

# Modus operandi de l'approche tissulaire

Tess Deffinis<sup>1</sup>

Cet article a pour intention de rappeler les différentes étapes du modus operandi, fil conducteur de la séance d'ostéopathie tissulaire. Il n'a pas pour vocation de reprendre en détail toutes les notions de l'approche tissulaire.

## Notre objectif

---

L'objectif du praticien, c'est de créer les conditions permettant à l'organisme de son patient de rétablir une harmonie exprimant la santé. Il le fait en libérant des zones de rétention : « *Enlevez tous les obstacles, et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste.* » (Still, *Autobiographie* 1998, p. 300).

### *Le cas du patient*

En approche tissulaire, nous définissons le cas du patient comme l'accumulation des zones de rétentions associées aux cycles de compensations mis en place par l'organisme. Par définition, le cas du patient est donc particulièrement complexe. La difficulté du praticien sera d'obtenir, parmi l'immense quantité d'informations à sa disposition, celles qui seront *fiabiles, pertinentes* par rapport au problème présenté par le patient, lui permettant à la fois de répondre à la *demande du patient* (l'aider par rapport à ses symptômes), mais aussi d'accéder à la véritable *demande des tissus*, c'est-à-dire trouver la ou les rétentions *essentiels* qui verrouillent le système. « *Seuls les tissus savent* » (Propos prêtés à Rollin Becker par Jacques Andréva Duval).

### *S'orienter dans la complexité du cas*

Tel est le rôle du modus operandi : il s'agit d'une procédure relativement précise, reposant sur un mode « binaire », c'est-à-dire : la structure réagit-elle par du mouvement (noté « + » dans les schémas à suivre) ou par une absence de mouvement (notée « - »). La présence ou non de mouvement conditionnera l'attitude du praticien. Une structure mobile est une structure qui communique. Une structure hypomobile nécessite l'aide du praticien tissulaire pour sa remise en communication.

### *Les mouvements que nous allons percevoir*

Le praticien d'approche tissulaire est amené à s'intéresser à deux types de mouvements pour lui essentiels : les mouvements liés à la vie des tissus d'une part et les mouvements manifestation de la libération d'énergie, d'autre part.

**Les mouvements manifestant la physiologie primaire ou la respiration primaire des tissus**, c'est-à-dire, expansion/rétraction qui se transforme selon les parties du corps en flexion/extension, rotation externe/interne et montée/descente nous intéressent en ce qu'ils manifestent l'état de vie, la qualité de vie de la structure palpée (la cellule, selon notre modèle, convertit la communication en mouvement), mais nous ne travaillons pas

---

<sup>1</sup> Tess Deffinis, psychomotricienne (1986), kinésithérapeute (1991), ostéopathe (2003), a rencontré l'approche tissulaire lors de la préparation de son mémoire de fin d'études ostéopathiques portant sur le réveil de coma, intitulé *La conscience en éveil*. Aujourd'hui, elle co-anime les formations d'approche tissulaire avec Pierre Tricot et anime en solo ses propres sessions. Son e-mail : [tessdeff@orange.fr](mailto:tessdeff@orange.fr). L'adresse du site Internet de l'approche tissulaire : <http://www.approche-tissulaire.fr/index.htm>. Remerciements à Pierre Tricot pour l'aide à la rédaction et la mise en forme de cet article.

avec eux. Plus le mouvement est ample et lent, plus il signe une bonne qualité de vie tissulaire.

**Les mouvements manifestant de la libération d'énergie** ne correspondent à aucun schéma préétabli. Avec eux, nous allons travailler, jusqu'au retour au neutre des structures (still-point de résolution) et expansion (remise en communication).

### *Nos outils, les paramètres de palpation*

Les paramètres de communication et de palpation, subjectifs (présence, attention et intention) et objectifs (densité, tension et vitesse du mouvement de libération d'énergie), constituent les principaux outils de l'ostéopathe tissulaire.

## Le modus operandi se déroule en trois phases

– **durant la phase 1**, le praticien s'assure que le système corporel du patient est bien communicant, c'est-à-dire qu'il est en capacité de répondre par du mouvement à la sollicitation du praticien tissulaire (également, perception d'une bonne physiologie : expansion/rétraction, flexion/extension, rot int/ext) et le cas échéant, il développe un système destiné à le remettre en communication.

– **la phase 2** consiste à chercher, trouver et libérer les principales zones de rétention perturbant le système, en appliquant les techniques spécifiques adaptées.

– **la phase 3** vise à rétablir une harmonie minimum au sein du système pour lui permettre de procéder seul et le plus facilement possible à ses ajustements subtils.

Nous allons étudier le déroulement d'une séance, en « naviguant » dans le modus operandi, en rappelant toutefois que chaque traitement est unique, tableau exprimant l'art ostéopathique né de la rencontre et de la communication entre deux êtres qui utilisent leurs propres pinceaux et couleurs.

## Quelques remarques importantes...

L'application de toute technique nécessite la mise en place d'un ensemble de paramètres de communication et de palpation :

### **Paramètres subjectifs**

- présence à soi (à sa structure corporelle et à ses consciences) et au patient (à sa structure corporelle et à ses consciences)
- attention focalisée sur un espace duquel le praticien perçoit l'information
- intention alternant entre la recherche d'informations et la libération d'énergie par le mouvement

### **Paramètres objectifs**

- densité, appliquée plus ou moins profondément pour rejoindre la compacité des tissus
- syntonisation à la tension de surface des structures
- s'adapter à la vitesse du mouvement de libération de l'énergie

### **Rechercher l'information**

Pour savoir de quoi il faut s'occuper prioritairement dans le système corporel, il faut au préalable en obtenir de l'information. C'est pourquoi, lors d'une séance d'ostéopathie tissulaire, s'alternent en permanence les étapes où l'on est à la *recherche d'informations significatives et fiables* servant à nous guider dans la progression de la séance, et celles passées à *libérer* des rétentions d'énergie.

## Les rétentions

Pour trouver les rétentions, nous utilisons deux de leurs propriétés matérielles essentielles

- la densité, qui est perçue localement par la main du praticien posée dessus,
- la traction des tissus qui lui sont connectés, selon une certaine direction et une certaine amplitude, déterminant des tractions courtes (rétention proche) et des tractions longues (rétention éloignée).

## Utilisation de l'information

– Lorsque j'ai l'information de la structure, je pratique la technique correspondante. Ce n'est pas une projection mentale de ce que je crois devoir faire. J'applique la technique dont j'ai l'indication par la perception tissulaire.

– Tant que le praticien obtient de la réponse à sa sollicitation, il poursuit la technique. Il est vigilant à *l'amortissement* des réponses tissulaires, témoins du niveau de vitalité du patient. À respecter pour ne pas sur-solliciter le système et éviter des réactions intempestives.

