Bois, 2006, p. 173)
Restitution d'une physiologie par la relation d'aide manuelle à chaque niveau de la voie de résonance d'un choc		« La relation d'aide manuelle libère de façon méthodique chaque niveau de la voie de résonance d'un choc. 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, le tonus excessif se relâche, les crispations des fascias cèdent, ainsi que les immobilités. La sensorialité est réactivée, rendant à nouveau perceptible la présence du mouvement interne. Le mal-être disparaît. » (Bois, 2006, p. 173)

Absorption des chocs tant physiques que psychiques dans les tissus

Une origine des troubles soit physique soit psychique		« 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. » (Bois, 1984, p. 189)
Incidence tissulaire du stress psycho-émotionnel		« 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. » (Bois, 1984, p. 191)

La globalité comme unité somato-psychique

Des termes propres à la psychologie utilisés pour le corps

Le fascia vu comme langue du psychisme		« Au plus profond de leur élasticité, les fascias reçoivent aussi toutes les émotions. Le fascia est véritablement "l'arbre généalogique du corps" et mérite la qualification de "langue du psychisme". » (Bois, 1985, p. 34)
Application au corps de termes dédiés à la psychologie		« La main détecte alors un véritable chagrin du névraxe, une angoisse des tissus, une mélancolie des flux et reflux liquidiens, une dysharmonie des grands systèmes. » (Bois, 1985, p. 60)
Résonance psychologique de l'articulation		« Le terme de "comportement articulaire" a été choisi pour refléter notre façon très large d'envisager l'articulation, tant dans ses paramètres mécaniques que dans sa résonance psychologique. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 85)
Notion de dialogue tissulaire		« J'introduisis alors la notion de dialogue tissulaire. » (Bois, 2006, p. 71)
Autre auteur à relier des registres lexicaux		« A. de la Garanderie (1989) soulevait l'importance de « comprendre les gestes mentaux ». » (Bois, 2008, p. 13)

Le constat du corps comme terrain d'expression du psychisme

Rythmes tissulaires

Le fascia en tant que reflet du psychisme par l'imbrication anatomique		« Le fascia est le reflet du psychisme, du fait de son imbrication avec les membranes intracrâniennes et la dure-mère. » (Bois, 1984, p. 140)
Influence de notre vie émotionnelle sur notre état de santé		« Notre état de santé dépend de notre faculté à assumer nos réactions face à nos émotions. » (Bois, 1984, p. 191)
Désynchronisation des rythmes en lien avec un mal-être mental		« 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. » (Bois, 1984, p. 196)
Réception des émotions par le fascia élastique		« Au plus profond de leur élasticité, les fascias reçoivent aussi toutes les émotions. Le fascia est véritablement "l'arbre généalogique du corps" et mérite la qualification de "langue du psychisme". » (Bois, 1985, p. 34)
La fixité comme point pathologique commun aux tissus et au psychisme		« Une pathologie quelle qu'elle soit est le résultat d'un point de fixité qui par définition traduit un point qui perd son caractère de réversibilité spontanée. Cela peut signifier en termes mécaniques un os maintenu dans une position extrême par une réaction réflexe des éléments environnants. Cela peut aussi traduire en termes psychiques avoir une "idée fixe". » (Bois, 1985, pp. 60-61)

Le corps, système tampon entre mental et dynamique vitale		« À la lumière de telles évolutions, l'homme se révélait être bien plus qu'un corps affublé d'un psychisme, si complexe fut-il. Ce corps m'apparaissait plutôt comme un "système-tampon" entre ce que j'appelle le mental et la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1989, p. 17)
Définition de la dynamique vitale comme étant à la fois une conscience qui capte, une pensée qui informe, une énergie qui anime		« 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). » (Bois & Berger, 1989, p. 45)
La réversibilité des phénomènes adaptatifs du fascia sous l'influence de l'état psychique de la personne		« Cette réaction physiologique d'accommodation, réalisée par l'intermédiaire des crispations fasciales, se résorbe spontanément si l'homme neurologique ne la fixe pas par les pensées mentalisées. » (Bois & Berger, 1989, p. 45)
Fixation dans le fascia et l'os des informations de la vraie nature non exprimées		« En effet, les informations de la vraie nature, remontées à la conscience mais mal assumées se figent dans le fascia et affectent son élasticité ; l'os au contraire stocke les informations originelles avortées avant même qu'elles ne se révèlent à la conscience. » (Bois & Berger, 1989, p. 54)
Influences spécifiques de la vie psycho-émotionnelle sur l'os et le fascia		« On peut aller jusqu'à dire ceci : l'os est directement sous l'influence du mental, le fascia est directement sous l'influence de l'émotion et le périoste agit en diplomate entre les deux. Jusqu'au jour où sa capacité d'adaptation est dépassée. » (Bois & Berger, 1989, p. 55)
Crispation durable du fascia suite aux stress physiques et émotionnels entravant sa mobilité rythmique		« Le fascia est véritablement le squelette psychique de l'individu, imprimant en lui tous les stress physiques ou émotionnels qu'il subit. Tous se traduisent par des crispations durables du fascia, créant des zones plus ou moins denses qui entravent sa mobilité rythmique. » (Bois & Berger, 1989, p. 85)
Reflet de la vie émotionnelle et mentale, sur le fascia à travers la dynamique contractile élastique		« Nous l'avons vu, la dynamique contractile élastique du fascia, en répondant par une réaction autonome à chaque stress physique ou psychique, fait de ce tissu le reflet de toutes les empreintes émotionnelles et mentales. » (Bois & Berger, 1990, p. 90)
Nécessité de la prise en compte de la dimension psychologique de la personne dans le tissu		« À travers le mouvement interne, l'ostéopathie s'adresse à la vitalité qui s'exprime dans le corps du patient, mais de mon point de vue, comme j'essaierai de le défendre, elle ne prend pas suffisamment en compte la dimension psychologique de la personne, prégnante même dans le tissu. » (Bois, 2006, p. 34)
Dynamisme du mouvement interne dépendant de l'état psychique		« Simultanément, j'observais qu'il existait un lien réel entre le mouvement interne et l'état psychique de la personne : selon l'état psychique et affectif du moment, le mouvement interne était plus ou moins dynamique sous la main, parfois même, quand le trouble était particulièrement fort, le mouvement interne désertait carrément le tissu. » (Bois, 2006, p. 36)
La vitalité corporelle sous la dépendance du psychisme		« Cette force de vitalité du corps est extrêmement dépendante du psychisme. » (Bois, 2010, L185)

Systèmes vasculaire et neuro-végétatif

Influence du champ psycho-émotionnel sur l'énergie du sang		« 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. » (Bois, 1984, p. 134)
Fixation de chocs sur certaines artères		« Pour une raison non expliquée encore, des "types de choc" se fixent électivement sur certaines artères. » (Bois, 1984, p. 134)
Influence des désaccords psychiques sur le SNV		« Dans tous les cas, la pathologie du système neurovégétatif 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. » (Bois, 1984, p. 196)
Perturbation du système neuro-végétatif par un mal-être mental		« Le système neuro-végétatif peut être perturbé par un mal-être mental entraînant des troubles psychosomatiques. » (Bois, 1984, p. 200)
Jeu vasomoteur engendré par de puissantes émotions		« Cannon, dans "Wisdom of the body", a exposé les grandes réactions adaptatives de l'organisme produites au cours de puissantes émotions de colère ou de peur (...). Toutes ces réactions en chaîne décrites par Cannon se déterminent par un jeu vasomoteur nécessitant une vasodilatation dans des zones spécifiques contrebalancée par une vasoconstriction dans d'autres zones. Cependant, une fois "l'orage passé", certaines empreintes peuvent être durables. » (Bois, 1985, p. 60)
Ébranlement systématique du système neurovasculaire lors d'un choc émotif ou traumatique		« Tout choc émotif ou traumatique cause un ébranlement du système nerveux végétatif qui se traduit par des phénomènes vaso-moteurs. Ainsi la réaction vaso-motrice émotive se fait en général dans le sens de la vasoconstriction (...) il importe de constater que selon la qualité de l'émotion, la répartition du sang dans l'organisme peut être modifiée. » (Bois, 1985, p. 61)
Extrémités froides lues comme une expression somatique possible d'une absence de joie intérieure ou d'un blocage émotif passé		« La relaxation provoque une chaleur liquidienne à travers tout le corps associée à une pulsation généreuse de tout le système vasculaire. Les extrémités froides, en dehors du contexte thermique extérieur, signifient parfois une absence de joie intérieure ou un blocage émotif passé. » (Bois, 1985, p. 61)
Un lâcher-prise émotif toujours accompagné d'une libération liquidienne		« 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. Une libération liquidienne accompagne toujours un lâcher-prise émotif. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)

Somatisation

Le retour à la confiance comme déclencheur d'un processus organique de guérison		« J'ai vu des patients tomber gravement malades, en un temps record, après un événement trop violent ou mal assumé. J'en ai vu d'autres, considérés comme étant incurables, se rétablir de façon spectaculaire suite à un geste ou à une parole qui leur avait simplement rendu la confiance : ceux-là avaient redécouvert la Vie. » (Bois & Berger, 1989, p. 17)
---------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Système unifié entre corps et psychisme		« On peut réellement dire que l'état du corps reflète l'état du psychisme et que l'état du psychisme reflète l'état du corps ; nous sommes en présence d'un seul système qui fonctionne de manière unifiée. » (Bois, 2006, p. 72)
Inscription d'un choc dans les tissus et le psychisme		« Confronté au traumatisme, le corps réagit dans sa biologie et dans sa physiologie. Un traumatisme s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme. » (Bois, 2006, p. 172)
La somatisation vue comme une fixation pathologique à un niveau donné de la voie de résonance d'un choc		« Ce qu'on appelle couramment la somatisation n'est finalement pas autre chose que l'expression individuelle d'une fixation pathologique à un niveau donné de la voie de résonance d'un choc. » (Bois, 2006, p. 173)
Individualité des profils de somatisation dessinant des identités pathologiques		« Chaque personne "somatise" à sa manière : l'une au niveau de la tête (maux de tête, migraines...) ; l'autre au niveau des viscères (cœur, ventre, appareil génital...) ; une autre encore au niveau articulaire (par exemple, lombalgie, douleurs d'épaule). Ces tendances individuelles dessinent ainsi, à travers ces symptômes, des sortes d'identités pathologiques. Chez telle personne, le mal-être déclenchera systématiquement un trouble gynécologique ; chez telle autre, des manifestations cutanées ou encore des brûlures d'estomac. » (Bois, 2006, p. 173)

Découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique

Effet psycho-émotionnel vécus lors de libérations artério-veineuses		« 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. » (Bois, 1984, p. 135)
Enjeu psychique vécu par le patient durant le point d'appui manuel		« Durant la fuite intemporelle de la matière à traiter, 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 » (Bois, 1984, p. 172)
Point d'appui mental : le face à face avec soi		« Le point d'appui mental met le patient face à lui-même de manière consciente ou inconsciente, mais toujours incontournable. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)
Source de conflits perçue au contact de la profondeur		« Un traitement réalisé dans ces conditions [de profondeur] éveillera chez le patient des sensations dépassant la simple libération physique : l'individu pourra lui-même capter la source de ses conflits. » (Bois & Berger, 1990, p. 90)
Changement du regard sur ses pensées suite à une séance de travail gestuel		« Je pensais qu'il était nécessaire d'exposer au monde extérieur les enjeux du monde intérieur ; et c'est ainsi que j'ai introduit le langage gestuel. (...) Ils témoignaient souvent des changements qu'une telle séance provoquait même sur leur mode de pensée : « C'est comme si je portais un regard neuf sur mes pensées », me disait-on

		régulièrement. » (Bois, 2006, p. 79)
Sentiment d'être écouté dans sa totalité sous les mains du fasciathérapeute		« 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. La main épouse le volume musculaire, prend contact avec la présence de l'os, concerne une globalité et une profondeur qui font que la personne se sent d'emblée écoutée et prise en compte dans tout ce qu'elle est. Sensation parfois surprenante tant elle est inhabituelle. » (Bois, 2006, p. 105)
Perception d'une consistance de soi au contact du mouvement interne		« Mais surtout, au-delà de cet enveloppement, la main sollicite le mouvement interne qui donne à la personne la perception de sa consistance propre à travers la rencontre de sa matière corporelle... » (Bois, 2006, p. 105)
Reconnaissance d'une totalité de soi au contact du mouvement interne		« Là, la sensation est plus étonnante encore : la personne se reconnaît tout entière, et découvre comme un portrait d'elle-même dans son intériorité... » (Bois, 2006, p. 105)
Un sentiment d'exister constitué du rassemblement de détails de soi-même		« Le patient découvre avec étonnement des détails de lui-même inconnus jusqu'alors, qui sont autant de morceaux dispersés qui se rassemblent pour donner corps à son sentiment d'exister. » (Bois, 2006, p. 105)
D'un senti à une signification		« Cela a représenté une de nos grandes surprises, de nous rendre compte que les contenus de vécus en lien avec le mouvement interne n'étaient pas seulement des perceptions du corps, mais étaient aussi porteurs de sens pour le sujet lui-même, porteurs d'un nouveau type de connaissance. » (Bois & Austry, 2007, p. 7)
La connaissance immanente, émergence d'une relation au mouvement interne		« Dans le paradigme du Sensible, nous avons dénommé ce nouveau type de connaissance : connaissance immanente ; immanente parce que celle-ci émerge d'une relation au mouvement interne, principe cinétique animant toute la matière du corps » (Bois & Austry, 2007, p. 7)
Les effets du toucher de relation sur l'état psychique		« 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... » (Bois, 2008, p. 9)
Impact de la perception sur la manière de réfléchir		« le questionnement descriptif du vécu : « qu'est-ce que j'ai réellement ressenti ? » devenait un questionnement réflexif : « qu'ai-je appris de ce que j'ai ressenti ? » Dans ce cas de figure, la personne ne se contentait pas de ressentir, elle percevait l'impact de sa perception sur sa manière de réfléchir. » (Bois, 2008, p. 13)
Effet structurant sur la psychologie d'un travail conjoint sur la mise en action, la conscience corporelle et la directionnalité		« Cette rééducation, qui alliait à la fois la lenteur et le mouvement linéaire dans la circularité, travaillait la mise en action de la personne, la conscience corporelle et la directionnalité, ça permettait à la personne de se situer, et cela était très structurant d'un point de vue psychologique. » (Bois, 2008b, L805-808)
Rencontre avec soi et pas seulement un mouvement à travers le ressenti		« Le fait que les gens découvrent cette partie-là en eux va changer leur vie. Parce que à travers ce qu'ils ont ressenti, ce qu'ils ont rencontré... Ce qu'il faut savoir, c'est qu'ils se sont rencontrés, ils n'ont pas rencontré un

mouvement, ils se sont rencontrés eux-mêmes. » (Bois, 2008b, L1371-1374)

La médiation avec le psychisme dans le toucher manuel

Remontées de vagues émotionnelles accompagnant une libération tissulaire		« Très souvent, lorsqu'une douleur cesse ou qu'une contraction disparaît, le patient sent remonter en lui des "vagues émotionnelles", soit sous forme de "flashes" ou de sensations. » (Bois, 1984, p. 192)
Intervention sur l'émotion à travers l'approche manuelle		« Il y a deux façons d'intervenir sur l'émotion. La première, verbale, crée des situations capables d'extérioriser une émotion figée. La seconde, manuelle, écoute le langage silencieux du tissu, et offre le moyen au corps, au mental, et à la dynamique vitale de se reconstruire autrement. » (Bois & Berger, 1989, p. 40)
Réalisation du point d'appui mental à partir des points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien		« 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)
Accès aux informations psycho-émotionnelles du patient à travers les confidences du fascia suscitées par la main		« Susciter par la main les confidences du fascia peut donc donner accès, outre aux paramètres purement physiques, à toutes les informations émanant du champ psycho-émotionnel de l'individu, à tous les freins émotionnels et mentaux qui s'opposent à la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1990, p. 90)
Prise en charge d'un patient englobant ses compensations physiques, émotionnelles et mentales		« Nous ne nous adressons jamais à un membre ou à une région donnée, pas plus qu'à une maladie particulière. Chaque zone travaillée est englobée par la main et par la conscience du praticien dans un ensemble qui comprend toutes les compensations physiques, émotionnelles et mentales du patient, quel que soit l'endroit où elles se manifestent. » (Bois & Berger, 1990, p. 142)
Intégration du mouvement interne aussi bien au niveau tissulaire qu'au niveau des aires de représentation		« Danis Bois remarqua que trois allers et retours de cette sorte étaient nécessaires pour que l'information rythmique soit intégrée non seulement par le tissu, mais aussi au niveau des aires de représentation. » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 52-53)
Action du mouvement sensoriel sur la personne elle-même autant que sur les tissus		« Le mouvement sensoriel n'a pas seulement une action profonde sur les tissus, mais aussi sur la personne elle-même. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 59)
Hypothèse de la participation du mouvement interne à la régulation psychique		« J'avais finalement cette hypothèse hardie : 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. » (Bois, 2006, p. 36)
Mobilisation des forces de régulation organiques et psychiques par le point d'appui		« 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. » (Bois, 2006, p. 72)

Un toucher ne réduisant pas la personne à son organisme		« 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. » (Bois, 2006, p. 72)
Influences sur la pensée et l'action de la personne par l'entretien manuel		« Et, de la même façon que l'entretien verbal tente de permettre au patient de trouver des solutions innovantes à sa problématique au niveau de ses pensées et de ses actes, l'entretien manuel décèle des voies de passage inédites au sein du corps qui influencent la pensée et l'action de la personne. » (Bois, 2006, p. 72)
Régulation organique et psychique par le mouvement interne		« Nous abordons le mouvement interne comme une animation de la profondeur de la matière portant en elle une force qui participe non seulement à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme. » (Bois & Austry, 2007, p. 7)
Imprégnation par le mouvement interne de la matière, de la conscience et de la pensée du sujet qui perçoit		« La part de neutralité correspond à un « laisser venir à soi » les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir. Dans ce cadre d'observation, le mouvement interne "prend corps" pour le sujet qui perçoit et imprègne tout autant sa matière, sa conscience et sa pensée. » (Bois & Austry, 2007, p. 10)
Concernation de la totalité de la personne avec le mouvement interne		« "Les mouvances que je perçois ne sont pas en accord avec le modèle décrit en ostéopathie. 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 intime, 1980) » (Bois, 2008, p. 9)
Sollicitation d'un fort sentiment d'implication chez la personne à partir du toucher relationnel		« Avec l'ostéopathie, je soignais un organisme. Avec la fasciathérapie, je concernais la personne dans sa totalité somato-psychique. J'introduisais alors ce qui fit la spécificité de la fasciathérapie, le toucher relationnel ou le point d'appui consistant à réaliser un « contact » manuel qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication. » (Bois, 2008, p. 9)
Influences réciproques entre les pôles physique et psychique via la modulation psychotonique interne		« Je constatais que la fasciathérapie avait une influence simultanée, par le jeu d'une modulation psycho-tonique interne, sur les plans somatique et psychique. À l'évidence, les deux pôles s'influençaient réciproquement car, dès que le corps était touché de manière profonde, ce n'était pas seulement l'organisme qui était concerné, mais l'être vivant dans sa totalité. » (Bois, 2008, p. 9)
Le corps comme lieu de médiation privilégiée pour aborder la globalité du patient, psyché comprise		« Dans le contexte du Sensible, le corps n'était plus traité pour lui-même, mais devenait une médiation privilégiée pour aborder la globalité du patient, psyché comprise. » (Bois, 2008, p. 11)
Sollicitation de la dimension biographique du corps via le psychotonus		« Toucher un organisme était une chose, mais toucher la personne sur la modalité psycho-tonique la concernait dans son corps biographique. » (Bois, 2008, p. 16)
Sollicitation de la dimension biographique du corps via le psychotonus		« Non seulement notre toucher fait participer l'organisme de la personne, il fait participer la vie psychique de la personne... Quand j'entends la vie psychique, j'entends la dimension biographique du corps. Ça veut dire que

		<p>lorsqu'on touche le corps, on touche l'histoire de la personne. Ce n'est pas simplement un accordage somato-psychique, c'est réellement une sollicitation de la biographie de la personne (...) dans son contexte de vie. Quand on touche le contexte de vie, on touche à la temporalité de la personne, ses histoires, ses traumatismes... » (Bois, 2008b, L749-756)</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La globalité dans la posture et la pratique du praticien

Une posture centrée sur la personne

Prise en compte de l'organisme en entier et prise en charge de la personne dans sa totalité

Prise en compte de l'organisme en entier dans le traitement d'une lésion

Prise en compte de l'organisme entier dans la réponse à une lésion spécifique		« 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. » (Bois, 1984, p. 21)
Prise en compte de l'organisme entier au-delà de la lésion apparente		« Quelques gestes simples et très précis apportés avec chaleur humaine ont suffi à régulariser un organisme entier et non comme on le voit trop souvent à l'heure actuelle, la prise en compte de la seule partie malade, laquelle pouvant n'être que le témoin d'une lésion adaptative souvent beaucoup plus bruyante que la lésion primitive. » (Bois, 1985, p. 40)

