

Mise en évidence de la compétence perceptive en ostéopathie structurelle

FRETTO
Clément

Promotion 7
Année 2015-2016

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. PROBLEMATIQUE	6
2.1. La perception et l'ostéopathie	6
2.1.1. La perception dans le domaine ostéopathique	6
2.1.2. La perception dans le cadre du modèle fondamentale de l'ostéopathie structurale	8
2.1.3. Lésion et manipulation structurale dans le modèle fondamental de l'ostéopathie structurale.....	10
2.2. La perception en psychologie	14
2.2.1. Les théories et lois de la perception	14
2.2.2. Le développement perceptif selon Piaget.....	17
2.2.3. Perception et accès à la conscience.....	17
2.2.4. La compétence professionnelle perceptive.....	19
3. HYPOTHESE	21
4. MATERIEL ET METHODE	21
4.1. Population	21
4.2. Matériel	22
4.2.1. Réalisation de vidéos pendant le slack.....	22
4.2.2. Protocole des entretiens	22
4.2.3. Construction d'une grille d'entretien à partir du modèle du schème de VERGNAUD.....	23
4.3. Méthode d'analyse qualitative	23
5. RESULTATS	23
5.1. Mise en place d'une grille d'analyse individuelle :	23
5.2. Analyse des résultats	28
5.2.1. Grille de compétence	28
5.2.2. Mise en place d'une grille de spécificité.....	30
6. DISCUSSION	32
7. CONCLUSION	33
8. BIBLIOGRAPHIE	34
9. ANNEXES	36
9.1. Annexes 1 : Grille d'entretiens	36
9.2. Annexes 3 : Entretiens d'explications	37

« *Ce n'est pas le doute qui rend fou, c'est la certitude.* »

Friedrich Wilhelm Nietzsche. *Ecce homo*

« *Ce que le public te reproche, cultive-le, c'est toi.* »

Jean Cocteau. *Le Potomak*

*A Jean-François Terramorsi et l'ensemble de l'équipe enseignante de l'IFSOR pour leur
générosité et la transmission sans limite de leur « savoir-faire »,
A Pascale Gosselin pour m'avoir montré le chemin et avoir su pointer du doigt mes erreurs,
A tous les professionnels ayant participé avec enthousiasme et sympathie à ce projet,
A tous mes camarades de formation qui ont réussi à me faire aimer la Bretagne et qui m'ont
soutenu dans les moments difficiles,
A ma famille et particulièrement à ma femme Célia, mon fils Nolan et mes parents pour leur
amour, leurs encouragements, leur patience tout au long des mes nombreuses absences et
qui m'ont permis de ne jamais baisser les bras,
A Hélène Duval pour son amitié, sa gentillesse, sa disponibilité, sa générosité, son
implication et son soutien sans faille dans l'élaboration de ce travail qui n'aurait pas pu voir le
jour sans elle,*

Un grand MERCI.

1. INTRODUCTION

La rigueur gestuelle qui nous est enseignée est un des aspects remarquables de cette formation. Elle est intégrée dans la plupart de nos cours qu'ils soient théoriques ou pratiques. Nos cinq années d'études avec la répétition précise du geste nous servent à mieux maîtriser la technique, à mieux nous positionner dans l'espace, à automatiser notre gestuelle en utilisant le minimum d'effort pour arriver à notre but. Cependant l'automatisation gestuelle ne peut se faire que si elle associe la perception à la motricité.

Depuis PIAGET et sa théorie sur l'apprentissage, que nous développerons par la suite, il apparaît clairement que l'acquisition motrice d'une action n'est possible que si la perception y est couplée. Nous pouvons nous demander quelle est l'importance de la perception de notre corps et de l'extérieur dans une manipulation ? Ne serait-ce pas la clairvoyance de notre schéma corporel qui nous permet de réaliser une gestuelle précise et reproductible ? Cela pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi lors de nos premières années d'étude il y a une telle différence de niveaux dans la technique. En effet, chacun à sa propre perception de son corps et de son placement dans l'espace, plus sa perception est précise et plus le geste se reproduit facilement. Suivant cette logique, les sportifs de haut niveau sont certainement avantagés par rapport aux autres. La perception fine de l'extérieur lors de la manipulation ne pourra se faire qu'une fois cette gestuelle acquise.

Selon DOKIC (2004, p71-72), l'expérience a conduit notre système perceptif à associer les idées tangibles à nos idées visibles. Les idées tangibles comprennent non seulement les sensations tactiles au sens propre, mais également les informations musculaires, proprioceptives et kinesthésiques. Nous pouvons donc dire que c'est grâce à l'expérience acquise lors de notre formation que nous améliorons notre perception du schéma corporel et de l'extérieur. Nous apprenons à prêter attention à différentes zones de notre corps lors des manipulations et pas uniquement à nos mains. L'objectif est d'arriver à notre unité afin de pouvoir manipuler avec tout notre corps. Progressivement nous sortons donc de nos mains pour mieux ressentir notre corps, mieux percevoir l'extérieur. Le but final de cet apprentissage est de pouvoir transcender notre technique en un soin adapté.

Dans notre enseignement, la définition de la lésion diffère de celle des autres écoles. Pour nous, « manipuler ce n'est pas remettre les choses en place, mais justement s'assurer qu'elles peuvent en changer » (TERRAMORSI, 2013, p 42). Dès lors, notre geste ET notre perception seront différents de par nos objectifs. Peut-on alors penser que notre perception est apparentée comme une compétence acquise lors de notre formation ?

Nous allons voire, dans un premier temps, la place de la perception dans l'ostéopathie puis, dans un deuxième temps, la perception en psychologie. Enfin, nous aborderons la notion de compétence professionnelle pour introduire l'étude réalisée dans ce travail.

2. PROBLEMATIQUE

2.1. La perception et l'ostéopathie

2.1.1. La perception dans le domaine ostéopathique

Pour W.G. Sutherland, ce sont les doigts qui sentent, voient, pensent et savent. Il parle d'un toucher intelligent, entraîné et capable de réfléchir. « Your aim must be to get the feel of the tissue ; the different sensations, whether it has the "feel" of dry parchment ... a mushy feeling ... perhaps a delicate lacy feeling. That "feel" tells you something on the inside ... In your diagnosis, in your technic. You must get in there and see the picture all the way through. » (Votre but doit être de ressentir les tissus ; les différentes sensations, qu'il s'agisse de la sensation d'un fin parchemin ... d'une sensation de boullie ... d'une délicate sensation de dentelle. Ces sensations vous disent quelque chose sur ce qui se trouve à l'intérieur des tissus ... dans votre diagnostic, dans votre technique. Vous devez pénétrer les tissus et voir l'image de ce qu'ils sont.) (SUTHERLAND W.G, *With thinking fingers*, p 14, Ed The cranial academy, 1962, cité par MILNE Hugh, 1998, p 134)

Becker parle également d'une sensibilité et de perception palpatoire, pour lui, c'est grâce à elle et à notre évaluation précise que nous serons à même de poser notre diagnostic et de penser à utiliser la technique la plus adaptée dans nos traitements. (BECKER, 2000, p 57) Il souligne l'importance de la visualisation : « l'art et la science de la palpation peuvent être grandement améliorés qualitativement et quantitativement en travaillant et en apprenant à projeter notre sens du toucher à partir du territoire sensitif de notre cerveau vers nos mains en passant par les voies proprioceptives et les terminaisons tactiles plutôt que d'attendre passivement que cette sensation tactile parvienne des mains vers les centres sensitifs : cela s'appelle visualiser » (BECKER, 2000, p 56). Il faut selon lui, ouvrir nos champs sensoriels et sentir avec tout son corps. (BECKER, 2000, p 149).