– Lorsqu'une technique « bloque » (arrêt en contrainte), le praticien a recourt à diverses aides : amélioration de la mise en place des paramètres subjectifs (présence ++) et objectifs (densité ++), apnée expiratoire, incitation au refus, puis dialogue tissulaire.

– À la suite d'une technique importante, ou d'un ensemble de techniques, le praticien ré-équilibre le système corporel sur son axe dure-mérien.

– Lorsqu'une technique X indique une technique Y, on réalise la technique Y à la fin de la laquelle, on reviendra à la technique X pour terminer les cycles engagés mais non achevés. Si par exemple la technique de Crâne Global nécessite la mise en place d'une Compression Occipitale, lorsque celle-ci est terminée, on revient au Crâne Global avant de poursuivre.

– Les techniques sont citées sans être détaillées. Le lecteur est invité à se reporter à leur description précise, et notamment leur indication (Niveau 1 d'approche tissulaire ou *Livre 1 d'approche tissulaire* Pierre Tricot chez Sully).

## Pour résumer

- 1/ Toujours présence, attention, intention
- 2/ Syntonisation permanente aux densité, tension, et vitesse du mouvement de libération de l'énergie.
- 3/ Alternance des phases de libération d'énergie, et des phases de prises d'informations.
- 4/ Technique X → technique Y → technique X
- 5/ Équilibration Crane / Bassin / Crâne

## Le modus operandi, phase par phase

---

Étudions à présent phase par phase le modus operandi. Des schémas accompagnent le propos à chaque étape. Une synthèse sera proposée à la fin.

### *Phase 1*

La séance commence par une technique de **crâne global**, prise à 8 doigts. Le praticien, bien ancré dans ses paramètres objectifs, met en place les paramètres subjectifs, puis cherche à se syntoniser avec le crâne en appliquant densité et tension, jusqu'à percevoir une sensation de malléabilité, de *plasticité*, signant le bon accord palpatoire.

A ce moment là, deux possibilités se présentent :

- *le crâne se met en mouvement*, traduisant la capacité de la structure à communiquer

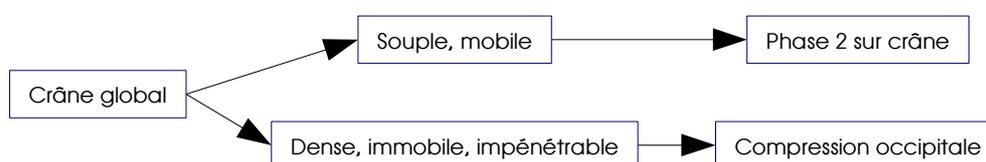
par le mouvement. Le praticien suit le mouvement qui s'affiche dans le sens de la plus grande densité, en se syntonisant à sa vitesse de déroulement jusqu'au retour au neutre, still-point et expansion de la structure.

Autant de cycles que nécessaires, jusqu'à un amoindrissement des réponses, une diminution de la densité perçue sous les doigts, et une bonne qualité d'expansion des structures crâniennes.

Le traitement se poursuivra par une recherche d'information plus spécifique de densité au niveau du crâne, propre à la phase 2.

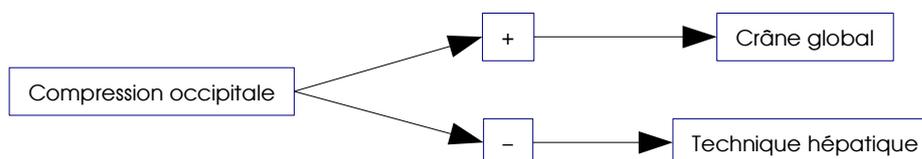
Ce cas de figure est plutôt rare en début de séance. La perception d'un mouvement crânien libre en début de séance n'est pas cohérente puisque le patient est en demande par rapport à une difficulté. Elle suggère un niveau de densité important en profondeur. Augmenter la densité palpatoire.

– *le crâne est immobile* (ou très peu mobile), dense, impénétrable. Cela signe une structure hypo-communicante, qui nous indique de pratiquer la technique de compression occipitale, visant la remise en communication du système.



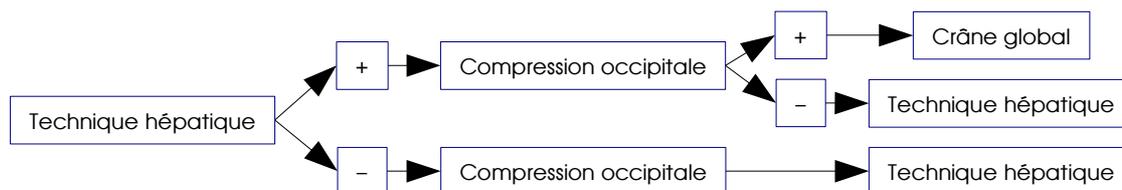
La praticien met en place la **compression occipitale**. Il perçoit ou non du mouvement. S'il en perçoit, il déroule les cycles nécessaires, puis revient à la technique de **crâne global**.

Sinon, c'est l'indication de la **technique hépatique**.



La **technique hépatique** permet bien souvent de rétablir une amorce de communication par le mouvement au sein du système.

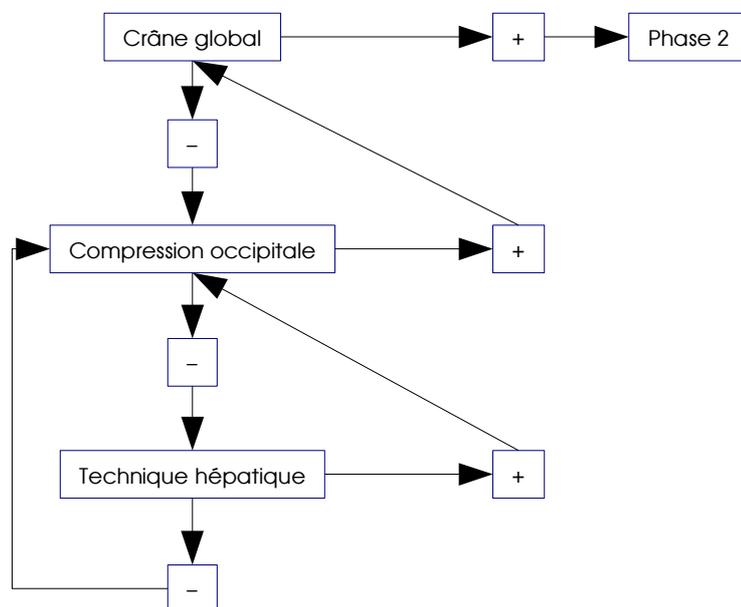
Si ce n'est pas le cas, il faut recommencer une **compression occipitale**, puis éventuellement à nouveau une **technique hépatique** et **re-compression occipitale**. Sorte de « yoyo » jusqu'à obtenir un système communicant, donc du mouvement.