Prise en charge de la personne dans sa totalité

Plaisir du thérapeute lors de la prise en charge d'un malade et non d'une maladie		« Je voudrais aussi revenir sur le plaisir qu'éprouve le thérapeute à écouter, à inspecter, à poser un bilan précis à traiter de ses propres mains un malade et non une maladie. » (Bois, 1985, p. 40)
Vision globale de la vie, de la survie et du potentiel énergétique		« Il ne s'agit plus de mettre en corrélation la maladie avec la présence de symptômes : il s'agit plutôt d'englober dans une même vision les symptômes de la survie, les symptômes de la vie, et le potentiel énergétique de la vie elle-même. » (Bois & Berger, 1990, p. 85)
Prise en charge globale d'un patient avec ses compensations physiques, émotionnelles et mentales		« Nous ne nous adressons jamais à un membre ou à une région donnée, pas plus qu'à une maladie particulière. Chaque zone travaillée est englobée par la main et par la conscience du praticien dans un ensemble qui comprend toutes les compensations physiques, émotionnelles et mentales du patient, quel que soit l'endroit où elles se manifestent. » (Bois & Berger, 1990, p. 142)
Un toucher ne réduisant pas la personne à son organisme		« 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. » (Bois, 2006, p. 72)
Existence d'une différence entre travail sur l'organisme et travail sur la personne		« Parce qu'il y a une différence entre travailler sur l'organisme et travailler sur la personne. » (Bois, 2008b, L169-170)

Individualisation et personnalisation de l'approche

Stratégie commune d'évitement d'un face à face et singularité de l'expression finale de la maladie		« Le patient souffrant de "mal être" pense souvent être un cas unique, victime d'une "fatalité teigneuse". Si chaque cas nécessite une approche unique dans l'expression finale qu'est la maladie, il s'agit le plus souvent d'un malaise collectif où chacun use de tous les stratagèmes pour reculer l'échéance d'un face à face trop rigoureux jusqu'au jour où s'installe un conflit intérieur s'exprimant par la souffrance du corps. » (Bois, 1985, p. 21)
Unicité de l'individu et individualisation du traitement		« Pas un traitement n'est commencé de la même manière ; jamais une même maladie n'est abordée d'une façon identique. Ce serait faire offense à l'entité unique qu'est l'homme qui nous confie son corps. » (Bois, 1985, p. 32)
Singularité de la demande d'un corps et de ses manifestations énergétiques et tissulaires		« La demande d'un corps est toujours individuelle, et se manifeste à chaque instant par des phénomènes énergétiques et tissulaires propres à chacun. » (Bois & Berger, 1990, p. 26)
Interrogation du fascia nécessaire pour un impact sur l'histoire de la maladie		« Un geste thérapeutique, s'il veut avoir un impact sur toute l'histoire de la maladie, doit impérativement interroger le fascia et son environnement (phénomènes liquidiens et énergétiques) pour susciter les confidences de la profondeur du corps. » (Bois & Berger, 1990, p. 84)
Universalité des critères d'évaluation et singularité des perceptions des mouvements majeur et interne		« Nos critères d'évaluation sont puisés dans ce qui est commun à tous, tandis que l'individualité de chacun est observée dans la conscience plus ou moins grande que le patient a de son mouvement majeur et interne : en effet, si tous les corps sont soumis aux mêmes lois de mouvement, tous les individus n'en ont pas la même perception. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 24)
Sollicitation de la dimension biographique de la personne via le psychotonus		« Quand j'entends la vie psychique, j'entends la dimension biographique du corps. Ça veut dire que lorsqu'on touche le corps, on touche l'histoire de la personne. Ce n'est pas simplement un accordage somato-psychique, c'est réellement une sollicitation de la biographie de la personne. Le toucher concerne non seulement la personne, mais la personne dans son contexte de vie. Quand on touche le contexte de vie, on touche à la temporalité de la personne, ses histoires, ses traumatismes... » (Bois, 2008b, L751-756)

Sollicitation de la participation du patient

Pré-endormissement, condition d'accès à la profondeur		« 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 (...) Plus le sujet est détendu, moins les défenses réflexes empêchent la main du thérapeute d'aller dans la profondeur des fascias. » (Bois, 1984, p. 140)
Responsabilité du patient dans le lâcher-prise et dans sa guérison		« Dans un processus de guérison vraie interviennent toutefois trois éléments : l'efficacité de la méthode, la solidité du praticien, et votre désir profond de guérir. (...) La guérison est en effet toujours une affaire de lâcher-prise dont la responsabilité revient au patient. » (Bois & Berger, 1989, p. 84)

Sollicitation de la participation du patient dans un face-à-face incontournable avec lui-même		« 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. Le point d'appui mental met le patient face à lui-même de manière consciente ou inconsciente, mais toujours incontournable. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)
Éveil d'une normalisation "de l'intérieur", par la communion de conscience à conscience entre patient et thérapeute		« La qualité de présence du patient garantit les conditions de normalisation à ce niveau de profondeur. 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 & Berger, 1990, p. 91)
Évaluation de la participation du patient selon l'étendue de la tension régénératrice exponentielle		« 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. » (Bois & Berger, 1990, pp. 109-111)
La force interne invitée à s'exprimer par le geste thérapeutique		« Le fascia était à l'époque son plus précieux allié pour dialoguer avec le corps et susciter son envie de guérir. (...) Ainsi, la puissance d'un geste thérapeutique ne se mesure pas à la volonté déployée par le praticien pour régler une lésion, mais à sa capacité d'inviter la force interne du corps à s'exprimer et à libérer elle-même le problème. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 18)
Évaluation de la participation du patient selon le délai d'apparition de la tension génératrice exponentielle		« Il y a une tension génératrice exponentielle, qui était un élément diagnostic. Le délai d'apparition de cette tension était différent pour chaque personne. Chez certaines personnes, le délai d'apparition était long, il était court chez d'autres. J'avais un élément de diagnostic. C'était un élément important pour moi : ça me précisait que j'étais dans le bon geste, que mon point d'appui était pertinent, et ça me précisait que la personne participait, dans son intériorité, à son processus de guérison. » (Bois, 2008b, L148-152)
Point d'appui de support du praticien au déploiement de la force interne du patient		« "Laissez une force interne s'exprimer plutôt qu'une force externe obligatoirement aveugle" (...) correspond au paradigme des thérapies centrées sur la personne, puisque le praticien considère qu'il doit composer avec la force naturelle du patient et que sans elle, la solution n'est pas possible. (...) Moi, en tant que praticien, je te donne le point d'appui. Toi, au contact du point d'appui, tu as la responsabilité de déployer ta force. Donc on voit que la personne est là. À l'époque, j'appelais cela la loi "un tiers - deux tiers". Cela voulait dire que le praticien devait faire au départ deux tiers du travail, puis, ensuite un tiers du travail. C'était ma manière de dire que le praticien est là en support. » (Bois, 2008b, L453-463)
Sollicitation avec le psychotonus d'une globalité entre corps et psychisme par le traitement de l'information		« Dans le psychotonus, (...) notre geste thérapeutique concerne à la fois le corps et la vie psychique de la personne. (...) On a également une globalité qui apparaît dans la négociation entre une information et le traitement cognitif. (...) On ne fait pas simplement déclencher quelque chose, mais la personne doit réaliser un traitement de cette information. » (Bois, 2008b, L 742-758)
Dimension expérientielle du soin en		« C'est autour de cette expérience que la personne est amenée à se comprendre, à se découvrir, à se reconnaître.

fasciathérapie plutôt que soin		(...) En tant que fasciathérapeute, vous ne devez jamais oublier que vous proposez à la personne de faire une expérience d'elle-même, (...) vous savez que vous faites vivre une expérience et pas simplement un soin. » (Bois, 2008b, L1293-1308)
--------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actions et modes d'action globalisants du praticien

Globalité recrutée chez le praticien

Déploiement de la présence du praticien par son engagement dans sa globalité corporelle

Nécessité d'une solidité posturale du praticien au cours du point d'appui		« D'une manière "spontanément intelligente", le corps du patient tentera de fuir dans les failles de stabilité tensionnelle au niveau des articulations du membre supérieur et de la colonne vertébrale du thérapeute. C'est pourquoi lorsque la traction élastique est effectuée, le thérapeute ne doit présenter aucune faille dans son maintien postural. » (Bois, 1985, p. 87)
Constitution de la présence du thérapeute à partir d'une conscience aiguësée et d'une solidité intérieure en vue d'une efficacité maximale du geste thérapeutique		« La présence du thérapeute, enfin, est la résultante d'une conscience aiguësée et d'une solidité intérieure autorisant l'efficacité maximum du geste thérapeutique. » (Bois & Berger, 1990, p. 26)
Construction progressive de la globalité de présence du thérapeute à travers l'intégration consciente de chaque partie de son corps dans un ensemble solide et présent		« De même que la main, le corps du thérapeute doit lui aussi être habité par la conscience. Pour cela, nous l'avons vu, l'écoute intériorisée de soi est indispensable : la conscience se posera progressivement sur chaque partie du corps, et les intégrera toutes dans un ensemble solide et présent. » (Bois & Berger, 1990, p. 87)
Solidarité des différents segments du thérapeute dans sa mise en mouvement		« Lors d'une séance de M.D.B., tout le corps du thérapeute doit se mouvoir en harmonie synchrone avec cette vie tissulaire : quelle que soit sa position (assise ou debout), ses doigts, ses mains, ses poignets, ses coudes, ses épaules, son tronc, son bassin, ses membres inférieurs, doivent être solidaires les uns par rapport aux autres, et synchrones avec le mouvement profond du patient.< » (Bois & Berger, 1990, pp. 87-89)
Comblement des espaces entre la conscience du praticien, sa main, le tissu et la conscience du patient		« Il ne s'agit pas de maintenir cette solidité par l'effort musculaire : celui-ci est fatigant et restreint l'impact du geste thérapeutique par la crispation physique du praticien. Il s'agit au contraire de relâcher les tensions musculaires et d'ouvrir son corps entier à sa conscience : elle seule est capable de donner au geste la puissance de pénétration en profondeur nécessaire. 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. » (Bois & Berger, 1990, p. 89)
Verrouillage au point d'appui par la solidité		« Pour susciter une réaction de qualité, le point d'appui manuel doit allier :

posturale et la qualité de présence du thérapeute		<ul style="list-style-type: none"> - un toucher relationnel respectant l'intensité, le moment, et la localisation désirés par le patient ; - une pression périostée juste ; - et surtout : un <i>arrêt circonstancié</i> de la dynamique contractile élastique dans ses paramètres tissulaires et énergétiques, verrouillée par la solidité posturale et la qualité de présence du thérapeute. » (Bois & Berger, 1990, pp. 108-109)
Renforcement du geste manuel par l'engagement corporel du praticien		« La quête d'un mouvement plus conscient commença avec cet objectif pour les étudiants en fasciathérapie : "offrir à la main plus de corps". » (Bourhis Courraud, 1999, p. 44)
Nécessité de relâchement pour un accès à la profondeur de l'os		« Et donc, quand j'ai demandé d'aller toucher tous les segments anatomiques, ça se passait bien sur les tissus. Mais quand il fallait rentrer à l'intérieur de l'os, les étudiants, globalement, serraient trop avec leurs mains. (...) Je me suis alors demandé comment entrer profondément dans l'os avec la main, sans avoir à mettre une charge musculaire trop importante. » (Bois, 2008b, L271-276)
Participation globale du corps au service de la main		« C'est à ce moment qu'est intervenue la participation globale du corps au service de la main. Ce n'était pas seulement la main qui s'engageait comme ça, mais c'était le corps entier qui devait s'engager dans la main. » (Bois, 2008b, L276-277)
Élargissement du référentiel du praticien de sa main à l'ensemble de son corps		« Vous ne faites pas assez confiance à ce qui se passe avec le corps, votre seul référentiel est ce qui se passe sous la main. Donc là, je vais essayer de trouver un référentiel qui vienne de votre propre corps. » (Bois, 2008b, L295-297)