Still met, lui aussi, l'accent sur l'importance de la visualisation. En effet, pour lui la compétence de l'ostéopathe est fonction de cette dernière : « une image normale de la forme et de la fonction de toutes les parties du corps doit être vue clairement par l'œil de l'esprit, sinon notre travail nous condamnera. » (STILL, 2012, p 36).

Tricot, dans l'approche tissulaire de l'ostéopathie, a mis en évidence trois paramètres propres au thérapeute permettant d'améliorer la perception, la communication avec l'autre : la présence, l'intention et l'attention. Selon lui, il a commencé à percevoir des choses qu'il n'avait jamais ressenties lorsqu'il a découvert la présence. (TRICOT, 2002, p19). Le deuxième élément nécessaire est l'intention, qui désigne notre objectif, car sans elle, il n'y a pas d'action. Tricot pense que les tissus des patients sont très sensibles à l'intention et qu'ils y répondent avec une grande application. « Si notre intention par rapport à eux est précise et bien posée, leurs réponses seront elles-mêmes claires et sans ambiguïté. Au contraire, si notre intention est floue, les réponses tissulaires seront également imprécises et difficilement interprétables. » (TRICOT, 2008, p2). Enfin l'attention qui est le dernier élément essentiel, « c'est avec l'attention que l'être détermine la région de l'espace environnant d'où il va percevoir » (TRICOT, 2008, p3). Selon lui, c'est grâce à l'attention que nous nous focalisons sur la zone d'espace qui nous intéresse, en ne traitant que les stimuli sensoriels de cette zone et en éliminant les autres. Si notre attention s'échappe, alors notre perception se modifie.

La perception, pour Michel Attia devient une interprétation, voire une induction d'un dysfonctionnement. Lorsqu'il dit « je ne sens pas de tension » (ATTIA M., 2006, p8), il n'anticipe pas, selon lui, sur le diagnostic futur, il parle de son ressenti de sa sensation ; mais

lorsqu'il annonce que « je n'ai pas de mobilité » (ATTIA M., 2006, p8), cela implique que l'organe exploré est en dysfonctionnement. Il en conclut que l'interprétation qui est faite entre le manque de mobilité et la non-perception de cette mobilité est due à une construction de l'esprit d'un modèle normal du monde : « je ne sens rien, donc, dans mon monde il n'y a pas de mobilité » (ATTIA M., 2006, p8). Lorsque la plupart des écoles essaient de percevoir des dysfonctions : la vertèbre est inclinée à droite, en flexion ... notre école se distingue. En effet, nous n'avons pas la prétention de penser qu'une chose n'est pas à sa place mais au contraire qu'elle doit pouvoir changer de place lorsqu'elle le souhaite. Nous tentons de percevoir des différences de densité tissulaires pour objectiver la lésion, nous ne jugeons pas des conséquences que ce changement tissulaire peut engendrer. « On ne cherche pas à mesurer l'autre, mais à avoir de la mesure dans son propre geste » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 261)

Selon Jean-François Terramorsi, le toucher, comme les autres sens, nous trompe. Il faut donc se méfier de l'interprétation de ce que nous sentons car nous ne sentons pas la réalité objective. « On ne peut percevoir les choses qui nous entourent qu'au travers de nos propres filtres. » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 217). En effet, il existe de nombreuses illusions sensorielles que nous interprétons chacun à notre manière et selon nos expériences vécues. Ainsi, si on prend une table de manipulation dans une pièce tempérée, la sensation de froid que l'on peut ressentir lorsque l'on touche l'acier du pied de la table, en comparaison avec le tissu sur la table par exemple, est réelle pour nous. En vérité, l'acier est à la même température que le tissu, sauf que ses propriétés thermo-conductrices vont entraîner une diffusion de notre chaleur dans celui ci qu'il n'y aura pas avec le tissu qui est isolant. « Mon ressenti devient la réalité de mon cerveau automatique » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 217)

Il est indispensable d'écouter et de prendre conscience des changements dans notre corps lorsque nous communiquons avec le milieu car « on ne perçoit que les différences et on ne peut pas sentir les autres. On peut, au mieux, se sentir soi-même ». (TERRAMORSI J.F., 2013, p 219). Pour percevoir au mieux ces différences, il est nécessaire de garder le même référentiel. C'est pourquoi, selon Jean-François Terramorsi, l'auto-grandissement est le point premier de toute manipulation. « Pour mobiliser le plus grand nombre de récepteurs, il est nécessaire que la "surface active"¹ indéformable" soit la plus grande possible. » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 223.) Construire dans notre corps un mouvement avec l'autre est accessible à notre sensation. « L'opérateur ne peut construire et percevoir le slack² que chez lui et en déduire les modifications du jeu articulaire ou la lésion chez l'autre » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 269.)

Ainsi pour percevoir, il faut communiquer intimement avec l'autre et écouter les modifications qui s'expriment dans notre corps. Pour cela, il suffit de se poser, à minima, dans le sol au travers de la lésion, en écoutant son corps. « De peur de ne pas en faire assez, le débutant en fait toujours trop, ce qui l'amène généralement à l'échec. » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 264.) En effet, au fur et à mesure de notre apprentissage nous apprenons empiriquement à sortir de nos mains pour obtenir le minimum de tensions nécessaires dans notre corps et mobiliser un plus grand nombre de récepteurs sensoriels. Grâce à cela et à l'expérience, nous affinons notre perception. En se posant à minima dans le sol au travers de la lésion, nous mettons la juste quantité de force nécessaire pour pénétrer l'autre tout en permettant à nos systèmes sensoriels d'être le plus réceptif possible aux changements dans notre corps

¹ La surface active représente non seulement la surface de contact objective avec le patient lors de la prise, mais également la surface entière du corps du thérapeute lorsqu'il est indéformable. Ce dernier ne manipule plus avec ses mains mais avec son corps et la prise sera bien plus agréable pour le patient.

² La notion de slack est définie par la suite.

et ainsi interpréter au mieux le début de la lésion tissulaire réversible (LTR)³. On peut largement faire le rapprochement avec la notion de seuil différentiel que nous aborderons bientôt dans la loi de Bouguer-Weber.

La manipulation ostéopathique structurelle nécessite une gestuelle particulièrement complexe qui doit s'adapter à de multiples paramètres. Nous avons vu que, selon les courants ostéopathiques, la recherche de la lésion n'est pas la même puisque la définition même de cette dernière est différente. On peut donc, à priori, en déduire que l'apprentissage perceptif n'est pas le même selon les courants. Il serait alors intéressant de décrire la perception dans le cadre du modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle comme une compétence que l'on acquiert au cours de notre formation. Pour cela, il convient de définir le modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle (MFOS) et la place de la perception dans un premier temps. Nous allons ensuite déterminer ce qu'est une compétence et les paramètres qui permettent d'en évaluer les critères dans un deuxième temps.

2.1.2. La perception dans le cadre du modèle fondamentale de l'ostéopathie structurelle

L'ostéopathie structurelle part du principe que la structure génère la fonction. La fonction n'existerait pas sans structure tout comme il n'y aurait pas de fonction spontanée. Elle est secondaire à la structure, cependant l'entretien de la fonction optimiserait l'état de la structure.