Lorsqu'une bonne qualité de mouvement, un amortissement des réponses et une bonne

expansion tissulaire sont obtenus dans la technique hépatique et la compression occipitale, retour au **crâne global** au cours duquel, le praticien déroule les cycles qui se présentent pour ré-équilibrer le système.

### Pour résumer la phase 1



La phase 1 se termine lorsque le système s'est remis en communication, c'est-à-dire que le praticien obtient une bonne réponse de mobilité au niveau du crâne.

### Phase 2

Lorsque le système s'est remis en communication, la phase 1 est terminée, ce qui ouvre la phase 2 : chercher, trouver et libérer les rétentions.

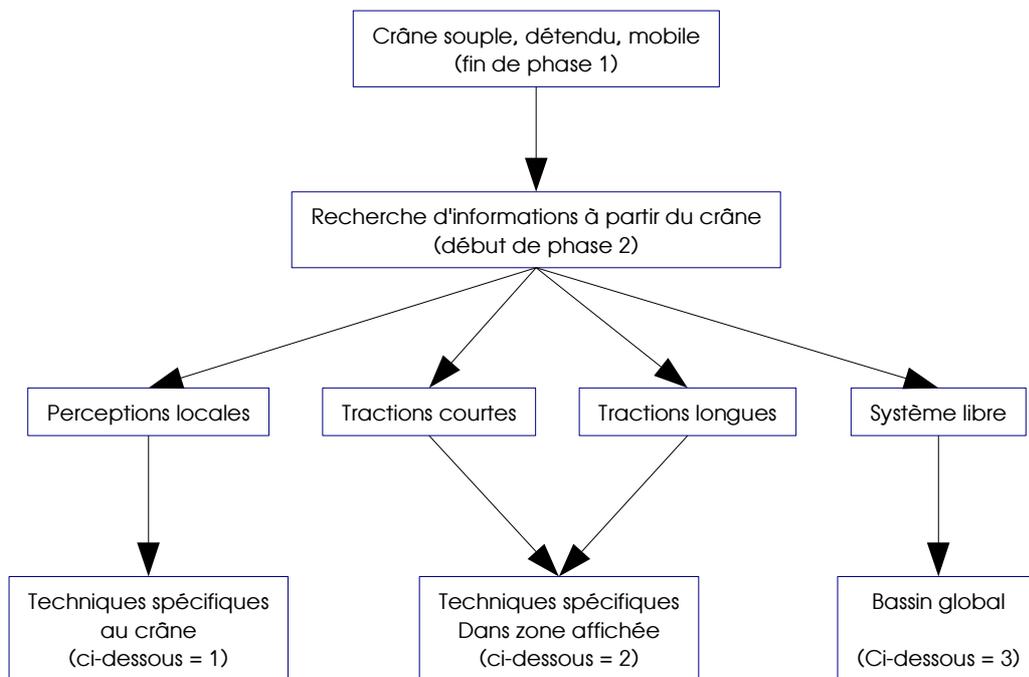
Le praticien se trouve maintenant dans un temps de prise d'informations. Par quoi doit-il continuer ?

### Recherche à partir du crâne

Le praticien est toujours en crâne global à l'écoute des zones de densités qui s'affichent sous ses mains.

Schématiquement, quatre cas peuvent se présenter :

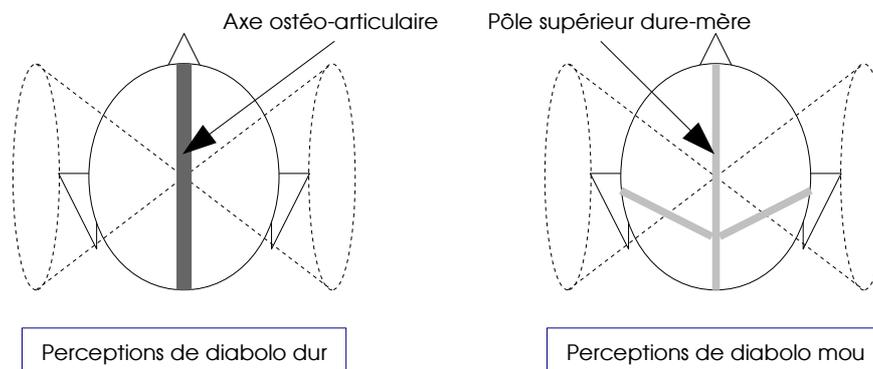
- Il perçoit encore des densités à l'intérieur du crâne, qui lui indiquent un travail crânien spécifique. Ce cas est le plus fréquent.
- Il perçoit, par des tractions courtes, des zones denses à l'extérieur du crâne, lui indiquant que la suite du traitement sera à l'extérieur du crâne.
- Il perçoit, par des tractions longues, des zones denses à l'extérieur du crâne, lui indiquant que la suite du traitement sera à l'extérieur du crâne, plus éloigné.
- Si le praticien perçoit le système crânien comme bien mobile avec une bonne expansion et une diminution notable de sa densité, qu'il ne perçoit pas de tractions ni courtes ni longues à l'extérieur du crâne, alors cela lui indique qu'il peut passer au bassin.



### 1 – Perception de densités à l’intérieur du crâne

Tant que le praticien perçoit des densités au crâne, il s’occupe de libérer l’énergie qui y est retenue avant de passer à la suite du traitement.

Si le praticien a une perception de .....	..... alors il pratique la technique de .....
Diabolo mou	Pôle supérieur de dure-mère PSDM
Diabolo dur	Axe ostéo-articulaire crânien AOC ou SSB
Sphère postérieure	Sphère postérieure globale SPG ou OM spécifique
Sphère antérieure	Sphère antérieure SA
En avant du conduit auditif externe	ATM