Coordination intracorporelle chez le praticien

Amoindrissement de la puissance du geste lors de la désynchronisation de vitesses entre les différents segments chez le praticien		« Si la main suit le tissu à une certaine vitesse, et que le coude et l'épaule avancent plus vite, la solidité posturale du thérapeute est rompue, et la puissance du geste est amoindrie. » (Bois & Berger, 1990, pp. 87-89)
Le mouvement linéaire garant du lien de globalité entre les différents segments		« <i>Le mouvement linéaire, que j'appelle mouvement de base, transmet à l'ensemble du corps une intention de direction. C'est un système qui assure une coordination segmentaire au sein d'un ensemble en mouvement, et il est garant du lien de globalité entre les différents segments.</i> » (Bourhis Courraud, 1999, p. 66)
Adéquation indispensable entre le mouvement du corps du thérapeute et le mouvement perçu sous sa main		« Il fallait que le mouvement de leur corps soit rigoureusement en adéquation avec le mouvement perçu sous la main. Un exemple, je ne pouvais pas faire ça, vous voyez. C'est-à-dire que mon corps va plus vite que ma main et va plus amplement que le mouvement interne. J'avais donc cette difficulté de faire en sorte que le mouvement devait partir de mes épaules, et pas de ma main. » (Bois, 2008b, 280-284)
Engagement du corps dans tous les paramètres du mouvement en plus du suivi manuel		« C'est une autre paire de manches de suivre uniquement avec la main et de suivre avec le corps, dans la même vitesse, dans la même orientation, mais aussi dans la même amplitude. » (Bois, 2008b, L289-291)

Coordination avec la vie tissulaire du patient

Synchronisation des différents segments du thérapeute avec le mouvement profond du patient		« Lors d'une séance de M.D.B., tout le corps du thérapeute doit se mouvoir en harmonie synchrone avec cette vie tissulaire : quelle que soit sa position (assise ou debout), ses doigts, ses mains, ses poignets, ses coudes, ses épaules, son tronc, son bassin, ses membres inférieurs, doivent être solidaires les uns par rapport aux autres, et synchrones avec le mouvement profond du patient. » (Bois & Berger, 1990, pp. 87-89)
Coordination avec le mouvement du patient à travers le suivi scrupuleux des quatre paramètres de la vie tissulaire		« Dans l'écoute tissulaire, la main suit scrupuleusement cette rythmicité en respectant son orientation, son amplitude, sa vitesse, sa cadence. Chaque information captée est ainsi une prise directe avec la réalité dans l'instant de la vie tissulaire. » (Bois & Berger, 1990, p. 89)
Adéquation du mouvement du corps du praticien avec le mouvement perçu sous sa main		« Au départ, je leur disais qu'il fallait que le mouvement de leur corps soit rigoureusement en adéquation avec le mouvement perçu sous la main. » (Bois, 2008b, L280-281)

Globalité anatomique recrutée chez le patient

Sollicitation d'une globalité anatomique pour le point d'appui

Cumul de différentes structures ou régions

Accès au travail du fascia périosté par les insertions indirectes du fascia principal		« Les insertions indirectes [du fascia principal], véritables invaginations aponévrotiques représentées par les cloisons intermusculaires, constituent une voie d'approche pour accéder au travail du fascia périosté. » (Bois, 1984, p. 40)
Écoute fonctionnelle de l'ensemble des articulations crâniennes, vertébrales et des membres		« L'écoute fonctionnelle (...) s'adresse à l'ensemble des articulations crâniennes, vertébrales et des membres. » (Bois, 1984, p. 180)
Normalisation des différentes structures		« Le fasciathérapeute et pulsologue, par des techniques manuelles 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. » (Bois, 1984, p. 232)
Nécessité d'évaluation et de libération des huit niveaux de la voie de résonance d'un choc		« La voie de résonance d'un choc comprend huit niveaux de réactions qu'il faudra évaluer manuellement un par un et libérer minutieusement : réactions neurovégétatives et neurovasculaires ; crispation des fascias ; perturbation du tonus ; tensions musculaires ; perturbations des rythmes tissulaires et physiologiques (respiration, pouls et mouvement interne) ; blocages articulaires ; désertion sensorielle ; état de mal-être. » (Bois, 2006, p. 172)

Restitution d'une physiologie par la libération méthodique de chaque niveau de la voie de résonance d'un choc		« La relation d'aide manuelle libère de façon méthodique chaque niveau de la voie de résonance d'un choc. 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, le tonus excessif se relâche, les crispations des fascias cèdent, ainsi que les immobilités. La sensorialité est réactivée, rendant à nouveau perceptible la présence du mouvement interne. Le mal-être disparaît. » (Bois, 2006, p. 173)
Extension de l'arrêt des membranes réciproques proposé par Sutherland à toutes les parties anatomiques du corps avec le point d'appui chez Danis Bois		« Sutherland proposait un arrêt en fin de course pour qu'il y ait une mobilisation des membranes réciproques. Moi, je décidai de faire un point d'appui qui concernerait toutes les parties anatomiques du corps. » (Bois, 2008b, L112-114)
Proportionnalité entre force de résolution et étendue sollicitée au point d'appui		« Je décidai de faire un point d'appui qui concernerait toutes les parties anatomiques du corps. Normalement, le point d'appui, ou l'arrêt ou le point neutre, ne concernait que les tissus myotensifs et l'articulation. Or j'avais constaté que plus mon point d'appui concernait, mais de façon physique, le plus de régions possible, plus la force de résolution était mobilisée. » (Bois, 2008b, L115-117)
Globalité anatomique concernée dans le point d'appui		« À ce moment-là, je proposais des points d'appui qui concernaient le derme, l'aponévrose, pour ce qui concerne l'articulaire, le muscle, le périoste et l'intérieur de l'os. » (Bois, 2008b, L117-118)
Sollicitation de tous les éléments anatomiques sous la main		« Il y avait trois façons pour toucher toute la globalité de la personne. - la première, c'était concerner tous les éléments anatomiques sous la main - la tension régénératrice mettait en jeu des parties anatomiques que je ne pouvais pas toucher (l'intérieur de l'os). Cette tension faisait rentrer là-dedans, donc j'avais une action globale plus grande - l'intensité de mon point d'appui concernait la personne. Donc on peut dire que la fasciathérapie touche la personne dans sa globalité : globalité anatomique, globalité psychologique. » (Bois, 2008b, L240-247)
Concernation de toutes les parties anatomiques du corps pour le point d'appui		« Le troisième élément qu'on avait introduit, c'est la notion de point d'appui globalisant. Le point d'appui, tel qu'on l'envisageait, devait concerner toutes les parties anatomiques du corps. » (Bois, 2008b, L725-726)

Utilisation des tractions ou butées élastiques

Mise en tension maximale du fascia dans son élasticité		« Le praticien recherche la sensation d'élasticité du fascia puis le met en tension maximum, ce qui implique obligatoirement un couple de force. » (Bois, 1984, p. 177)
Ajout de la mise en tension maximum des mouvements mineurs osseux et de l'élasticité des fascias à la mise en tension maximum des mouvements majeurs		« 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. » (Bois, 1984, p. 209)

Utilisation de tractions élastiques parmi les techniques englobées dans un même geste		« Par des techniques manuelles douces ou profondes, par des tractions élastiques, des butées, par des pressions justes en des localisations précises, le praticien normalise dans un même geste et simultanément les altérations osseuses, membraneuses, liquidiennes et énergétiques. » (Bois, 1985, p. 29)
Nécessité de l'élasticité dans le geste pour une action globale		« 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". » (Bois, 1985, p. 33)
Accès à l'étendue par l'amplification du voyage tissulaire jusqu'à la mise en tension des fibres élastiques		« La traction et la butée élastiques permettent d'avoir une action à la fois sur les zones de crispation dans la main et sur les points d'ancrage situés à distance : il suffit pour cela que la main accompagne et amplifie l'étendue du voyage tissulaire jusqu'à ce que les fibres élastiques soient mises en tensions au point d'englober une zone éloignée. » (Bois & Berger, 1990, p. 96)
Verrouillage de l'articulation dans son contexte à travers l'association de composantes linéaires aux rotations		« Aux rotations sont toujours associées des composantes linéaires (traction ou butée) afin de "verrouiller" l'articulation dans son contexte général (chaînes anatomiques ou fonctionnelles). Ainsi, la force interne des fascias et la puissance de la dynamique vitale peuvent se mobiliser entièrement pour produire de l'intérieur une libération de qualité. » (Bois & Berger, 1990, p. 120)

La globalité en réponse au point d'appui

Originalité de la fasciathérapie basée sur un travail particulier sur l'élasticité des tissus et une réaction interne de l'ensemble des fascias		« Cette méthode s'inspire parfois de certains concepts précités [dans une brève présentation des principales thérapies manuelles : ostéopathie, méthode Mézières, chaînes musculaires de Godelieve Stuyf-Denis, Gestalt thérapie, masso-kinésithérapie et drainage lymphatique], mais elle revendique sa propre identité justifiée par une approche originale grâce à un "travail" particulier sur l'élasticité des tissus qui permet de déclencher une réaction interne de l'ensemble des fascias et grâce à la pulsologie dont le but est de libérer en priorité les ralentissements de l'énergie qui anime le sang. » (Bois, 1985, p. 29)
Déclenchement d'une action en chaîne de toute la toile fasciale à l'aide de l'élasticité		« 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. » (Bois, 1985, p. 33)
Participation du patient évaluée par l'étendue de la tension régénératrice exponentielle		« 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. » (Bois & Berger, 1990, pp. 109-111)
Sollicitation volontaire de l'étendue ou réponse spontanée au point d'appui sous forme d'îlots de tension		« 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. » (Bois & Berger, 1990, p. 111)