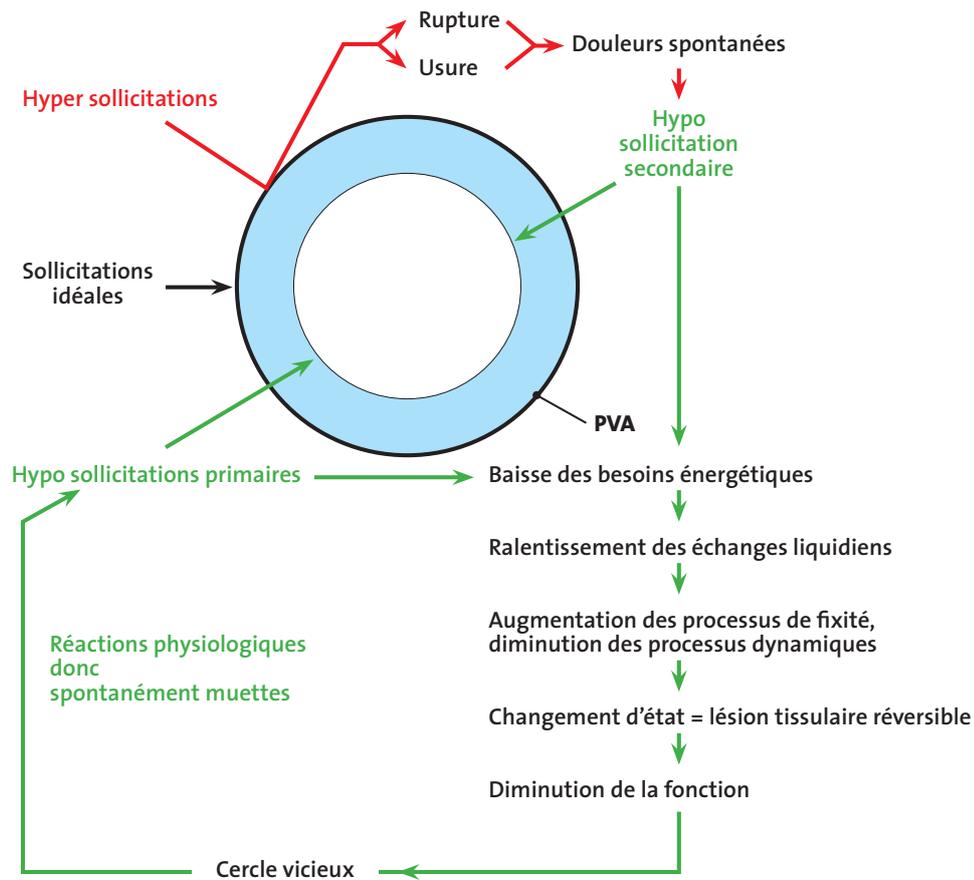
L'ostéopathie structurelle ne cherchera donc pas à réparer la fonction mais s'intéressera plutôt à ce qui a changé dans l'état de la structure pour que la fonction ne se réalise plus correctement.

- a- Il y a différentes atteintes possibles dans la structure pouvant être à l'origine de dysfonctions :
Elle peut être mal construite, usée ou rompue et ce qui implique le changement définitif de composition de la structure. La lésion est irréversible, un traitement manuel ne pourra qu'optimiser les fonctions restantes.
- b- Elle peut changer d'état si la sollicitation de celle-ci n'est pas optimale. La lésion sera cette fois-ci réversible et accessible à notre traitement manuel si elle se situe au niveau tissulaire.

Nous allons maintenant voir comment s'installe une lésion tissulaire réversible.

Le schéma ci dessous a été réalisé par Jean-François Terramorsi (TERRAMORSI J.F., 2013, p 113). Il représente le processus d'installation de la lésion tissulaire réversible :

³ Une LTR est définie comme un changement d'état du tissu conjonctif, stable mais réversible. Elle est caractérisée par une perte des qualités de souplesse et d'élasticité des tissus.



Légende :

Qu'est ce que le PVA ? Nous naissons tous avec un potentiel vital originel (PVO), avec le temps ce potentiel diminue progressivement. Lors d'accidents créant des lésions irréversibles et entraînant des séquelles le potentiel diminue cette fois ci de manière plus brutale. Le PVA représente donc le potentiel vital actualisé, il est propre à chacun, il représente une limite à ne pas franchir ni par le patient ni par le thérapeute.

Il y a 3 types de sollicitations :

- a- les sollicitations idéales par rapport au PVA permettent à la structure d'être à son maximum, optimale. La fonction idéale entretient parfaitement l'état de la structure.
- b- Les hyper-sollicitations par rapport au PVA (en rouge) altèrent la composition de la structure et entraînent des lésions irréversibles soit temporelle (usure) soit spatiale (rupture)
- c- Les hypo-sollicitations par rapport au PVA (en vert) entraînent un changement d'état de la structure et entraînent des lésions tissulaires réversibles (en bleu)

«L'hypo-sollicitation déclenche une perte des qualités mécaniques qui empêchent la "bonne" fonction. La lésion devient donc durable dans le temps. Elle est auto-entretenu. Elle ne peut s'auto-réduire. » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 111)

S'agissant d'une modification physiologique de l'état de la structure en deçà de ses possibilités, l'installation de cette lésion apparaît comme tout à fait normale par rapport aux hypo-sollicitations de son milieu. Ce type de lésion n'est donc pas le siège de douleurs spontanées. La LTR reste spontanément muette, c'est à dire qu'elle ne s'exprimera que si elle est sollicitée.

2.1.3.Lésion et manipulation structurelle dans le modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle

La LTR est définie, au sein de l'IFSO Rennes comme un changement d'état du tissu conjonctif, « caractérisé par une perte des qualités de souplesse et d'élasticité des tissus, par une perte de leur déformabilité » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 111), elle est stable dans le temps mais réversible. Cette lésion est inscrite dans la composition structurelle d'un tissu, elle est structurée.

L'élément ciblé est le tissu conjonctif, présent partout dans le corps. Selon G.Lapertosa, il ne joue pas seulement un rôle de remplissage et de soutien mais il constitue également une trame et donne forme à tous les organes. (LAPERTOSA, 1987, p4).

Comme le dit JF. Terramorsi, la manipulation structurelle n'est en aucun cas une mobilisation pour corriger une diminution d'amplitude, ce qui impliquerait la recherche de gain d'amplitude. « Il s'agit d'un acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude, en fréquence, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe. » Notre but est de lever une barrière « qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a et aura besoin pour évoluer harmonieusement dans son environnement.» (TERRAMORSI J.F., 2013, p 29.) Toute la difficulté dans la manipulation est de percevoir cette barrière. La gestuelle que l'on construit pour y arriver doit se faire dans cet objectif.