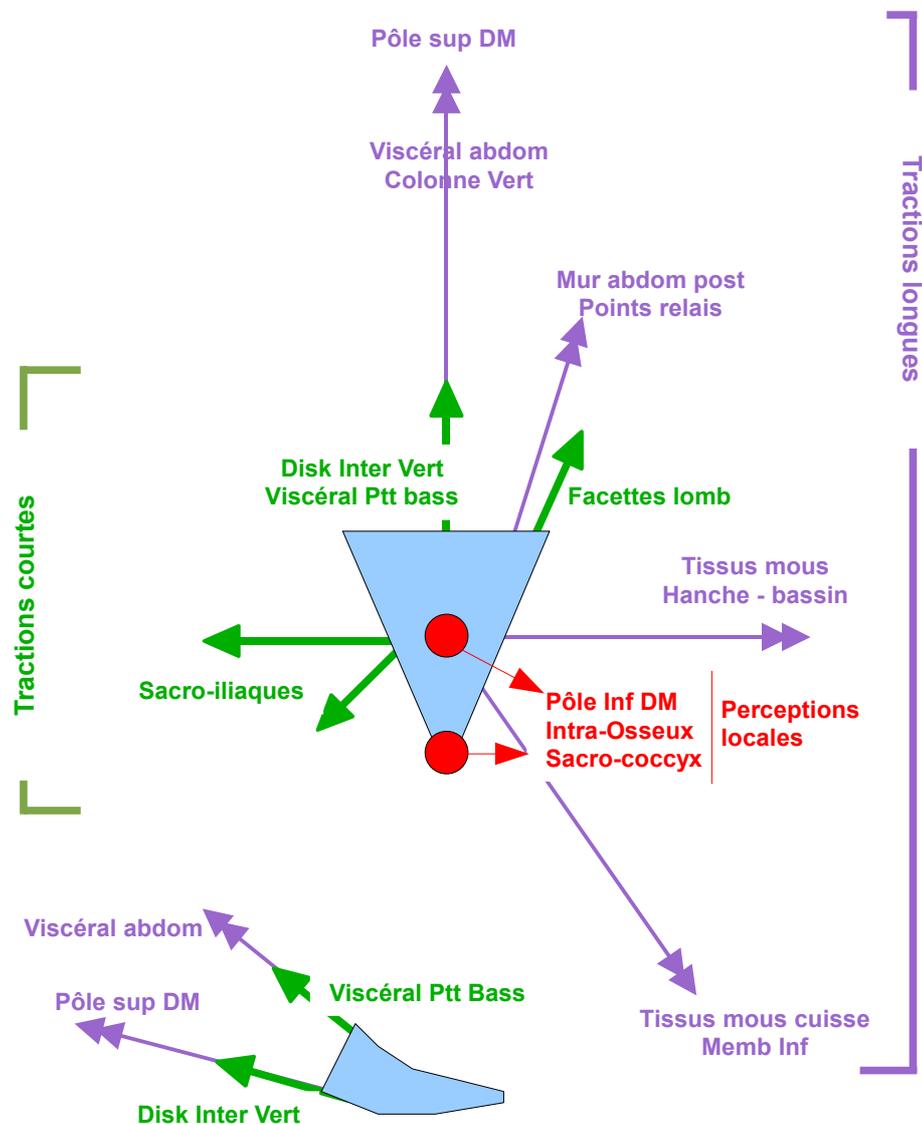




Tractions courtes	Techniques
Vers le haut et l'avant	Viscéral petit bassin
Vers le haut et l'arrière	Disques lombaires inter vertébraux
Oblique vers le haut	Facettes lombaires (jusqu'à L3-L4)
Latérale ou oblique vers le bas	Sacro-iliaque

Tractions longues	Techniques
Vers le haut et l'arrière	PSDM ou colonne vertébrale
Vers le haut et l'avant	Viscéral abdominal
Oblique vers le haut	Points relais
Latéralement	Tissus mous hanche, bassin
Latéralement vers le bas	Tissus mous cuisse ou Membre inf

La traction perçue indique la technique à appliquer. Lorsqu'elle est réalisée, le praticien revient à celle qui l'a initiée, déroule les cycles qui se présentent, puis reprend le Bassin Global.



A l'issue du bassin global, phase de prise d'information, pour savoir si une technique spécifique est encore nécessaire. Si oui, le praticien la réalise. Si non, il va repasser au crâne global.

### *Phase 3 – Réharmonisation – importance de la dure-mère*

Dans le modèle tissulaire, la dure-mère est la structure de base, axiale, à partir de laquelle ou sur laquelle s'organisent toutes les autres structures du corps. Le patient va d'autant mieux qu'il est centré sur son axe mécanique – la dure-mère. Ainsi, après chaque changement important, il importe de rééquilibrer le patient sur son axe.

Dans la pratique, après chaque intervention spécifique, le praticien réharmonise globalement la sphère sur laquelle il travaille (par exemple Bassin global ==> Sacro-iliaque ==> Bassin global ==> Pôle inf DM ==> Bassin global) et tant qu'il obtient libérations et informations dans la sphère où il travaille, il poursuit selon ce schéma.

Lorsque les libérations/informations deviennent moins nettes dans la sphère où il travaille, il change de pôle. Dans notre exemple, il passerait alors au crâne et commencerait par un relâchement/réharmonisation du crâne global, avant de demander de l'information et de travailler sur le pôle crânien avec toutes les informations qu'il en reçoit. Puis, lorsqu'il n'obtiendra plus de libérations ou d'informations nettes au niveau du crâne, il passera de nouveau au bassin, et ainsi de suite.

De même, s'il est amené à travailler sur le membre inférieur, il revient au bassin global et pour le membre supérieur, au crâne global.

Après toute libération importantes au crâne, au bassin ou ailleurs dans le corps, il convient de recentrer le système sur la dure-mère par ce que nous appelons « **Crâne-Bassin-Crâne**. » Pour les mêmes raisons, on termine toujours une séance par C/B/C.

### *Autres techniques*

Il existe un grand nombre de techniques dont nous n'avons pas encore parlé. Leurs indications sont essentiellement données par les perceptions. La symptomatologie du patient entre en ligne de compte mais ne dicte pas une technique de libération. Ce n'est que lorsque j'ai l'information de la structure que je pratique la technique correspondante.

Ainsi, le praticien sera orienté pour la suite de son traitement par ses perceptions de tractions, courtes ou longues, mais également par son « intuition » – témoin de ses « perceptions d'être » – et par le travail avec les consciences.