<p>Une réponse au point d'appui vers l'étendue à travers la tension régénératrice exponentielle</p>		<p>« Dans une optique curative, le point d'appui constitue la phase durant laquelle le corps se met en travail pour se normaliser. 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. 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. » (Bois & Berger, 1990, pp. 139-140)</p>
<p>Diffusion de la tension tonique dans l'étendue</p>		<p>« En effet, j'avais remarqué l'apparition d'une modulation tonique [note] sous mes mains au point d'appui manuel. » (Bois, 2008, p. 12) [note] = « 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. » (Bois, 2008, p. 18)</p>
<p>Déploiement de la dynamique vitale sans déperdition de sa mobilisation grâce au champ clos du point d'appui</p>		<p>« Une fois que ces points d'appui étaient bien cernés, il n'y avait pas de déperdition de la mobilisation. C'est-à-dire que la force qui était déployée (je l'appelais à l'époque la dynamique vitale) ne pouvait pas se disperser à travers des zones qui n'étaient pas concernées par le point d'appui : il y avait un champ clos. Et cette fonction globalisante du point d'appui a mobilisé un principe de force plus important que ce que je faisais habituellement. » (Bois, 2008b, L119-123)</p>
<p>Globalité d'étendue, de profondeur anatomique ou de profondeur d'intériorité</p>		<p>« Il y avait également l'étendue, qui pouvait se faire en termes d'étendue, c'étaient des parties anatomiques en surface qui participaient, ou une étendue qui est liée à la profondeur où ce sont des parties de l'intériorité de l'os, de l'intériorité du poumon, etc... » (Bois, 2008b, L154-156)</p>
<p>Diagnostic lié à l'étendue à travers le repérage de zones non concernées (par la réponse au point d'appui)</p>		<p>« Cela me donnait aussi un diagnostic : là où la tension n'évoluait pas, cela signifiait la pathologie. La zone qui n'était pas concernée par l'étendue était une zone pathologique. (...) Une étendue, (...) on sent bien que des zones sont de plus en plus concernées par cette tension. » (Bois, 2008b, L157-164)</p>
<p>Contagion de la tension régénératrice exponentielle à des régions non accessibles par la main</p>		<p>« Ce qui est intéressant, dans le point d'appui, c'est que cette tension régénératrice pouvait atteindre des régions que la main ne pouvait pas atteindre. » (Bois, 2008b, L237-238)</p>
<p>Action globalisante de la réponse au point</p>		<p>« Le quatrième élément dont on a parlé, c'est l'action globalisante, cette fois-ci, de la réaction au point d'appui.</p>

d'appui à travers la tension régénératrice exponentielle		Dans le cas précédent, c'est la main qui allait concerner tous les tissus, alors que là, c'est la réponse au point d'appui qui est globalisante, puisqu'on y entend une tension régénératrice exponentielle qui a la capacité d'aller chercher, de faire travailler des zones qui ne sont pas disponibles sous la main. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de la fasciathérapie : c'est de pouvoir accéder à des zones anatomiques qu'on ne peut pas atteindre directement avec la main. » (Bois, 2008b, L728-734)
----------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Outils et moyens d'action en lien avec la globalité

Des touchers spécifiques regroupés en un même geste

Action conjointe en fasciathérapie sur l'os et la distorsion aponévrotique		« En réalité, la fasciathérapie agit dans un même temps directement sur l'os lui-même et sur la distorsion aponévrotique. » (Bois, 1984, p. 209)
Normalisation des différentes structures dans un même geste		« Le fasciathérapeute et pulsologue, par des techniques manuelles 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. » (Bois, 1984, p. 232)
Introduction du toucher périosté pour des interventions ponctuelles sur des pathologies aiguës		« Le travail des fascias ne permettait pas des interventions ponctuelles sur des pathologies aiguës (torticolis, lumbagos, entorses...). J'en vins à appréhender le rôle fondamental du périoste (enveloppe de l'os servant de lieu d'amarrage aux différents fascias) : je développai le toucher périosté qui ferait céder avec efficacité et respect les blocages majeurs. Ainsi venait de naître la trilogie fascia/sang/périoste, trilogie abordée dans un même geste thérapeutique. » (Bois & Berger, 1989, p. 21)
Développement de points d'appui codifiés en réponse à tous les cas de figure		« D'année en année, 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 22)
Libération de la dynamique vitale dans toute son expansion par l'application de points d'appui au mental et à l'émotion		« Maîtrisant parfaitement l'utilisation des points d'appui, je pouvais désormais les appliquer au mental et à l'émotion, et dissoudre ainsi leurs empreintes figées dans le corps. La dynamique vitale pouvait désormais retrouver son entière liberté d'expansion. » (Bois & Berger, 1989, p. 22)
Libération conjointe du tissu, de l'émotion, et du mental nécessaire au véritable lâcher-prise		« J'ai eu longtemps une vision partielle du lâcher-prise. Je pensais par exemple qu'au cours d'une séance une libération purement tissulaire suivie de soulagement était le signe d'un lâcher-prise. Je fais appel aujourd'hui à des critères plus complets et rigoureux : 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 84)

Développement de points d'appui spécifiques à l'émotion, au liquide, au mental et à la dynamique vitale		« Pour obtenir une guérison complète, j'ai donc développé différents points d'appui manuels, chacun visant à déclencher un lâcher-prise correspondant : point d'appui tissulaire, point d'appui émotionnel, point d'appui liquidien, point d'appui mental, point d'appui à la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1989, p. 85)
Points d'appui tissulaire, émotionnel et liquidien réunis dans le point d'appui mental		« 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 88)
Insuffisance de la libération tissulaire pour une guérison vraie		« L'écoute tissulaire n'est cependant pas une fin en soi : son action thérapeutique se limite au lâcher-prise tissulaire, qui ne concerne que le champ de la matière (libération des crispations du fascia). Nous verrons par la suite que la guérison vraie nécessite d'autres libérations plus profondes. » (Bois & Berger, 1990, p. 90)
Englobement des paramètres physiques tissulaires, de la profondeur, et de la conscience dans le geste thérapeutique parfait		« Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la distinction entre les différentes écoutes et les différents touchers est quelque part arbitraire. En effet, le geste thérapeutique parfait est celui qui englobe l'écoute des paramètres physiques tissulaires, de la profondeur, et de la conscience. C'est aussi, comme nous le verrons, celui qui s'adresse à la fois à l'élasticité des fascias, à la mouvance périostée, et au potentiel énergétique de la dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1990, p. 92)
Découverte du fascia par la sensation isolée de l'élasticité		« La fasciathérapie M.D.B., avant qu'elle ne trouve sa réelle dimension, se définissait par l'axiome suivant : "La main consciente du thérapeute découvre le fascia lorsqu'elle isole la sensation d'élasticité qui progressivement se fond en un fluide pulsatile." » (Bois & Berger, 1990, p. 95)
Englobement du périoste et du fascia dans un même geste de normalisation		« Dans chaque geste thérapeutique, un ou plusieurs doigts de chaque main sont délégués à la libération de la mouvance périostée. Ainsi le geste englobe toujours dans sa tentative de normalisation le fascia et le périoste, afin que la sollicitation manuelle de l'un ne puisse "fuir" dans l'autre. » (Bois & Berger, 1990, p. 104)
Unification dans une même sensation des paramètres subjectif et objectif du mouvement par le protocole du pousser-glisser		« Un mouvement de sensation, pourrait-on dire... (...) Le plus difficile est de "provoquer" cette différence d'amplitude (...) Danis Bois insistait beaucoup sur ce phénomène : l'attention du thérapeute devait constamment suivre la résultante de ces deux types de déplacement. Accompagner de façon synchrone deux distances si différentes demande un très grand entraînement. (...) Le protocole consiste à maintenir deux intentions précises : l'une (le pousser) qui prend en charge le déplacement objectif, l'autre (le glisser) le déplacement subjectif. (...) La lenteur du voyage permet d'unifier dans une même sensation les paramètres subjectifs et objectifs du déplacement. » (Bourhis Courraud, 1999, pp. 29-31)
Unification dans une même sensation des paramètres subjectif et objectif du mouvement par le protocole du pousser-glisser		« Le glisser-pousser est le geste thérapeutique qui permet d'accompagner manuellement et en même temps le déplacement objectif et le mouvement subjectif. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 34)

Rétablissement d'une homogénéité de l'état des différents matériaux du corps par l'utilisation de gestes, de mouvements, de points d'appui, et de rythmes adaptés		« Le praticien se consacre ensuite à rétablir une homogénéité de l'état des différents matériaux du corps. Il utilise des gestes précis, doux et profonds, qui alternent pressions plus ou moins appuyées, mouvements et points d'appui, rythmes. » (Bois, 2007, p. 107)
Globalité des structures anatomiques concernée dans le point d'appui		« Je proposais des points d'appui qui concernaient le derme, l'aponévrose, pour ce qui concerne l'articulaire, le muscle, le périoste et l'intérieur de l'os. » (Bois, 2008b, L117-118)

Le toucher unifiant du psychotonus

Sollicitation d'un fort sentiment d'implication chez la personne à partir du toucher relationnel		« Avec l'ostéopathie, je soignais un organisme. Avec la fasciathérapie, je concernais la personne dans sa totalité somato-psychique. J'introduisais alors ce qui fit la spécificité de la fasciathérapie, le toucher relationnel ou le point d'appui consistant à réaliser un « contact » manuel qui déclenchait chez la personne un fort sentiment d'implication. » (Bois, 2008, p. 9)
Orientation du toucher vers l'architecture tonique de la personne comme facilitation du dialogue entre corps et psychisme		« J'instaurais dès lors une méthode facilitant le dialogue entre corps et psychisme, entre pensée et ressenti, entre attention et action, afin de recréer une unité le plus souvent perdue. Pour réaliser ce projet, j'utilisais le toucher manuel déjà en place mais, cette fois-ci, orienté vers l'architecture tonique de la personne. » (Bois, 2008, p. 12)
Correspondance entre l'intensité de la réponse au point d'appui et la participation active de la personne		« J'ai mis des années avant de comprendre ce qu'était cette intensité. Je faisais des cours, je disais "intensité"... Mais que voulait-elle bien dire ? (...) L'intensité correspondait à la participation active <i>de la personne</i> , pas simplement de son organisme. » (Bois, 2008b, L164-169)
L'intensité comme ancêtre du psychotonus		« L'ancêtre du psychotonus, c'est l'intensité. C'est l'étude de l'intensité qui m'a fait découvrir le psychotonus. » (Bois, 2008b, L166-167)
Le psychotonus comme moteur de la rythmicité de l'ensemble de l'édifice du corps		« Le psychotonus n'est pas seulement une réponse tonique, c'est le moteur de la rythmicité de l'ensemble de l'édifice du corps. Quand le psychotonus est défaillant, cette rythmicité est défaillante. (...) Ce n'est plus une organisation organique du système, c'est une organisation du vivant dans le corps de la personne. » (Bois, 2010, L142-153)
L'unité psychocorporelle touchée avec le psychotonus		« Dans le psychotonus, on touche une globalité, la personne, mais on touche également un travail de globalité entre le monde psychique et le monde corporel. » (Bois, 2008b, 742-744)
Travail sur le psychisme par le psychotonus déclenché pendant le point d'appui en gestuelle		« Au-delà de cette action globalisante physique du mouvement linéaire, (...) le mouvement a une action très forte sur le psychisme de la personne, vraiment très très forte. (...) Quand on fait une posture en associant les trois composantes de mouvement, on déclenche le psychotonus. D'où le travail sur le psychisme. » (Bois, 2008b, L813-818)
Le psychotonus comme interface entre corps et		« L'interface entre psychisme et corps, entre corps et émotionnel, ça se fait au niveau du psychotonus. Soit on a

psychisme		du psychotonus et on surmonte l'événement, soit le tonus est déficient et on n'a pas de force de résilience psychique. » (Bois, 2010, L188-191)
-----------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accordage somato-psychique