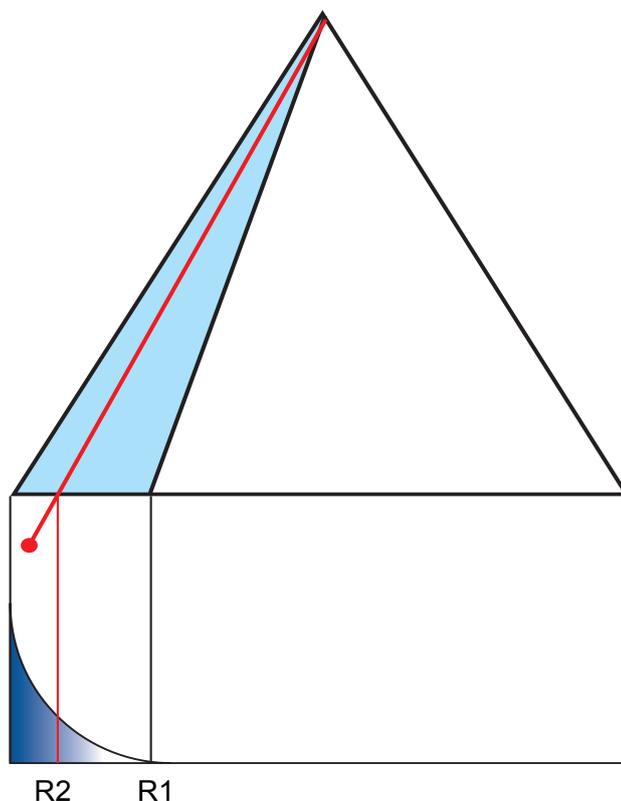
Le but de la manipulation structurelle serait donc de changer l'état de la structure lésée par un réflexe neuro-vasculaire. La manipulation est définie comme « une sollicitation des récepteurs mécaniques du tissu conjonctif profond (péri-articulaire, ou péri-organique), brève, intense, isolée et localisée sans dépasser les limites physiologiques du tissu considéré » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 122,123). Elle sera la plus directe possible (sans bras de levier) pour optimiser l'effet réflexe et agir au mieux sur la LTR.

La recherche de cette LTR est réalisée par un test de résistance composé d'un test de pénétration et d'un test dit "du glaçon". C'est le test de résistance qui nous permet de percevoir une LTR, il est essentiel dans notre pratique.

- Le test de pénétration va nous permettre de venir EN contact avec le patient. En effet, selon JF. TERRAMORSI, nous ne pourrions jamais être AU contact du tissu conjonctif du patient (donc de la LTR présente dans ce tissu) mais seulement EN contact avec lui. Nous sommes au contact de la peau et nous cherchons à venir progressivement en contact avec la LTR, il va donc falloir pour pénétrer le corps d'autrui, être plus dur que lui. Pour cela, il faut partir le plus détendu possible et se densifier progressivement en fonction des résistances qui s'opposent à notre avancée. La sensation de contact avec la peau se transformera alors en sensation d'être en contact avec quelque chose de plus volumétrique appelé "gras" ou masse charnue. Si on continue de pénétrer, on sentira alors quelque chose de plus résistant, une sensation décrite comme "osseuse". Notre sensation passera donc de peau à gras puis os, nous sentons notre peau, notre gras et notre os. Effectivement, comme l'explique JF. TERRAMORSI dans son ouvrage, « on ne peut sentir que soi-même »

(2013,p 217) et « ce n'est qu'en percevant mes propres tensions que j'en déduirais les tensions de mon partenaire. Cela devient opérateur dépendant. Chacun percevra son corps différemment, mais s'il y a obstacle ou changement de densité, chaque opérateur pourra le percevoir. » (2013, p 268). Dès notre première sensation osseuse, nous sommes au bout de l'amplitude articulaire disponible, nous sommes en contact avec la LTR. Comme nous l'avons vu précédemment la LTR s'installe progressivement et elle est auto-entretue dans le temps, elle est volumétrique. Aussi, on constate une progression dans la modification de la consistance du conjonctif : plus on se rapproche du centre de la lésion et moins elle sera souple, élastique et déformable. Toute la subtilité sera alors d'arriver à percevoir le début de la lésion.

Le schéma ci dessous a été réalisé par Jean-François Terramorsi et publié dans son livre ostéopathie structurale (2013, p264). Il représente la LTR (courbe exponentielle) dans l'amplitude d'une articulation avec en rouge un balancier représentant un segment osseux de l'articulation :



On constate sur le schéma que la lésion est représentée sous la forme d'une pente exponentielle, plus la pente est importante, plus la lésion est dense. La résistance est bien plus nette en R2 qu'en R1. « Quand le débutant sent la porte, il est déjà en R2. Au fur et à mesure de son apprentissage, le praticien devra affiner sa perception jusqu'à « deviner » R1 » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 264). Ce qui est appelé ici la porte de la lésion représente le début de celle-ci. Bien sûr il s'agit d'une modélisation. Dans la réalité le passage du tissu conjonctif sain au tissu conjonctif en lésion n'est pas forcément net et bien défini. Le test de pénétration à lui seul ne permet pas d'identifier R1, il permet l'analyse fine des forces nécessaires et suffisantes pour pénétrer de manière acceptable la lésion, un deuxième test sera alors nécessaire pour prendre conscience de R1 : le test du glaçon.

- Le test du glaçon : JF. TERRAMORSI précise que le test du glaçon permet d'explorer la résistance élastique du tissu conjonctif. Il consiste à sortir progressivement de la lésion tout en gardant contact avec elle. Dès lors que la sensation osseuse disparaît, nous avons perdu le contact avec la lésion : c'est le point R1 (le dernier endroit où nous sommes en contact avec R1 lors du test). Cela nous permet de jauger la "plage de communication" avec l'autre.

Je pense qu'il est difficile pour un non initié de concevoir ou de visualiser la lésion, et donc de la percevoir. Essayons d'imager un peu plus, prenons un ressort qui représente le tissu conjonctif en lésion et plaçons une interface dessus (par exemple une mousse déformable qui représenterait le tissu conjonctif sain). Notre but est de venir EN contact avec le ressort. Pour cela il faut venir AU contact de la surface de la mousse, puis pénétrer la mousse pour atteindre le ressort. Lors de cette avancée, qui représente le test de pénétration, nous recherchons une résistance plus importante et lorsque nous la sentirons nous serons EN contact avec le ressort puisque nous aurons utilisé toute la déformation de la mousse. Plus on va contraindre le ressort et plus il va nous opposer de résistance jusqu'à une certaine limite, sa déformabilité maximale. Nous sommes alors au bout et nous ne pouvons plus pénétrer plus profondément. La subtilité est d'arriver à sentir le début de la déformabilité du ressort, notre première sensation de quelque chose de plus dur représente le début de la lésion. Pour confirmer plus finement le début de la perception de cette lésion nous utilisons le test du glaçon. Une fois le test de pénétration effectué, nous allons nous servir de l'opposition du ressort pour rester EN contact et ressortir doucement jusqu'au moment où le ressort ne nous repousse plus. Nous serons alors à la limite entre la mousse et le ressort, entre le tissu conjonctif sain et celui en lésion. Il s'agit encore une fois d'une image qui, bien que réductrice de la lésion et du tissu conjonctif, vous aidera, j'espère à mieux comprendre notre cheminement.

Nous avons vu les deux tests composants le test de résistance, ce test se situe dans l'amplitude articulaire disponible, dans ce que l'on appelle le "jeu articulaire". L'exploration de ce jeu chez le patient par le praticien correspond au "slack".