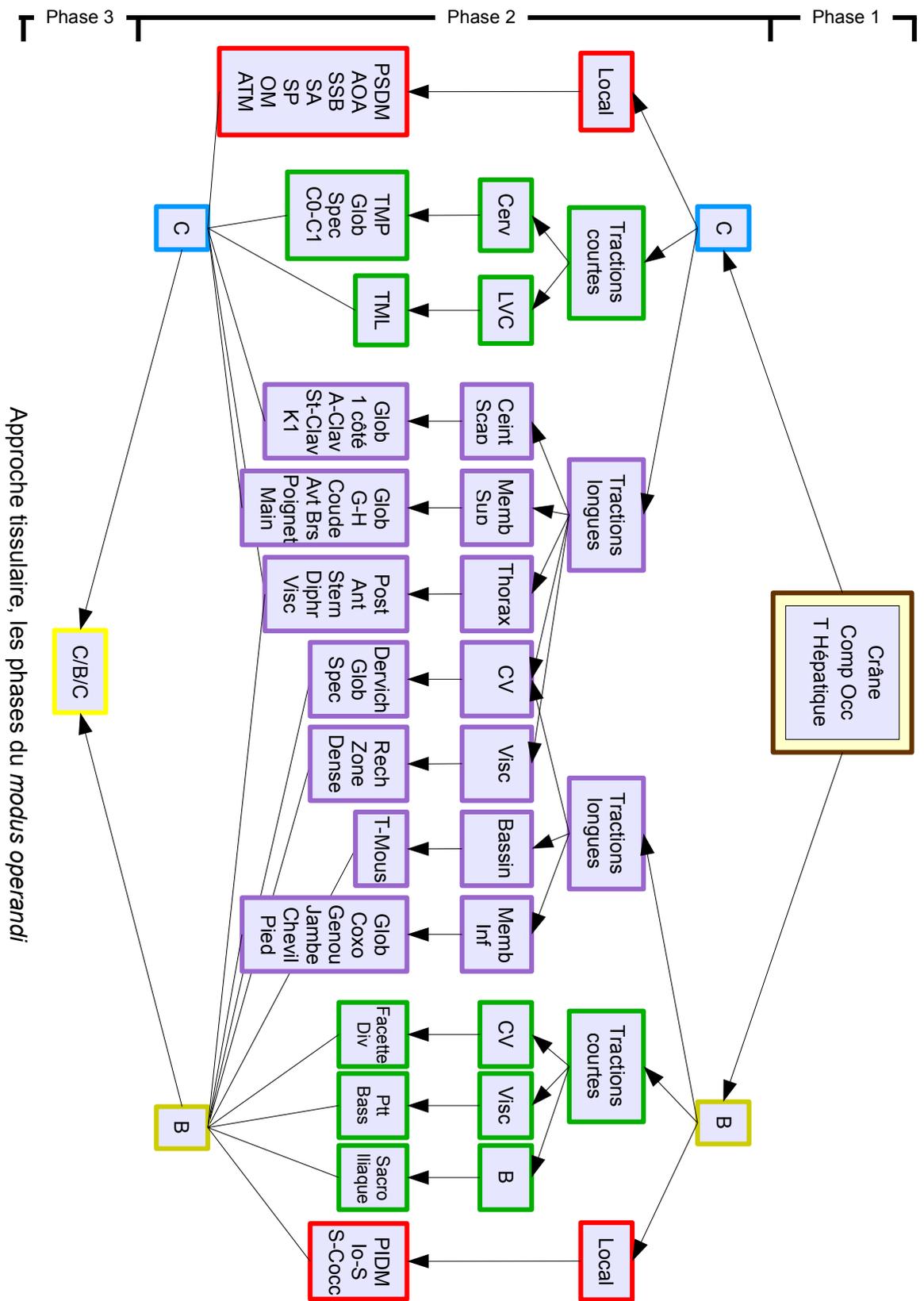
Le tableau ci-dessous rassemble l'ensemble des techniques proposées par l'approche tissulaire. Il n'est pas tout à fait exact, dans le sens où on ne peut pas transcrire de manière parfaitement « carrée » un traitement basé sur la perception et sur la communication avec les consciences. Il donne simplement un aperçu global de ce qui peut être pratiqué.

### **Remarques**

==> Il est bien entendu que toute technique connue peut s'appliquer, assortie des paramètres de palpation et de communication évoqués (paramètres subjectifs et objectifs).

==> La progression dans la pratique de l'approche tissulaire entraîne souvent une diminution du nombre de techniques utilisées. (« La présence est beaucoup plus importante que la technique. Les débutants veulent apprendre toujours plus de techniques. Lorsque vous deviendrez un Maître, une seule technique suffira. » Hugh Milne, *The Heart of Listening* p. 2). Il s'agit d'une montée dans le cône (voir modèle du cône dans le *Livre 1 d'approche tissulaire*, pp. 35-36)

==> Lorsque des techniques de dialogue tissulaire sont nécessaires pour libérer les rétentions (technique des flux, régression consciente, lignée ancestrale...), le déroulé de la séance est alors différent, moins orienté vers l'application de techniques spécifiques.



Approche tissulaire, les phases du *modus operandi*

## Exemples de séances

---

Je vais proposer deux séances (imaginaires, mais fondées sur des cas rencontrés en patientèle), l'un correspondant typiquement au modus operandi de niveau 1, sans nécessité d'aller plus loin, l'autre nécessitant, à cause de la résistance rencontrée, l'utilisation de techniques plus spécifiquement niveau 2. Ces exemples de séance sont volontairement racontés à la première personne.

### *Séance de type niveau 1*

#### **Motif de consultation**

Patiente de 27 ans, graphiste, qui consulte pour des maux de tête, des douleurs à l'épaule droite associées fréquemment à des cervicalgies (ATCD récent de chute en scooter) et des douleurs lombaires à la station assise prolongée.

#### **Intention de séance**

L'intention globale de séance porte sur les douleurs d'épaule droite en premier lieu, puis sur la sphère crânienne et cervicale.

#### **Le système est-il communicant ?**

Je commence par contacter le crâne de la patiente par une prise globale. Mise en place des paramètres subjectifs et objectifs. L'intention est de savoir si le système est bien communicant par le mouvement.

Le crâne est très dense, et malgré la syntonisation aux différents paramètres, il ne se met pas en mouvement. C'est l'indication de la compression occipitale.

Technique de compression occipitale, pour laquelle là encore, je n'obtiens que très peu de mouvement.

Cela indique la technique hépatique, que j'applique. La zone est dense, dure, chaude. Un, puis deux, et trois cycles, suivis d'une petite expansion. Lorsque j'initie un 4ème cycle, pas de mise en mouvement. Je reviens donc à la compression occipitale, pour laquelle j'obtiens davantage de mouvement. Déroulement de 2 cycles, still point, bonne expansion, pas d'autre cycle qui se présente à ma sollicitation.

C'est la fin de la phase 1 de remise en communication du système, qui ouvre la phase 2 : par quoi dois-je maintenant continuer ?

#### **Travail au crâne**

Je suis au crâne, en prise à 8 doigts, et je recherche une information de densité, soit locale, soit sous forme de traction (courte ou longue).

J'ai une perception locale de densité très nette sur la sphère postérieure. Je mets en place la technique, mains placées sur la sphère postérieure, attention et intention focalisées dessus.

Un cycle se présente, et très vite, la densité augmente dans la partie droite. Je focalise le « rayon laser » de mon attention sur la zone de densité perçue, en cherchant à libérer la densité à partir de la technique globale de sphère postérieure. Mais plus je focalise, plus la densité s'intensifie. C'est le signe de la technique spécifique d'OM.

Je mets en place la technique sur l'OM droite, en focalisant attention et intention dessus.

Un cycle, puis un 2ème, et un 3ème, après quoi, je perçois, après le still point, une bonne expansion des structures.

Je reviens à la technique globale. Un cycle se déroule, mais maintenant, c'est OM gauche qui s'affiche. Je focalise attention, intention et forces de compression sur OM gauche. 2 cycles sont nécessaires, la structure libère l'énergie, still point et bonne expan-

sion. La technique spécifique n'est pas nécessaire à gauche.