Témoignages d'un sentiment de retrouvailles avec soi au contact du mouvement interne		« Je constatais, en effet, que toutes les personnes qui expérimentaient le mouvement interne exprimaient un sentiment très fort de retrouvailles avec elles-mêmes, employant des termes, tels que : "J'ai l'impression de rentrer à la maison" ; "Je ne me suis jamais senti aussi proche de moi" ; "Il me semble qu'une partie de moi qui est vraiment moi observe une autre partie qui n'est pas moi." » (Bois, 2006, p. 36)
L'accordage somato-psychique comme base d'établissement d'un moi renouvelé		« Pour modéliser le processus de transformation enclenché par le moi ressentant en relation avec le mouvement interne, je propose cette vision du Moi renouvelé : il s'agit d'un moi qui se construit sur la base de rapports éprouvés et conscientisés que la personne entretient avec son corps, avec ses actions et avec autrui. » (Bois, 2006, p. 43)
Divergences entre le discours de la personne et celui du corps		« Dans notre thérapie à médiation corporelle, le thérapeute est confronté en permanence à deux discours : celui de la personne, avec ses attentes, ses implications psychiques et affectives, ses représentations et ses croyances, et celui du corps, fait de mouvements, d'imprévisibilité, d'immédiateté, d'intensités, de tonalités... Il y a souvent des divergences entre ces deux natures de discours. » (Bois, 2006, p. 75)
Sentiment d'unification entre toutes les parties du corps et entre toutes les parties de l'être comme but de l'accordage somato-psychique		« Le but de l'accordage somato-psychique est d'installer chez la personne un profond sentiment d'unification entre toutes ses parties : d'abord entre les parties de son corps : le haut et le bas, l'avant et l'arrière, la droite et la gauche, le dos et le visage... ; puis, aussi et surtout entre toutes les parties de son être : son intention et son action, son attention et son intention, sa perception et son geste, sa pensée et son vécu. » (Bois, 2006, p. 103)
Sentiment d'unification chez la personne entre toutes les parties de son corps mais aussi celles de son être		« C'est là tout le sens de "l'accordage somato-psychique", dont la pratique installe chez la personne un profond sentiment d'unification, non seulement entre les différentes parties de son corps, mais aussi et surtout entre les différentes parties de son être : intention et action, attention et intention, perception et corps, pensée et vécu... » (Bois, 2007, p. 77)
Définition de l'accordage somato-psychique comme unification entre corps et esprit par le Sensible		« Le terme sensibilité emporte avec lui une dimension qualitative qui pointe la résonance subjective accompagnant toute réception d'information par le corps. Il ne s'agit donc pas de restreindre le terme de sensible au champ biologique ou organique mais de saisir ensemble subjectivité et organicité ; le Sensible est, pour nous, la voie de passage unifiant corps et esprit, ce que nous avons appelé l'accordage somato-psychique. » (Bois & Austray, 2007, pp. 6-7)
Unification du psychisme et du corps, et mobilisation de ressources attentionnelles avec le psychotonus		« 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. La mobilisation attentionnelle convoquée par le psycho-tonus permettait à la personne de déployer une activité d'auto-

		observation sur une modalité sensible. » (Bois, 2008, p. 12)
Rétablissement d'un dialogue entre psychisme et corps par le psychotonus		« Elle apprenait ainsi à écouter son corps et sa pensée à travers ses modifications toniques. J'appelais cette reconstruction identitaire psychotonique "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. Dès lors, je ne traitais plus le corps sans solliciter l'esprit, ni l'esprit sans solliciter le corps. » (Bois, 2008, p. 12)
Sollicitation d'une globalité entre corps et psychisme par le traitement de l'information avec le psychotonus		« Dans le psychotonus, (...) notre geste thérapeutique concerne à la fois le corps et la vie psychique de la personne. (...) On a également une globalité qui apparaît dans la négociation entre une information et le traitement cognitif. (...) On ne fait pas simplement déclencher quelque chose, mais la personne doit réaliser un traitement de cette information. » (Bois, 2008b, L 742-758)
Vie réflexive alimentée des informations du vécu corporel		« Donc le but qui est proposé, c'est simplement de faire comprendre aux gens que ce qu'ils rencontrent dans leur vécu corporel donne des informations à leur vie réflexive. Ce que je ressens dans mon corps participe à ma prise de décision, sous l'autorité de la raison. (...) Il est clair que notre travail va créer un accordage somato-psychique entre l'univers des décisions qui sont sous la dépendance de l'émotion ou la décision qui se fait uniquement sous la dépendance de la raison. » (Bois, 2008b, L1359-1371)

Sollicitation d'une globalité du mouvement

Appréciation de la cohérence du comportement d'une structure anatomique par rapport à la dynamique d'ensemble		« Le fasciathérapeute est capable, grâce à son écoute manuelle, d'apprécier la cohérence du comportement de chaque structure anatomique par rapport à la dynamique gestuelle d'ensemble. Nous parlons de pathologie lorsque nous décelons une incohérence du comportement d'un élément du corps. Le terme de cohérence suppose l'existence d'une logique articulaire commune à tous les corps, en relation avec la gestuelle. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 23)
Association de mouvements selon des schèmes		« En réalité, il existe des schèmes associatifs de mouvement, autrement dit des chaînes d'affinité de mouvements entre eux qui n'autorisent pas de mauvaises associations. (...) Ainsi chaque catégorie de mouvement ne peut se faire sans son cortège de compagnons. » (Bois, 2001b, p. 90)
Profonde cohérence physiologique du geste respectant les chaînes d'affinité		« Lorsque le corps se meut en respectant l'agencement de ces chaînes d'affinité de mouvements, le geste est animé d'une profonde cohérence physiologique. » (Bois, 2001b, p. 90)
Globalisation par la gestuelle		« Grâce à des mouvements très simples (décrits plus loin), les patients étaient mis en relation avec une partie d'eux-mêmes qui, jusqu'à présent, échappaient à leur attention. » (Bois, 2006, p. 79)
Cohérence segmentaire et fluidité du corps dans une gestuelle globale reproduisant de manière visible les formes et les trajets du mouvement		« Le patient est invité à effectuer, d'abord en position assise puis debout, des enchaînements de mouvements qui reproduisent, de manière visible, les formes et les trajets du mouvement interne. Les mouvements demandés sont lents, amples, coordonnés, ils respectent l'organisation naturelle des gestes et installent ainsi dans le corps

interne		une fluidité sans effort. Ainsi est progressivement restaurée la cohérence naturelle des différents segments du corps au sein d'une globalité. » (Bois, 2007, p. 108)
Association d'une pédagogie de l'action au toucher relationnel		« Cette étape constitue un grand tournant dans l'évolution de la méthode. 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. (...) En 1991, j'associais au toucher relationnel une pédagogie de l'action, sollicitant une prise de conscience de soi dans le geste selon un mode opératoire pédagogique progressif, allant du geste le plus simple au plus élaboré, du plus superficiel au plus profond, du plus objectif au plus subjectif. » (Bois, 2008, p. 10)
Point de vue sur la dynamique de l'ensemble des segments du corps via l'inscription des schèmes de mouvements dans la globalité		« Il y a des schèmes naturels, ce qui fait que si je fais une rotation interne bilatérale des bras, je sais que le mouvement qui est sollicité, c'est le mouvement de flexion. Parce que je ne peux pas avoir une rotation interne de mes bras et une extension de mon dos. (...) Je peux savoir où va aller la colonne vertébrale en étant sur les avant-bras de mon patient, (...) je sais comment je vais orienter le mouvement de mes lombaires et je vais réaccorder cela. » (Bois, 2008b, L1009-1018)

Qualités d'être et compétences du praticien

La mobilisation perceptive

L'appréhension des expressions fines d'une animation interne

Expression de l'activité énergétique cellulaire, invisible à nos yeux physiques		« Cette évaluation [de la motilité oscillatoire cellulaire] 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. » (Bois, 1984, p. 166)
Perception des différentes expressions de la motilité oscillatoire cellulaire		« 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. » (Bois, 1984, p. 166)
Perception subtile d'une "envie de..." dans un mouvement infiniment mineur situé à la limite du subjectif et de l'objectif		« Il faut seulement retirer [de ces données physiologiques très succinctes] le principe général afin de mieux comprendre le concept suivant : la première envie de... indique le sens de la lésion. (...) 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. » (Bois, 1984, p. 181)
Nécessité d'écouter et de décoder les messages du corps		« Il y a plus de frontières en l'homme que sur la terre entière. Avant de pouvoir accéder à la vérité de l'autre, vous devez ouvrir vos propres frontières. Cela suppose d'écouter et de décoder les messages de votre corps ;

		vous éviterez ainsi qu'il ait à hurler son malaise, à extérioriser une maladie pour attirer votre attention. Votre corps n'utilise pas une langue étrangère, mais une langue qui <i>vous</i> est étrangère. » (Bois & Berger, 1989, p. 77)
Un praticien conscient de sa propre dynamique vitale		« Le point d'appui spécifique à la dynamique vitale ne peut être effectué que par un thérapeute conscient de sa propre dynamique vitale. » (Bois & Berger, 1989, p. 90)
Réalités de sensation du mouvement subjectif différente de la réalité physique des structures		« C'est pour rendre compte de cette <u>réalité de sensation</u> , différente de la <u>réalité physique des structures</u> , que Danis Bois a mis au point la notion de mouvement subjectif, par opposition (ou en complément) au mouvement objectif. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 29)
Sensation d'amplitude interne du mouvement subjectif distincte du déplacement réel		« [Le mouvement objectif désigne] le déplacement réel produit par une articulation ou un segment, tandis que le mouvement subjectif définit la sensation d'amplitude interne ressentie par le thérapeute ou par le patient. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 29)
Consistance mouvante du mouvement sensoriel, entre matière et mouvement		« Le mouvement sensoriel est un mouvement interne dont la consistance est très épaisse. Il est impossible de définir s'il s'agit d'une matière mouvante ou d'un mouvement qui s'exprime dans la matière ; je suis d'ailleurs toujours émerveillée par cette alchimie capable de transformer la matière en mouvement ou le mouvement en matière. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 45)
Perception de la volonté sensorielle de mouvement du tissu plutôt que le mouvement à proprement parler		« Finalement, précise Danis Bois, lorsque nous travaillons sur un tissu, nous saisissons davantage sa volonté sensorielle de faire un mouvement plutôt que son mouvement à proprement parler. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 55)