Définition du slack :

Pour Jean-François TERRAMORSI: « La réalisation du slack par le praticien, pour permettre l'exploration du jeu articulaire du patient, n'est pas obtenue par une force musculaire ajoutée, mais par la translation du centre de gravité du praticien dans le sol, au travers de la lésion. Cette translation n'est, elle-même, pas obtenue par une force musculaire ajoutée (**travail concentrique**) mais par le relâchement contrôlé des muscles érecteurs (**travail excentrique**) des genoux mécaniques et seulement des genoux mécaniques. Le déplacement du centre de gravité s'exprime à l'identique jusque dans les avant bras, puis les mains, grâce à l'indéformabilité du reste du corps (**travail isométrique**). » (TERRAMORSI J.F., 2013, p 213) Le slack s'obtient durant une phase de relâchement, pendant l'expiration naturelle, pendant le soupir. Le slack est véhiculé par l'expiration. Manipuler ce n'est pas appuyer, mais s'appuyer. Chez le patient le slack correspond au jeu articulaire disponible, au chemin pour arriver à percevoir la lésion. De ce fait, son amplitude correspond au test de mobilité. L'analyse fine perceptive de ses composantes, correspond au test de pénétration. L'écoute de la réaction tissulaire par la perception correspond au test du glaçon. Le slack est un mouvement. On peut modifier son amplitude, et sa vitesse.

Etapes à respecter ou comment trouver la porte :

L'analyse de la manipulation se compose de plusieurs étapes que l'étudiant doit respecter dans sa recherche de la LTR. Elles représentent la loi de la manipulation telle qu'elle est décrite ci-dessous (TERRAMORSI J.F., 2013, p183-186) :

Dans un premier temps, pour bouger un objet A par rapport à B, il faut :

- Fixer B en 3 points invariables entre eux
- Choisir un plan de glissement entre A et B
- Choisir un plan de travail
- Se placer de sorte que le plan de travail se superpose au plan de glissement afin d'avoir une infinité de directions possibles (ou si les plans sont sécants, il faut avoir conscience qu'il n'y aura qu'une direction possible et deux sens)
- Saisir A en trois points invariables entre eux
-

Dans un deuxième temps, pour rechercher la LTR, il faut :

- Effectuer le slack :
 - Translater les trois points sans variations entre eux
 - Franchir la ligne de repos
 - Casser la ligne de repos, ce qui représente la seule façon de localiser l'action
 - Mettre en tension minimum
 - Mettre en information neurologique minimum
- Fixer la position acquise
- Organiser les segments sus et sous-jacents en fonction des réactions ressenties au niveau du point fixé préalablement.

L'exploration de ce jeu articulaire est véhiculée par l'expiration, il est souhaitable qu'elle soit couplée avec celle du patient.

Si ces étapes sont didactiques et paraissent uniquement motrice, c'est pourtant grâce à notre perception que nous pourrons effectuer correctement le slack. La perception de l'extérieur ainsi que la perception de l'intérieur de notre corps et sa position dans l'espace sont essentielles dans la recherche de la LTR par le slack. Lors du début de l'apprentissage, il est nécessaire de suivre ces étapes en pas à pas, écoutant nos sensations, pour progressivement en faire la synthèse et automatiser une gestuelle perceptive que nous devrons être capable d'adapter à chaque patient, à chaque lésion. Tous ces paramètres sont "opérateur dépendant", c'est en effet le thérapeute, et lui seul, qui adaptera sa gestuelle en fonction de sa perception du slack. Il ne peut construire et percevoir le slack que chez lui ce qui va lui permettre d'en déduire le jeu articulaire ou la lésion chez l'autre. L'automatisation de cette gestuelle permettra, en levant toutes les tensions inutiles dans notre corps, de respecter la loi du moindre effort. Bien qu'il paraisse facile, cet apprentissage nécessite des années de pratique et de remise en question. C'est à travers lui que nous perfectionnons notre ressenti et notre perception. En effet, toute cette gestuelle nous amène à réaliser un slack "facilement", avec le minimum de tensions nécessaires pour ne pas perturber notre perception. Il est beaucoup plus difficile pour moi de décrire ce que je perçois car c'est un concept subjectif, propre à chacun alors que la gestuelle paraît plus simple à expliquer. C'est une erreur de croire que l'on peut dissocier les deux comme je l'ai pensé au début de ce travail, on ne peut construire des schèmes moteurs (nous redéfinirons ce terme plus tard) que s'ils sont associés à la perception. Le slack n'est alors pas un moyen gestuel de percevoir la lésion mais c'est la perception de notre slack qui nous amène à ressentir la

lésion.

L'étude de la perception est marquée par de nombreuses théories et il est difficile, lorsque l'on aborde ce domaine, de cibler l'essentiel, de faire des affirmations définitives, en bref de faire l'état des lieux des connaissances actuelles. Nous allons voir succinctement quelques théories et lois pertinentes pour ce travail, puis le développement perceptif selon Piaget et enfin nous aborderons la place de la conscience dans la perception.

2.2. La perception en psychologie

« La perception désigne l'ensemble des procédures qui nous permettent de prendre connaissance du monde environnant et de construire nos propres représentations mentales de ce monde. Il s'agit d'une activité permanente tellement facile et évidente qu'il semble naturel de penser que le monde est tel que nous le percevons. » (BAGOT J-D, 1999, p 5).

La perception est propre à chacun, elle ne reflète nullement la réalité mais notre réalité à travers nos propres filtres, ce que nos sens ont été capables de capter et qui ont pu passer la barrière de la conscience pour devenir accessible. La perception est donc une interprétation de phénomènes physiologiques sensitifs auxquels nous sommes sensibles, elle évolue tout au long de la vie.

2.2.1. Les théories et lois de la perception

▪ **La théorie transactionnaliste (1960)**

Elle est initiée par A.AMES et développée dans les années soixante par W.H.ITTELSON. Dans cette théorie, « le sujet percevant crée le monde dans lequel il vit à partir de son propre point de vue, donc en fonction de son expérience passée et du but à atteindre par son choix perceptif. Percevoir consisterait à émettre en permanence et de façon inconsciente de nombreuses suppositions sur l'environnement et à favoriser l'une d'entre elles qui seule deviendrait consciente. » (BAGOT J-D, 1999, p 10). Cette théorie fait intervenir le caractère probabiliste de la perception qui est modulé par l'expérience. Pour ITTELSON, la perception est un événement privé et strictement incommunicable puisque chacun perçoit à partir d'un point d'observation qui lui est propre et en ayant des buts personnels. Par contre deux individus, s'ils ont des buts communs peuvent avoir perçu le même événement en étant rapproché dans l'espace et le temps. Selon cette théorie, nous pouvons affirmer que nous percevons tous différemment le slack en fonction de notre expérience et de notre but à atteindre.

▪ **La loi de Bouguer-Weber (problématique empirique)**

Pierre BOUGUER (1698-1758, astronome, hydrographe, mathématicien français) et Ernst WEBER (1795-1878, physiologiste allemand de Leipzig) concluent de leur travaux l'existence d'une relation entre le seuil différentiel et l'intensité d'un stimulus sur nos sens : « Elle stipule que le seuil différentiel ΔI est proportionnel à l'intensité I du stimulus autour de laquelle on mesure le seuil différentiel. Cela peut s'écrire :

$$\Delta I = k.I$$

Autrement dit, plus l'intensité du stimulus est élevée, plus l'accroissement qu'il faut lui donner pour ressentir un écart de perception est grand. Cette loi [...] s'applique à l'intensité du stimulus mais également à toutes les autres grandeurs qui caractérisent le stimulus.» (BAGOT J-D, 1999, p 28)

Quelle que soit la valeur V du stimulus à partir de laquelle on mesure le seuil différentiel ΔV , le rapport entre ces deux grandeurs reste constant :

$$k = \Delta V/V$$

K est appelé Fraction de Weber : La constante trouvée est sans unité. Cette loi est applicable pour des valeurs moyennes de stimulation. Elle ne marche pas avec des petites valeurs de stimulations et des grandes valeurs de stimulations.