Je reprends le crâne global, que j'ajuste à la suite de la technique de sphère postérieure. Puis je recherche une éventuelle nouvelle information pour savoir par quoi continuer la séance. Je sens une densité en avant des conduits auditifs, signe de la technique sur les ATM.

Je mets en place la technique, talons de mes mains sur les angles mandibulaires, attention et intention focalisées sur les ATM. La densité devient importante à droite. Je focalise attention, intention et forces de compression sur ATM droite jusqu'à avoir la sensation que la mandibule « retombe » et n'est plus aspirée vers le haut. 3 cycles sont nécessaires pour y arriver. Quand je reprends l'ATM globalement, le côté gauche ne s'affiche pas plus dense. Je reviens donc au crâne global, que j'ajuste.

Après ces deux importantes techniques, je vais ajuster le bassin. 2 cycles, expansion, et je reviens au crâne global, que j'ajuste également. Y a-t-il encore une perception locale ou une traction ?

### **Traction longue vers la ceinture scapulaire**

Oui, une traction longue m'indique une densité sur la ceinture scapulaire à gauche.

J'applique la technique globale de ceinture scapulaire, patiente toujours allongée. Le côté gauche se densifie davantage, ce qui indique de faire une technique spécifique sur ce côté, patiente assise.

Ce que je fais. La technique déborde la zone scapulaire et prend, au 1er cycle, un point pivot au niveau dorsal bas. Au cycle suivant, elle le prend plus bas, au niveau lombaire. Un autre cycle. Au niveau de l'épaule, la densité gauche a disparu.

Je teste les deux épaules par un appui latéral simultané. Une densité acromio-claviculaire s'affiche maintenant du côté droit.

Je réalise la technique appropriée sur l'acromio-claviculaire, qui s'avère être particulièrement dense. Au bout de 4 cycles, je demande l'aide de la patiente : « focalisez toutes vos pensées dans cette articulation (je lui fais sentir où en la touchant du doigt), avec l'intention que tout ce qui est bloqué se libère ». Et pendant la technique, mentalement, je focalise mon attention sur l'acromio-claviculaire droite, en m'adressant aux informations, consciences et mémoires connectées à la difficulté de X (prénom).

3 cycles sont encore nécessaires pour que la rétention lâche, et qu'une bonne expansion soit obtenue.

Je reteste les deux épaules simultanément. C'est bon, plus de densités.

J'ajuste le système par un C/B/C.

Je recherche à nouveau de l'information au niveau du crâne. Aucune densité n'arrive à ma perception. C'est le moment de passer au bassin global.

### **Travail au bassin**

Un premier cycle se déroule, suivi d'un still-point et d'une légère expansion. Je repose à la structure un nouveau cycle, au cours duquel je perçois une traction courte du sacrum en direction de la tête de la patiente.

Il faut alors affiner la direction de la perception : est-elle dans le plan de la table, ou est-elle dirigée légèrement vers l'avant ? C'est le premier cas qui se présente, m'indiquant une technique sur les disques intervertébraux (DIV). L'autre cas m'aurait orientée vers le viscéral petit bassin.

Je mets en place la technique sur les disques lombaires. La libération de la charge d'énergie retenue se fait en 3 cycles. Puis still-point et bonne expansion.

J'ajuste le bassin global. Pendant que la technique se déroule, une densité s'affiche dans la sacro-iliaque gauche. Je focalise attention, intention et forces de compression dans sacro-iliaque gauche. Deux cycles sont nécessaires pour libérer la zone, qui ne nécessite

pas une technique spécifique de sacro-iliaque.

J'ajuste à nouveau le bassin global. Après cet ajustement, je n'ai plus d'informations de densité qui se présentent au bassin.

Je retourne donc au crâne que j'ajuste en 3 cycles, les deux derniers présentant une réponse amortie en amplitude et vitesse. De plus, comme le système offre une belle expansion, je termine la séance là dessus, en remerciant les consciences qui ont et vont encore travailler.

## *Séance de type niveau 2*

### **Motif de consultation**

Lombalgie, cervicalgie. Courte anamnèse, qui, outre la plainte vertébrale, révèle des troubles digestifs à type d'aigreurs d'estomac et parfois dyspepsie et un bruxisme diurne et nocturne, avec ATCD d'accident grave de la voie publique, sur fond de stress professionnel, chez un homme en léger sur-poids de 47 ans.

### **Intention de séance**

Patient allongé sur le dos, le praticien assis à sa tête. Je pose l'indication de séance, ici lombalgies, cervicalgies.

### **Le système est-il communicant ?**

Je commence par contacter le crâne du patient par une prise globale. Mise en place des paramètres subjectifs et objectifs. L'intention est de savoir si le système est bien communicant par le mouvement.

Le crâne est très dense, et malgré la syntonisation aux différents paramètres, il ne se met pas en mouvement. C'est l'indication de la compression occipitale.

Technique de compression occipitale, pour laquelle là encore, je n'obtiens que très peu de mouvement.

Cela indique la technique hépatique, que j'applique. La zone est dense, dure, chaude. Un, puis deux, et trois petits cycles, suivis d'une petite expansion. Lorsque j'initie un 4ème cycle, pas de mise en mouvement. Je reviens donc à la compression occipitale, pour laquelle j'obtiens davantage de mouvement. Déroulement de 2 cycles, arrêt, petite expansion, pas d'autre cycle qui se présente.

Dans ce cas, le fait de n'avoir qu'une petite expansion des structures m'oriente à nouveau vers la technique hépatique. Plusieurs cycles nécessaires avant d'avoir une bonne expansion de la structure.

Je repasse donc en compression occipitale, déroule ce qu'il s'y présente, jusqu'à un amortissement des réponses et une bonne expansion des structures.

Retour au crâne global. Plusieurs cycles jusqu'à un amortissement des réponses et une bonne expansion.

### **Travail au crâne**

Je passe alors en phase de recherche d'informations : y a-t-il encore besoin de libérer des rétentions au niveau du crâne ou ailleurs (tractions) avant de passer au bassin ?

Perception d'une densité sur la sphère antérieure, indication de la technique de sphère antérieure. Là, je sens le côté droit nettement plus dense. Je focalise attention et forces de compression dessus jusqu'à relâchement. Puis, c'est maintenant l'autre côté qui semble plus dense. Autant de cycles que nécessaires sont réalisés, jusqu'à la bonne expansion et amortissement des cycles.

Maintenant, je perçois une densité en avant du conduit auditif qui s'affiche, indication de la technique d'ATM. Autant de cycles que nécessaires sont réalisés, (d'abord d'un côté, puis l'autre) jusqu'à la bonne expansion et amortissement des cycles.