La structure organisée de l'animation comme référence perceptive

Caractérisation de la dynamique contractile élastique tissulaire selon quatre paramètres		« La D.C.E. tissulaire possède quatre paramètres caractéristiques : la direction, l'amplitude, la vitesse, et la cadence. Ces paramètres constituent le fil conducteur de nos traitements, dans la mesure où grâce à un code spécifique, ils guident sans cesse notre recherche des zones pathologiques et notre geste thérapeutique. » (Bois & Berger, 1990, p. 44)
Perception de manière isolée des paramètres du mouvement : orientation, amplitude, vitesse, cadence		« Danis Bois avait défini depuis déjà longtemps une règle d'or de l'étude du mouvement interne : " <i>c'est en étudiant les détails que l'on accède à la globalité</i> ". (...) Les paramètres de cette analyse nous étaient connus : l'orientation du mouvement, son amplitude, sa vitesse et sa cadence, chacun d'entre eux devant être isolé afin d'en évaluer la qualité et la cohérence. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 47)
Globalité et détails : la globalité comme un flou ?		« On note également des difficultés à catégoriser. Certains étudiants ont en effet, tendance à traiter les informations dans leur globalité et les détails, les nuances, les subtilités ne sont pas perçus. » (Bois, 2007, p. 97)
Singularité des paramètres de l'orientation,		« L'intérêt de la lenteur, à l'époque, était que je la retrouvais à l'identique chez tout le monde. Ça veut dire que

l'amplitude, la cadence, et universalité du paramètre de la lenteur		l'orientation, l'amplitude, la cadence étaient singulières, tandis que je retrouvais le même mouvement, la même vitesse chez tout le monde. (...) On avait affaire à un principe organique, une organisation commune à l'homme. » (Bois, 2008b, L95-98)
Globalité d'étendue ou de profondeur anatomique ou de profondeur d'intériorité		« Il y avait également l'étendue, qui pouvait se faire en termes d'étendue, c'étaient des parties anatomiques en surface qui participaient, ou une étendue qui est liée à la profondeur où ce sont des parties de l'intériorité de l'os, de l'intériorité du poumon, etc... » (Bois, 2008b, L154-156)

La mobilisation relationnelle

Écoute silencieuse et présence

Le silence, outil de mise au contact de la dynamique vitale		« La découverte de la dynamique vitale est réellement une seconde naissance, qui permet d'appréhender enfin la nature de la vie. Il y a un monde entre ces deux étapes dans une existence, une mutation totale. Aucun appareil, aussi sophistiqué soit-il, ne peut mettre en évidence cet aspect purement qualitatif. Seule une attitude d'intériorisation, et en particulier le silence, peut le capter. » (Bois & Berger, 1989, p. 15)
Accès à la dynamique vitale par une attitude d'observation de l'infiniment profond		« Derrière l'apparence s'exprime ainsi tout un monde en mutation, toute une vie silencieuse régie par la dynamique vitale. À ce niveau, la dynamique vitale se rencontre dans son état énergétique : seule la conscience, attitude d'observation de l'infiniment profond, peut déjà la capter. » (Bois & Berger, 1989, p. 23)
Niveau d'écoute et de sensation exceptionnel chez le praticien		« La M.D.B. exige de ses praticiens un niveau d'écoute et de sensation exceptionnel. » (Bois & Berger, 1990, p. 80)
Recherche d'adéquation entre demande infiniment profonde et silencieuse du corps, et respect de la conscience autonome du patient		« L'écoute de la conscience ne peut plus se baser sur un protocole d'action pré-établi. Ici, 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. » (Bois & Berger, 1990, p. 91)
Des qualités d'écoute au service de la pression juste, dans toutes ses composantes suscitant les confidences du corps du patient		« Dès la première prise de contact par la main, le toucher se doit de répondre à certains critères s'il veut effectivement susciter les confidences du corps du patient. - La pression doit respecter scrupuleusement l'intensité silencieusement souhaitée par le corps. (...) - La pression doit être appliquée au moment et au lieu attendus secrètement par le patient. » (Bois & Berger, 1990, p. 93)
Amélioration de la capacité à percevoir par l'acquisition de plus de présence à travers l'introspection sensorielle		« Mais il était clair pour moi qu'il me fallait acquérir plus de présence, plus d'intériorité, affiner mon geste, et je savais que ma capacité à percevoir dépendait de ma capacité à être. Donc je m'entraînais à faire de l'intériorisation pour m'améliorer dans ma main. »

		(Bois, 2008b, L554-556)
Nécessité d'une attitude à la fois présente et accueillante		« Voyez, quand on fait un point d'appui plutôt énergétique, dans le bon sens du terme, c'est la même nature : il faut être présent, mais en même temps accueillant. On voit bien qu'on s'entraîne : ce que nous pouvons faire sur nous-même, nous pourrions le faire sur les autres. » (Bois, 2008b, L1417-1421)

Neutralité active

Qualité d'écoute et confiance révélées dans le toucher manuel		« Capter la vie dans le corps de l'autre aide à la ressentir dans le sien propre. Le toucher manuel révèle la qualité d'écoute, la confiance que chacun met en ses sensations, et sa capacité à agir à partir d'informations subjectives inhabituelles. » (Bois & Berger, 1989, p. 83)
Main consciente, prolongement de la conscience, capable de capter un appel profond et d'offrir une réponse juste		« Mais que signifie posséder une main consciente ? Il s'agit d'une autre dimension que les facultés d'habileté, de précision, classiquement attribuées à la main. Disons d'emblée que 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. Elle devient dès lors susceptible de percevoir bien plus que ne le permet la concentration (attitude qui consiste à <i>vouloir</i> sentir) : elle peut offrir une réponse naturelle, spontanément juste, à un appel profond auquel elle s'est ouverte. » (Bois & Berger, 1990, p. 86)
Suivi scrupuleux des quatre paramètres de la vie tissulaire sous la main		« Dans l'écoute tissulaire, la main suit scrupuleusement cette rythmicité en respectant son orientation, son amplitude, sa vitesse, sa cadence. Chaque information captée est ainsi une prise directe avec la réalité dans l'instant de la vie tissulaire. » (Bois & Berger, 1990, p. 89)
Capacité d'inviter la force interne plutôt que volonté thérapeutique		« Le fascia était à l'époque son plus précieux allié pour dialoguer avec le corps et susciter son envie de guérir. (...) Ainsi, la puissance d'un geste thérapeutique ne se mesure pas à la volonté déployée par le praticien pour régler une lésion, mais à sa capacité d'inviter la force interne du corps à s'exprimer et à libérer elle-même le problème. » (Bourhis Courraud, 1999, p. 18)
Nécessité d'une attitude neutre et bienveillante de la part du praticien pour son patient en tant que potentialité		« Je constatais que la lecture du mouvement impliquait une neutralité absolue de l'observateur, une sorte de bienveillance envers l'autre. L'absence de jugement est encore trop faible ; c'est d'amour qu'il s'agit, non pas pour l'autre en tant qu'individu mais pour le devenir qu'il représente, pour la potentialité qui demande à naître en lui. » (Bois, 2006, p. 87)
La neutralité active comme posture fondamentale du paradigme du Sensible		« Spécifions donc le type d'attitude que le sujet doit adopter pour entrer en relation avec l'univers du Sensible. Cette posture, qui est un des piliers fondamentaux du paradigme du Sensible, nous l'avons définie comme une neutralité active. » (Bois & Austry, 2007, p. 10)
La part de neutralité comme un « laisser venir à soi »		« La part de neutralité correspond à un « laisser venir à soi » les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis à venir. Dans ce cadre d'observation, le mouvement interne « prend

		corps » pour le sujet qui perçoit et imprègne tout autant sa matière, sa conscience et sa pensée. » (Bois & Austray, 2007, p. 10)
Suspension de toute anticipation au profit d'un « savoir attendre »		« C'est grâce à la suspension de toute anticipation que le « savoir attendre » est en mesure de donner sa pleine mesure. C'est aussi ce qui permet de respecter le principe d'évolutivité du Sensible qui se déploiera à la mesure des capacités perceptives du sujet. » (Bois & Austray, 2007, p. 10)
Réalisation de réajustements perceptifs pour la part active		« La part active consiste à procéder à des réajustements perceptifs permanents en relation avec la mouvance que l'on accueille. Ces réajustements sont également nécessaires pour "coller" à l'évolutivité du Sensible. La dimension d'activité ne se comprend qu'imprégnée de neutralité : elle est ainsi différente par nature d'un acte volontaire classique. » (Bois & Austray, 2007, p. 10)
La neutralité active comme un équilibre délicat entre une posture d'écoute neutre et une attention active		« 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 parce qu'éphémère, éphémère parce que toujours reposant sur cet équilibre fragile entre neutralité et activité. » (Bois & Austray, 2007, p. 14)

Mise en jeu de la réciprocité actuante

Activité pulsatile et rythmique de l'organisme du patient perçue à travers la perception du propre pouls du thérapeute		« 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 » (Bois, 1984, p. 168)
Symbiose entre le patient et le thérapeute à travers la perception d'un pouls commun		« L'apparition d'un POULS au niveau de la pulpe même des mains du praticien, contemporanément au pouls du patient, crée au début une certaine confusion. L'expérience aidant, cela traduit une véritable symbiose entre les deux personnes qui ne font plus qu'un. Cela traduit également la confirmation d'une normalisation profonde et régénératrice. » (Bois, 1985, p. 34)
Un espace commun entre la dynamique vitale du praticien et celle du patient		« 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. » (Bois & Berger, 1989, p. 54)
Nécessité d'écouter et de décoder les messages de son propre corps pour accéder à la vérité de l'autre		« Il y a plus de frontières en l'homme que sur la terre entière. Avant de pouvoir accéder à la vérité de l'autre, vous devez ouvrir vos propres frontières. Cela suppose d'écouter et de décoder les messages de votre corps ; vous éviterez ainsi qu'il ait à hurler son malaise, à extérioriser une maladie pour attirer votre attention. Votre corps n'utilise pas une langue étrangère, mais une langue qui vous est étrangère. » (Bois & Berger, 1989, p. 77)
Parallèle entre l'écoute de l'autre et l'écoute de soi		« Capter la vie dans le corps de l'autre aide à la ressentir dans le sien propre. » (Bois & Berger, 1989, p. 83)