Voici quelques valeurs de ce rapport :

$K = 0,003$ pour une fréquence sonore ($\Delta f/f$)

$K = 0,08$ pour une intensité sonore d'un son de 200Hz ($\Delta I/I$)

$K = 0,05$ pour une masse soupesée ($\Delta m/m$).

Exemple : Nous sommes capables de détecter une charge de 5 grammes ajoutée à une masse soupesée de 100 grammes soit un seuil différentiel de 5 grammes. Mais il faudra une surcharge de 50 grammes sur une masse soupesée de 1 kilo pour percevoir un accroissement perceptible de la sensation de lourdeur soit un seuil différentiel de 50 grammes.

Au début de ce travail de recherche, La loi de Bouguer-Weber était au centre de mon sujet, je me suis demandé si elle ne pouvait pas être applicable et vérifiable dans une manipulation structurelle. J'étais parti de l'hypothèse qu'un débutant en manipulation ne se fiait pas à ses premières sensations, il cherchait toujours une confirmation et qui plus est, sa gestuelle non automatisée entrainerait des perturbations dans sa perception, il aurait donc tendance à aller chercher plus loin que le début de la lésion. Pour cela il y mettrait plus de poids car pour pénétrer un tissu plus dense nous avons vu qu'il est nécessaire de mettre un peu plus de force. L'expert lui, est confiant dans ses sensations et sa perception, est sûr de sa gestuelle, et réalise le juste effort pour arriver à la porte de la lésion. Il met moins de masse ce qui lui permet de percevoir beaucoup plus finement la LTR selon la loi citée précédemment. Au cours du premier entretien avec la responsable de la méthodologie, que je remercie d'ailleurs pour son esprit critique, elle me fit remarquer que ce raisonnement était réducteur, qu'un seul paramètre était pris en compte. Elle m'a aidé à me poser la question sur la compétence perceptive que pourrait acquérir un ostéopathe au cours de sa formation et tout au long de sa vie. C'est lors de ce cheminement que je me suis rendu compte que c'est peut être grâce à la perception de sa gestuelle que l'ostéopathe expert arrive à sentir la lésion. Nous allons maintenant nous intéresser à la conception de Piaget sur la perception puis à l'accès à la conscience et enfin nous verrons comment décrire ce qu'est une compétence.

▪ **La théorie de la Gestalt**

Selon la théorie de la Gestalt (psychologie de la forme), ce n'est plus l'environnement qui agit sur l'individu, mais ce dernier qui structure et organise l'environnement, de sorte que la perception ne peut plus se ramener à une somme de sensations élémentaires. La perception globale de la forme précède celle des éléments. On peut alors changer tous les éléments basiques si on ne change pas la structure générale, une forme peut persister. Une mélodie ne peut pas se réduire à une somme de notes basiques, puisque si on l'augmente d'une octave il s'agit toujours de la même forme mélodique. Par contre en effectuant des variations beaucoup plus légères mais non systématiques, on rendrait la mélodie méconnaissable. La Gestalt s'apparente comme une « *perception qui transcende les sensations* » (DELORME et FLUCKIGER, 2003, p21). Une forme, peu importe si sa taille change, sans changer ses

proportions conservera son architecture globale qu'elle soit dessinée, peinte, sur un livre ou dans la nature. Elle gardera par exemple son aspect de rondeur. Toute perception serait d'emblée perception d'un ensemble.

▪ **Perception et intelligence**

Jean PIAGET s'est longuement attaché à étudier la perception et a eu un regard critique sur les différentes théories avancées en particulier sur la psychologie de la forme (gestalt).

« La perception est la connaissance que nous prenons des objets, ou de leurs mouvements, par contact direct et actuel, tandis que l'intelligence est une connaissance subsistant lorsque interviennent les détours et qu'augmentent les distances spatio-temporelles entre le sujet et les objets. Il se pourrait donc que les structures intellectuelles, et notamment les groupements opératoires qui caractérisent l'équilibre final du développement de l'intelligence, préexistent en tout ou en partie dès le départ, sous la forme d'organisations communes à la perception et à la pensée. Telle est en particulier l'idée centrale de la « théorie de la Forme », qui, si elle ignore la notion du groupement réversible, a décrit des lois de structuration d'ensemble qui régissent simultanément, selon elle, aussi bien la perception, la motricité et les fonctions élémentaires que le raisonnement lui-même. » (PIAGET Jean, 2012, p 81).

PIAGET a cru essentiel de partir des structures perceptives pour chercher une explication de la pensée entière. Pour lui, la théorie de la forme, qui a fourni une théorie complète de l'intelligence, restera un modèle d'interprétation psychologique cohérent.

« Une perception n'est pas la synthèse de sensations préalables : elle est régie à tout les niveaux par un « champ » dont les éléments sont interdépendants du fait même qu'ils sont perçus ensemble. » (PIAGET Jean, 2012, p 84).

Selon lui, la psychologie de la Forme (et ses descriptions) est justifiée par de nombreux travaux expérimentaux et elle a acquis le droit de cité dans toute la psychologie contemporaine, pourtant, les « lois d'organisations » de celle-ci implique une invariance au cours du développement mental. Or l'existence d'une évolution avec l'âge des mécanismes aboutissant aux constances perceptives conduit à une révision des explications de cette théorie. En effet, le rôle possible de l'expérience dans le mécanisme perceptif et intellectuel contredit le caractère irréversible et non associatif que décrit la théorie de la forme. « L'étude des deux premières années de l'enfant nous a conduit à cet égard à une vision différente des choses : il y a certes aussi des structures d'ensemble ou « formes » dans l'intelligence sensori-motrice du bébé, mais loin de demeurer statiques et sans histoire, elles constituent des « schèmes » qui procèdent les uns des autres par différenciations et intégrations successives, et qui doivent ainsi être accommodés sans cesse aux situations, par tâtonnement et corrections, en même temps qu'ils se les assimilent ». (PIAGET Jean, 2012, p 95). La théorie de la forme néglige donc selon lui, tant dans le domaine perceptif que dans le domaine de l'intelligence, la réalité du développement génétique et la construction effective qui la caractérise.

Pour PIAGET, une structure perceptive est un système de rapports interdépendants (il s'appuie notamment sur la loi de WEBER pour cette affirmation). Chaque modification de la valeur des rapports en jeu va entraîner une transformation de l'ensemble jusqu'à ce que se constitue un nouvel équilibre, distinct de celui qui caractérisait l'antérieur : il y a donc « déplacement d'équilibre » et non plus équilibre permanent comme l'affirmait la théorie de la forme. Il y a également des systèmes de régulation pour limiter les déplacements d'équilibres qui sont comparables dans une certaine mesure aux opérations de l'intelligence. « La simple mesure des illusions montre l'existence de modifications avec l'âge, qui seraient

inexplicables sans un rapport étroit de la perception avec l'activité intellectuelle en général. » (PIAGET Jean, 2012, p 110)

2.2.2. Le développement perceptif selon Piaget

« La perception est, dès le départ, influencée par le mouvement, comme celui-ci l'est par celle-là. C'est ce que nous avons exprimé, pour notre part, en parlant de « schèmes » sensori-moteurs, pour décrire l'assimilation tout à la fois perceptive et motrice qui caractérise les conduites du nourrisson. » (PIAGET Jean, 2012, p 119). Le schème est une structure organisationnelle qui se crée grâce à la répétition d'actions en des circonstances semblables. Il comprend des savoirs ainsi que des savoir-faire, une dimension motivationnelle et affective ainsi qu'une dimension cognitive.