Retour au crâne global. Je déroule si besoin.

Je me remets maintenant en état de prise d'information : la densité en avant du conduit auditif est-elle toujours présente ? Si oui, je recommence la technique.

Si non, retour au crâne global. Je déroule si besoin, jusqu'à recentrage, arrêt en still-point et expansion. Puis prise d'informations, avec une attention particulière sur la sphère postérieure, en raison du symptôme du patient.

Une traction courte postérieure m'indique les cervicales. J'applique tout d'abord la technique sur les tissus mous postérieurs. Lors du déroulement, une zone plus dense s'affiche nettement en regard d'une apophyse transverse, zone C4-C5. Je focalise attention/intention sur cette densité, en cherchant à libérer de l'énergie par le mouvement. Je termine la libération, puis à nouveau tissus mous postérieurs. La zone s'affiche comme bien libérée, donc je repasse en crâne global et déroule les cycles qui se présentent.

A nouveau, phase de prise d'information. Plus de densités locales ni de tractions qui s'affichent. C'est le moment de passer au bassin global.

## **Travail au bassin**

Je mets en place l'approche globale du bassin.

Le bassin est figé, hypomobile, le sacrum comme une pierre dans ma main. Cela m'indique qu'il faut s'occuper du pôle inférieur de la dure-mère.

J'applique la technique spécifique, patient en procubitus. Autant de cycles que nécessaires, jusqu'à avoir la sensation d'un ramollissement, chaleur, et belle expansion des structures.

Je reprends alors le bassin global. Un cycle s'amorce, et très rapidement, la densité converge dans la sacro-iliaque gauche. Je focalise attention et intention sur elle pour tenter de libérer la densité à partir de la technique globale. Plus je fais converger mon attention et mes forces de compression dans la zone dense, plus elle s'affiche dense. C'est l'indication de la technique spécifique de sacro-iliaque.

Patient sur le côté droit, et j'applique la technique, en déroulant autant de cycles que nécessaire jusqu'à percevoir une bonne libération de la zone.

Je reprends bassin global : ais-je toujours une attirance vers la sacro-iliaque gauche ? Non, la zone a lâché. Mais c'est à présent la sacro-iliaque droite qui s'affiche. Je focalise attention et forces de compression dedans. Plusieurs cycles, qui parviennent à libérer la zone.

Je reprends à nouveau le bassin global. Une petite densité se révèle à nouveau à gauche. Focalisation de l'attention et des forces de compression dessus jusqu'à libération.

Puis j'ajuste le bassin global.

Maintenant, c'est la phase de recherche d'informations spécifiques au bassin, qui s'appuie sur les propriétés d'une rétention : densité locale, ou tractions des tissus qui lui sont connectés.

J'ai la perception d'une traction longue, vers le haut et l'avant du patient. C'est un appel de la sphère viscérale abdominale.

Je mets en place la technique. Je commence à travailler la zone abdominale, qui est très en tension et particulièrement sensible. Plusieurs cycles très lents se déroulent. Le patient sent de l'émotion qui monte, de la peur, et évoque le stress et l'angoisse qui ont suivi son accident de la voie publique, son coma de 4 jours, le service de réanimation, l'intubation, l'infection de sa gastrostomie, ...

Je continue pendant cette évocation à dérouler ce qui se présente sous mes mains, avec attention et intention focalisées sur les structures et sur les mémoires et consciences connectées à cette difficulté.

Le patient reste bloqué émotionnellement sur une séance de soins particulièrement diffi-

cile concernant la sonde de gastrostomie. Tout en continuant à dérouler les tensions, je lui demande de me raconter à voix haute, en utilisant le présent, la séance de soins en question. J'accompagne les tissus lors de l'évocation.

Puis, je lui demande de retraverser l'évènement « dans sa tête », en prenant le temps qu'il faut, et autant de fois que nécessaire, jusqu'à un arrêt pour lui de ses souvenirs pénibles, voir un désintéressement pour la scène en question.

Quand le souvenir s'estompe et que les tissus ne répondent plus par de la tension, je reprends le bassin global.

Ais-je toujours cette traction viscérale ? Non, c'est bon. J'ajuste le bassin global. Y a-t-il autre chose qui se présente sous mes mains ? C'est bon aussi.

Je repasse alors en crâne global, que je réharmonise/recentre. Puis, je recherche à nouveau de l'information à partir de la structure crânienne, m'indiquant si le système a besoin d'un autre fulcrum, ou si c'est terminé pour aujourd'hui.

Le crâne s'ajuste bien et ne me donne plus d'indication d'autres techniques à réaliser.

C'est la fin de la séance. Je remercie (mentalement verbalement) les consciences qui ont travaillé et j'informe le patient que nous allons laisser maintenant le système procéder lui-même à ses ajustements subtils.

Je lui parle de son problème de serrement de dents (mise en place des exercices à faire au quotidien), et exploration de l'alimentation, avec conseils.

## Glossaire

---

**Arrêt en contrainte** : Il existe un autre arrêt de la structure que nous nommons *arrêt en contrainte*. Il ne s'agit pas d'un moment de résolution (still-point), mais d'un arrêt de la structure qui semble *collée* dans sa densité. Cet arrêt correspond à la manifestation de l'inertie inhérente à une rétention. Rappelons qu'une définition donnée pour l'inertie est l'incapacité au mouvement. Un arrêt en contrainte n'est donc pas un moment de libération. La structure est au contraire bloquée dans sa rétention ou son refus. Il peut être nécessaire de l'aider à sortir de cet arrêt en augmentant la densité, en demandant une apnée expiratoire ou en l'incitant au refus grâce à l'intention et au dialogue tissulaire.

**Attention** : n. f. (lat. *attendere* « tendre vers »). **1/** Concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé. **2/** Capacité de l'être à sélectionner, parmi l'ensemble des influx qui lui parviennent, ceux qui l'intéressent tant pour ce qui concerne leur qualité (son, vue, goût, toucher, etc.) que leur localisation dans l'espace. **3/** Le contrôle de l'attention est relié à la maîtrise de l'espace de perception. **4/** Projection de la conscience (« je ») dans l'espace physique, déterminant d'une part un espace virtuel fermé – un champ d'attention – dans lequel elle perçoit, et discriminant d'autre part les stimuli sensoriels auxquels elle s'intéresse. Avec l'attention, « je » détermine d'*où* il perçoit (espace) et *ce qu'il* perçoit (type de stimulus). Cf. *Intention*.