Comblement des espaces entre la conscience du praticien, sa main, le tissu et la conscience du patient		« Il ne s'agit pas de maintenir cette solidité par l'effort musculaire : celui-ci est fatigant et restreint l'impact du geste thérapeutique par la crispation physique du praticien. Il s'agit au contraire de relâcher les tensions musculaires et d'ouvrir son corps entier à sa conscience : elle seule est capable de donner au geste la puissance de pénétration en profondeur nécessaire. Il convient pour cela de "comblent 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. » (Bois & Berger, 1990, p. 89)
La résonance avec soi comme élément clé de la résonance avec l'autre		« Le secret est d'être touché par ce que l'on observe, écoute, vit, ressent de l'autre mais d'abord de soi-même. Il est toujours plus facile d'être touché par l'autre si l'on sait être touché par soi. C'est cela la résonance du mouvement: la façon dont la personne qui bouge est touchée, concernée par son propre mouvement, par sa propre création corporelle. » (Bois, 2006, p. 87)
Importance de la relation d'empathie du patient avec son thérapeute		« il est tout aussi important que le patient puisse entrer en relation d'empathie avec son thérapeute ! » (Bois, 2006, p. 139)
Émergence d'une communauté de présence à travers l'équilibration des relations à soi et à l'autre entre patient et thérapeute		« 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. » (Bois, 2006, p. 139)
Lien d'intersubjectivité		« Ce que je sens en moi même me permet de le sentir sur les autres. Ce que je comprends de ce que je sens me permet de comprendre la subjectivité des autres. » (Bois, 2008b, L421-423)
La réciprocité actuante comme rapport de donation du Sensible		« On peut déjà remarquer qu'à chaque type de rapport est associée une qualité spécifique de contenu perceptif : l'indifférence à son propre corps ne nous le fait percevoir que comme un objet « indifférent », l'intérêt à soi donne accès à des contenus de ressentis plus riche, etc. Cette remarque nous a amenés à caractériser précisément le type de rapport par lequel le Sensible se donne : nous l'avons dénommé réciprocité actuante. » (Bois & Austry, 2007, p. 11)
Une implication partagée, du pédagogue avec son étudiant, du thérapeute envers son patient et, surtout, du sujet envers son propre mouvement interne		« 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, surtout, du sujet envers son propre mouvement interne. » (Bois & Austry, 2007, p. 11)
Acte conscient, mise en œuvre d'une action précise, et conditions d'accès précises dans la réciprocité actuante		« Enfin, nous avons précisé la réciprocité par le terme 'actuante' 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 œuvre d'une action précise ; il y a des conditions d'accès précises. » (Bois & Austry, 2007, p. 11)
Actualisation par le rapport d'implication		« De plus, 'actuante' rappelle aussi la notion d'évolutivité propre au Sensible : en effet, le Sensible est une

instauré avec soi-même dans la réciprocité actuante		potentialité qui s’actualise par le rapport d’implication que le sujet instaure avec lui-même. » (Bois & Austry, 2007, p. 11)
Émergence d’un fond perceptif commun dans le rapport « touchant-touché »		« Enfin, le toucher manuel, basé sur les lois du mouvement interne, relève aussi d’un chiasme, le chiasme du « touchant-touché » (Austry, 2006 ; Bois, 2006 ; Courraud, 2007). 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 fond perceptif commun, partagé en toute conscience par les deux acteurs. » (Bois & Austry, 2007, p. 14)
Évolutivité de la relation au Sensible dans le rapport de perception		« l’immanence en tant que processus rappelle la nature évolutive de la relation au Sensible. En effet, tout phénomène interne ne se contente pas d’apparaître une fois pour toutes, il se déploie de manière évolutive dans l’intériorité vivante du sujet grâce à la relation de réciprocité, qui potentialise le rapport au phénomène et par conséquent le phénomène lui-même. Par exemple, le sujet perçoit au début un vague sentiment d’animation interne qui se clarifie au fur et à mesure que la qualité du rapport avec lui se développe. Ou bien, il peut percevoir de manière globale une présence chaleureuse qui évolue et se précise au fil du temps ; le sujet peut repérer des zones de son corps mieux « habitées » que d’autres, son attention renforçant sa perception de ces zones ou, au contraire, permettant aux zones moins sensibles de naître à sa perception. » (Bois & Austry, 2007, p. 16)
Évolutivité de la relation au Sensible dans le rapport d’apprentissage		« Enfin, l’évolutivité se remarque aussi dans la qualité de rapport que le sujet installe avec ce qu’il apprend de sa relation au Sensible. Ainsi : « Je voyais la vie en dehors de moi, autour de moi mais jamais en moi » devient au contact de l’expérience du Sensible : « J’aime sentir que mon corps est vivant ». » (Bois & Austry, 2007, p. 17)

TABLEAU RECAPITULATIF DES CATEGORIES

	1er extrait	dernier extrait
Les différents concepts de la globalité structurelle et fonctionnelle		
La globalité tissulaire		
Le fascia omniprésent relie des éléments anatomiques		
Fascia omniprésent	1984	2008b
Fascia et crâne	1984	1984
Termes utilisés pour la description anatomique	1984	1984
Le fascia transforme des individualités anatomiques en une unité fonctionnelle		
Unité fonctionnelle	1984	2008
Rôle de protection	1984	1984
Rôle de coordination	1984	1984
Le fascia, répartiteur de contraintes et régulateur de stress		
Harmonisation des tensions	1984	1984
Absorption des chocs	1989	1990
Répartition de contraintes	1984	1990
La globalité liquidienne		
Unité liquidienne : des compartiments liquidiens sectorisés mais non séparés		
Application du concept de globalité au niveau liquidien	1984	1984
Échanges entre les compartiments liquidiens	1984	1990
Un container souple	1984	1985
Liens anatomiques entre fascia et sang	1985	1985
Influence des tissus sur les échanges métaboliques et les rapports dynamiques entre les liquides		
Influence des tissus sur les échanges métaboliques	1984	1990
Rôle anti-infectieux du fascia	1984	1984
Rôle de la dynamique des fascias sur les liquides : drainage et pompage	1984	1990
Contraintes mécaniques exercées par les fascias sur les liquides	1984	1990
La globalité par l'animation interne		
Le fascia, de courroie de transmission à élément harmonisateur		
Question de l'origine de la rythmicité non satisfaite par une approche mécaniste	1989	1989
Le fascia, courroie d'une transmission mécanique	1984	1985
Le fascia, courroie d'une transmission rythmique	1984	1984
Le fascia harmonisateur d'une animation	1984	1985
L'animation au niveau cellulaire		
Une activité rythmique de toutes les cellules	1984	1989
Une animation liée à l'activité subtile du cœur	1984	1989
Un lien probable entre MOC et MRP	1984	1984
La dynamique vitale	1989	1990
L'animation au niveau tissulaire		
Une animation de tous les tissus	1984	1990
L'élasticité	1985	1990
La dynamique contractile élastique	1990	1990
L'élasticité du fascia, interface énergie / structure		
Le fascia, intermédiaire entre l'énergie et la structure	1984	1990
Le fascia, intermédiaire actif d'individualisation de la dynamique vitale	1989	1989
Le fascia, première résonance physique de la dynamique vitale	1990	1990
Apport de l'énergie vitale : de la potentialité à la physiologie		
Observations au niveau de la cellule	1985	1989
Le sang comme vecteur de diffusion de la dynamique vitale	1984	1989
Diffusion de l'énergie subtile du cœur	1985	1985
L'animation au niveau de la matière		
Le concept de matière en fasciathérapie	1999	2008b
Une animation particulière de la matière : la force de croissance sensorielle	1990	1999

La globalité par le mouvement sensoriel		
Une sensibilité de la matière due au mouvement sensoriel	1989	1999
Le mouvement sensoriel vecteur de cohésion dans la mise en action	1999	1999
Un mouvement interne à exprimer : rapport entre mouvement subjectif et mouvement objectif		
Etude du rapport entre mouvement interne et gestuelle	1990	2008
Des similitudes entre le mouvement interne et le mouvement visible	1999	2008
Le micro-jeu articulaire, interface entre mouvement interne et mouvement gestuel	1999	2001b
Représentation du geste	1999	1999
La globalité par la lenteur		
La lenteur, un fil conducteur dans la méthode		
La lenteur à l'origine de la fasciathérapie	2008b	2008b
La lenteur parmi les quatre paramètres du mouvement	1990	2008b
La lenteur, paramètre premier du mouvement	1999	2008b
Lenteur d'animation et globalité	2008b	2008
La globalité par le linéaire		
L'articulation fondamentale de base	1999	2001b
La fonction sensorielle du linéaire	1999	2008b
Apport du linéaire à la coordination	1999	1999
Gain de présence dans la globalité, avec le linéaire	1999	2008b

La globalité adaptative, les différentes atteintes et leurs relations

Atteinte des fascias		
Le fascia, un carrefour sensible	1990	1990
Absorption par les fascias	1984	1989
Répartition par les fascias	1984	1990
Perte d'élasticité du fascia et apparition de fixités tissulaires	1984	1990
Atteinte du périoste et de l'os		
Extension de l'atteinte du fascia au périoste	1990	1990
Le périoste, interface entre l'os et le fascia	1989	1990
L'os a sa vie propre	1989	1989
Atteinte du sang et du système neurovégétatif		
Contraintes mécaniques	1984	1990
Réaction directe aux chocs	1984	1985
Atteinte du système neuro-végétatif	1984	1984
Diffusion de l'atteinte à l'ensemble et voie de résonance d'un choc	1984	2006
Absorption des chocs tant physiques que psychiques dans les tissus	1984	1984

La globalité comme unité somato-psychique

Des termes propres à la psychologie utilisés pour le corps	1985	2008
Le constat du corps comme terrain d'expression du psychisme		
Rythmes tissulaires	1984	2008b
Vasculature et neurovégétatif	1984	1989
Somatisation	1989	2006
Découverte de l'enjeu psychique, à l'occasion du geste thérapeutique	1984	2008b
La médiation avec le psychisme dans le toucher manuel	1984	2008b

La globalité dans la posture du praticien

Une posture centrée sur la personne

Prise en compte de l'organisme en entier et prise en charge de la personne dans sa totalité		
Prise en compte de l'organisme en entier dans le traitement d'une lésion	1984	1985
Prise en charge de la personne dans sa totalité	1985	2008b
individualisation et personnalisation de l'approche	1985	2008b
Sollicitation de la participation du patient	1984	2008b

Action et mode d'action globalisants du praticien

Globalité recrutée chez le praticien		
Déploiement de la présence du praticien par son engagement dans sa globalité corporelle	1985	2008b
Coordination intracorporelle chez le praticien	1990	2008b
Coordination avec la vie tissulaire du patient	1990	2008b
Globalité recrutée chez le patient		
Sollicitation d'une globalité anatomique pour le point d'appui		
Cumul de différentes structures ou régions	1984	2008b
Utilisation des tractions ou butées élastiques	1984	1990
La globalité en réponse au point d'appui	1985	2008b
Outils et moyens d'action en lien avec la globalité		
Des touchers spécifiques regroupés en un même geste	1984	2008b
Le toucher unifiant du psychotonus	2008	2010
Accordage somato-psychique	2006	2008b
Sollicitation d'une globalité du mouvement	1999	2008b

Qualités d'être et compétences du praticien

La mobilisation perceptive		
L'appréhension des expressions fines d'une animation interne	1984	1999
La structure organisée de l'animation comme référence perceptive	1990	2008b
La mobilisation relationnelle		
Ecoute silencieuse et présence	1989	2008b
Neutralité active	1989	2007ba
Mise en jeu de la réciprocité actuante	1984	2007ba