Pour PIAGET, l'intelligence sensori-motrice est à la source de la pensée et elle continuera d'agir sur elle toute la vie par l'intermédiaire des perceptions et des attitudes pratiques. (PIAGET Jean, 2012, p 155). Il s'agit du premier stade de développement cognitif de l'enfant. « L'enfant découvre en regardant, en tâtonnant, en touchant, en portant des objets à la bouche » (MEMLOUK W, 2012, p 14). Le stade est caractérisé par la construction du schème, de la permanence de l'objet et de l'espace proche. Les schèmes perceptifs se construisent alors grâce à l'exploration de l'environnement. Les activités perceptives vont se développer avec l'âge en nombre et en qualité, la perception devient plus adéquate et elle corrige progressivement les déformations systématiques propres aux effets de champs (INHENDER et PIAGET, 2012, p 39). Elle reste cependant un produit de nature probabiliste.

Une expérience réalisée par G. NOELTING avec l'illusion de MÜLLER-LYER (figures pennées) et du losange (sous-estimation de la grande diagonale) a montré que chez l'adulte la répétition des mesures aboutit à une réduction progressive de l'erreur systématique pouvant aller jusqu'à l'annulation complète. Cette équilibration progressive de la perception décrite par PIAGET dans cette expérience pourrait peut-être s'entendre dans le domaine de la palpation. Ainsi, il serait probablement logique qu'un ostéopathe expert, grâce à son expérience et à la répétition, perçoive de manière plus fine les lésions tissulaires réversibles.

Dans sa théorie du constructivisme, PIAGET définit l'adaptation cognitive comme un équilibre entre l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation est décrite comme l'action de l'organisme sur les objets qui l'entoure ; réciproquement le milieu agit sur l'organisme et cette action inverse s'appelle l'accommodation. L'assimilation permet une intégration d'objets extérieurs à une structure préexistante (schème). Les modifications du schème ne sont pas d'ordre substantiel, matériel, mais « uniquement fonctionnel, et sont déterminées par la motricité, la perception ou le jeu des actions réelles ou virtuelles. » (PIAGET, 2012, p 28). L'accommodation est une sorte d'ajustement actif déclenché par le milieu. En effet, « l'être vivant ne subit jamais telle quelle la réaction des corps qui l'environnent, mais qu'elle modifie simplement le cycle assimilateur en l'accommodant à eux. » (PIAGET, 2012, p 28). Alors, tout le développement de la perception, entre autres, est fonction de cette distance graduellement accrue des échanges.

La principale hypothèse de PIAGET sur le développement de l'intelligence sensori-motrice ne met pas l'accent sur l'expérience seule mais sur l'activité du sujet rendant cette expérience possible. (DELACHAUX et NIESTLE, 1936, p 314)

2.2.3. Perception et accès à la conscience

« L'accès à la conscience paraît trop simple pour qu'on s'y arrête. Il nous suffit de poser les yeux sur un objet, semble-t-il, pour prendre immédiatement conscience de sa forme, de sa couleur et de son identité. Mais cette apparente simplicité n'est qu'un leurre. Derrière cette

impression d'instantanéité se cache une avalanche de processus cérébraux d'une complexité redoutable. Des milliards de neurones visuels nous donnent à voir le monde, et leurs calculs prennent jusqu'à une demi-seconde. Comment analyser cette longue chaîne en étapes élémentaires ? Et surtout, est-il possible de distinguer certaines étapes purement automatiques et inconscientes, et d'autres qui entraînent, obligatoirement un sentiment de vision consciente ? » (DEHAENE, 2014, p 27). Telle est la réflexion que se pose Stanislas Dehaene qui depuis plus de vingt ans analyse les mécanismes de la pensée humaine dans son laboratoire. Selon lui, une quantité d'opérations mentales se déroulent hors de notre conscience. Pour qu'un stimulus devienne conscient, il faut qu'il y ait une diffusion globale de l'information dans le cortex. En effet, certaines informations, sélectionnées en fonction de leur pertinence, vont émerger d'un réseau de connexions corticales dont la fonction est de diffuser à l'ensemble du cerveau. « Une idée est consciente lorsqu'elle est codée par une assemblée de neurones au sein de cet espace cérébral spécifique. Le philosophe Daniel Dennett résume cette théorie en deux mots : la « célébrité cérébrale » (fame in the brain). » (DEHAENE, 2014, p 32). La conscience va selon lui, créer un « buzz » dans notre cerveau et ainsi permettre à une information jugée pertinente de se diffuser. Nous sommes en permanence bombardés d'informations perceptives de tout genres et notre cerveau va trier de manière automatique toutes ces informations pour que seules celles nécessaires parviennent à notre conscience. L'information consciente va parvenir à notre mémoire, guider notre attention, nos intentions et nos plans d'actions. Stanislas DEHAENE démontre à travers un simple exemple comment grâce à notre attention, nous pouvons accéder à une sensation déjà existante mais dont nous n'avons pas conscience : « Cessez un instant de lire et prêtez attention à la position de vos jambes. Peut-être ressentez vous une pression ou une douleur à tel ou tel endroit. Cette sensation vient d'accéder à votre conscience. Une seconde plus tôt, elle n'était que préconsciente – accessible, certes, mais pas encore accédée, elle restait dans les limbes de l'inconscient. » (DEHAENE, 2014, p 43). La sensation est présente dans le cerveau car sans le savoir nous ajustons de manière automatique notre posture mais l'accès à la conscience rend cette information disponible à l'ensemble de nos facultés intellectuelles.

L'attention est selon William JAMES (JAMES, 2007, p 403) la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles. Cette définition selon Dehaene amalgame cependant deux notions distinctes : la sélection et l'accès à la conscience. Le fait d'isoler un objet de pensée parmi d'autre s'apparente à ce que les sciences cognitives appellent l'attention sélective. En effet, « afin d'éviter la saturation, notre cerveau applique une sévère procédure de sélection [...] seule « la crème de la crème » parvient à notre conscience. » (DEHAENE, 2014, p44). C'est ce filtre très complexe que nous appelons l'attention. Il paraît donc logique dans notre recherche de la LTR à travers le slack d'utiliser l'attention (sachant que ce filtre agit de manière inconsciente) afin de sélectionner les stimulations qui méritent d'accéder à notre conscience.