**Cas ostéopathique** : il est la conséquence de l'accumulation des rétentions et des tentatives successives d'adaptation du système corporel. Ce qui caractérise la rétention, c'est la non-communication qui résulte en augmentation de densité, rétraction et inertie. Une rétention impose un fulcrum non physiologique (*aphysiologique*) à la hiérarchie de consciences au sein de laquelle elle se produit. Elle oblige le système à créer des compensations/adaptations. Le cas ostéopathique est constitué par l'accumulation des rétentions associée à leurs adaptations au sein du système corporel. Pour l'essentiel, il est dans l'insu ou la non-conscience. Tant que le système corporel arrive à harmoniser l'ensemble des rétentions/adaptations, il manifeste la santé. Lorsqu'il n'arrive plus à trouver son harmonie (moments de fatigue, de tension, de stress, puis enraidissement dû à

l'âge), les symptômes apparaissent.

**Densité** : n. f. (lat. *densitas* « épaisseur »). **1/** Qualité de ce qui est dense, compacité, épaisseur. **2/** Rapport existant entre masse et volume. **3/** Dans l'approche ostéopathique tissulaire, la relation de la matière à l'espace que l'on peut extrapoler en relation énergie/espace. Cf. *Tension*.

**Fulcrum** : n. m. (mot anglais, lat. *fulcrum* « point d'appui »). Point d'appui, pivot. Nous avons conservé le terme anglais particulièrement utilisé chez les ostéopathes. Un fulcrum peut être objectif, c'est-à-dire de nature matérielle (point d'appui ou centre mécanique) ou subjectif c'est-à-dire immatériel (centre de conscience). Un fulcrum est relié à l'espace.

L'approche tissulaire envisage la cellule comme une conscience déterminant un espace limité par une membrane et centré sur un fulcrum. Le corps se conçoit alors comme une organisation d'espaces et de limites, centrés sur des fulcrums. Un espace organisé de consciences ou un espace de consciences organisées... Cette juxtaposition d'espaces limités finit par constituer des volumes et donc des formes, le tout manifestant un mouvement permanent d'expansion/rétraction, conséquence perceptible de la vie manifestée. Le corps peut se considérer comme un ensemble liquidien pulsatile rythmique – expansion/rétraction –, organisé par un système de cloisonnement fibreux – membranes, fascias –, centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.

Un fulcrum peut être physiologique, c'est-à-dire qu'il est intégré dans l'organisation du système qui fonctionne avec lui. Il peut également être *aphysiologique*, c'est-à-dire imposé au sein du système. Une rétention, à cause de la rétraction tissulaire qu'elle crée, impose un fulcrum non physiologique que le système doit gérer en créant des compensations.

**Fulcrum de Sutherland** : Point d'appui à l'immobilité relative, situé au niveau du sinus droit, jonction de la tente du cervelet et de la faux du cerveaux. Dans l'approche tissulaire, le fulcrum de Sutherland est considéré comme le centre mécanique du corps.

**Intention** : n. f. (lat. *intentio* « action de diriger vers »). **1/** Dessein délibéré d'accomplir un acte, volonté. **2/** Fait de se proposer un certain but – dessein ferme et prémédité – but même qu'on se propose d'atteindre. **3/** Dans le concept tissulaire, modulation de l'attention, à laquelle la conscience donne un sens, une forme. Avec l'intention, la conscience envoie une information dans l'espace qu'elle a choisi d'occuper. L'intention permet de formuler une demande. La structure vivante répond à l'intention, mais elle répond selon ses possibilités du moment. Cf. *Attention, Information*.

**Paramètres de palpation** : Le modèle de notre système de communication tissulaire comporte six éléments, six paramètres essentiels que nous avons nommés *paramètres objectifs et subjectifs*.

<i>Objectifs</i>	<i>Subjectifs</i>
Densité	Présence
Tension	Attention
Vitesse	Intention
Syntonisation/synchronisation	

Ces paramètres nous permettent de tenir compte des particularités associées au sein d'une structure vivante : conscience et matérialité. Densité, tension et vitesse permettent de se syntoniser au réel matériel de la structure, alors que présence, attention et intention renvoient à la conscience, et permettent de diriger la communication.

**Présence** : n. f. (lat. *praesentia*). Le fait d'être là. Occuper l'espace et le temps présents.

**Présent**, adj. (lat. *praesens, praesentis*, part. prés. de *praesse* « être en avant ») : Qui est dans le lieu et le temps qui se vit dans l'instant.

**Refus** : Face à la résistance à ce qu'elle veut être, faire ou avoir, la conscience peut aller plus loin que simplement se retirer (rétention). Elle peut créer de l'*opposition*, que nous appelons *refus*, générateur de rétentions d'énergie qui se marquent non plus par une simple hypo-communication, mais par une *non*-communication, une augmentation de densité, de l'inertie, beaucoup plus considérables que dans la rétention.

**Rétention** : n. f. (lat. *retentio*). Fait de retenir. Dans l'approche tissulaire, énergie ou information retenues (l'énergie est de l'information en mouvement) par une structure vivante pour se protéger d'un environnement considéré comme hostile. Une rétention se marque concrètement par de la densité, de la rétraction et de l'inertie, conséquences de la mal-communication tissulaire.

**Still-point** : loc. m. (angl. « point d'immobilité »). Le mot « point » est incorrect, on devrait parler de *moment d'immobilité*. Un still-point est relié au temps. Dans l'approche tissulaire, on reconnaît deux types de *still-point* : le still-point physiologique et le still-point de résolution.

Le *still-point physiologique* survient régulièrement dans tout phénomène alternatif. Chaque temps du phénomène est séparé par un instant (qui peut être très court) où le phénomène, allant dans une direction, s'arrête avant de repartir dans une autre. L'étalement de la marée est un still-point physiologique typique. Ce type de still-point ne nous intéresse pas particulièrement parce qu'il manifeste un processus physiologique sur lequel nous n'intervenons pas directement.

Le *still-point de résolution* correspond à l'instant de résolution d'une zone de rétention, le moment où la structure ayant terminé de libérer l'énergie retenue est en attente, juste avant de se remettre en communication. Cette immobilité peut durer un certain temps. Il est essentiel que le praticien la respecte et attende, lui aussi, tout en maintenant paramètres objectifs (densité et tension) et subjectifs (présence, attention et attention), jusqu'à la fin du still-point. Le still-point se termine soit par la reprise d'un autre cycle de libération, c'est-à-dire par la naissance d'un nouveau mouvement de libération tissulaire, soit par une expansion de la structure, exprimant sa remise en communication.

**Tension** : n. f. (lat. *tensio* de *tendere* « tirer, tendre, allonger, aller vers »). **1/** État d'une substance souple et élastique tendue, étirée. **2/** Toute force qui agit de manière à écarter, séparer les parties constitutives d'un corps. **3/** En électricité, différence de potentiel. **4/** Dans le concept tissulaire, la relation de l'énergie au temps.

**Vitesse** : n. f. Relation de l'espace parcouru par rapport au temps d'un corps en mouvement. Une structure tissulaire vivante bouge et la qualité de ses mouvements nous renseigne sur la qualité de sa vie.