Lorsque nous débutons notre apprentissage du slack, notre esprit se focalise sur notre schéma corporel pour être bien placé dans la manipulation et pour "pénétrer l'autre". Le but du slack selon le MFOS, je le rappelle est la recherche de la LTR. Or, selon Dehaene, si nous nous engageons pleinement dans une première tâche et qu'on nous demande d'estimer à quel moment un deuxième stimulus apparaît, nous n'en avons pas la moindre idée, et nous souffrons d'une illusion temporelle systématique car, il existe une " période réfractaire psychologique" : « tandis que l'esprit se focalise consciemment sur le premier objet, il devient réfractaire à toute autre idée, et donc très lent à les traiter. » (DEHAENE, 2014, p 59). Tant que dure l'analyse du premier, le second stationne dans une mémoire inconsciente et il y demeure tant que le traitement du premier élément n'est pas terminé. On nous dit empiriquement d'enregistrer des sensations pour automatiser notre geste, je pense alors que c'est dans le but de pouvoir traiter plus facilement l'information renvoyée par la

LTR. Un débutant aura alors beaucoup plus de difficultés à accéder consciemment à la porte de la LTR tant qu'il n'aura pas automatisé son geste pour pouvoir traiter cette information.

Pour résumer et clore ce chapitre, on peut dire qu'il existe selon DEHAENE, à notre insu, tout un assortiment d'opérations cognitives, depuis la perception jusqu'à la compréhension du langage, la décision, l'action, l'évaluation et l'inhibition qui se déroulent sans conscience. (DEHAENE, 2014, p 133). HELMHOLTZ, il y a plus d'un siècle dans sa théorie que nous avons décrite précédemment, avait déjà souligné l'importance du non conscient dans la perception. Le rôle de la conscience, lui, « semble être de simplifier la perception de l'environnement en n'en proposant qu'un résumé pertinent, qui est transmis à toutes les autres aires impliquées dans la mémoire, la décision et l'action. » (DEHAENE, 2014, p142)

2.2.4. La compétence professionnelle perceptive

La notion de compétence fait partie depuis longtemps du langage courant et son emploi quotidien est fréquent, le concept de compétence est devenu une notion familière. Elle est pourtant souvent mal utilisée. Selon Patrick GILBERT et Michel PARLIER (GILBERT et PARLIER, 1992, p14) le terme de compétence est l'un des plus employés mais c'est aussi l'un des moins conceptualisés. Pendant longtemps, la compétence a été considérée comme une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir être. Michel PARLIER et Patrick GILBERT en donnent une définition extraite du Larousse de 1930 : « Dans les affaires commerciales et industrielles, la compétence est l'ensemble des connaissances, qualités, capacités, aptitudes qui mettent en mesure de discuter, de consulter, de décider sur tout ce qui concerne son métier. Elle suppose des connaissances raisonnées [...]. Généralement, on considère qu'il n'y a pas de compétence complète si les connaissances théoriques ne sont pas accompagnées des qualités et de la capacité permettant d'exécuter les décisions qu'elles ont suggérées. » (GILBERT et PARLIER, 1992, p14). Selon Francis MINET, (MINET, 1996, p 22) la définition a peu évolué depuis cette époque et bien souvent la littérature à destination des responsables de formation va dans ce sens.

Pour Guy LE BOTERF, il est important de prendre du recul et ne plus considérer la compétence comme une simple addition de savoirs, de savoir-faire et de savoirs-être mais plutôt comme une combinaison. « La compétence d'un professionnel ne se limite pas aux ressources (connaissances, capacités cognitives, ressources émotionnelles, aptitudes physiques, savoir-faire...) qu'il possède, mais dépend de sa capacité à les combiner et à les mobiliser de façon pertinente dans une contexte particulier. » (LE BOTERF, 2015, p 77). Selon lui, Il n'est plus demandé à un professionnel de savoir dépanner mais de savoir "gérer" des pannes, des aléas, des processus. Il ne sait pas d'avance ce qu'il faut faire ni comment. Il doit inventer, reconstruire, innover. Il doit réaliser sur place et en instantané une combinaison de ressources appropriées. Pour être compétent, il faut être capable de « mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement...) » (LE BOTERF, 2015, p 70). La compétence n'est pas un état pour LE BOTERF c'est un processus. « Si la compétence est un savoir-agir, comment fonctionne celui-ci ? L'opérateur compétent est celui qui est capable de mobiliser, de mettre en œuvre de façon efficace les différentes fonctions d'un système où interviennent des ressources aussi diverses que des opérations de raisonnement, des connaissances, des activations de la mémoire, des évaluations, des capacités relationnelles ou des schémas comportementaux. Cette alchimie reste encore largement une 'terra incognita' » (LE BOTERF, 1994, p 43)

Pour Wittorski R. (1998, p 171) : « La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation »

Pour Pierre BOURDIEU la compétence est un : « système de dispositions durables et transposables qui, intégrant toutes les expériences passées, fonctionne à chaque moment comme une matrice de perception, d'appréciations et d'actions, et rend possible l'accomplissement de tâches infiniment différenciées, grâce aux transferts analogiques de schèmes permettant de résoudre les problèmes de même forme. » (BOURDIEU, 2000, p 178-179)

La notion de schème opératoire est un des aspects pour décrire la compétence qui semble essentiel pour de nombreux auteurs. En effet P.GILLET décrit la compétence comme un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action efficace. (GILLET, 1994, p 69)

Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre sur le développement perceptif, PIAGET a largement utilisé la notion de schème dans sa théorie sur l'apprentissage. La notion de schème se retrouve également chez LE BOTERF. En effet, selon lui il y a deux concepts qui semblent essentiels dans la compétence : la pratique professionnelle et le schème opératoire :

- La pratique professionnelle est définie comme : « un déroulé de choix, de décisions et d'actions réellement mis en œuvre par une personne pour faire face aux exigences prescrites d'une situation professionnelle. C'est une activité réelle en contexte et devant s'adapter à l'évolution de ce dernier. [...] Une pratique est singulière par rapport à un individu.[...] La notion de décision est essentielle. Il est attendu d'un professionnel compétent qu'il sache décider. » (LE BOTERF, 2015, p 73)
- Le schème opératoire est un schème de conduite qui sous-tend une pratique. Gérard VERGNAUD, dans le cadre de la théorie des champs conceptuels, définit le schème comme un outil qui décrit l'organisation invariante de la conduite d'une personne dans une classe de situation. « C'est dans les schèmes qu'il faut rechercher les connaissances-en-acte du sujet, c'est-à-dire les éléments cognitifs qui permettent à l'action du sujet d'être opératoire. » (VERGNAUD, 1990, p 136). Pour LE BOTERF, un schème va s'adapter à diverses situations en « assimilant » les informations qui relèvent d'un même type de contexte mais en se modifiant également par « accommodation » pour prendre en compte les spécificités de chacune des situations appartenant à la même famille. « Les schèmes sont dynamiques. Ils évoluent dans leur mise en œuvre. » (LE BOTERF, 2015, p 75). Ainsi, selon lui, les schèmes opératoires rendent possible l'anticipation et face à une situation dynamique, ils permettent de se mettre en état de veille, de s'attendre à l'apparition de tel ou tel type d'événement, d'être sensible à des signaux faibles. « ils donnent la possibilité de prendre un temps d'avance. » (LE BOTERF, 2015, p 79). Le schème opératoire est singulier, propre à chacun. « On reprendra ici la distinction effectuée par Piaget entre le sujet individuel et le sujet épistémique qui désigne une catégorie d'acteurs (l'opérateur, l'encadrement, le formateur, l'ingénieur ...) » (LE BOTERF, 2015, p 80). C'est donc chaque personne qui construit ses propres schèmes et sa propre combinaison de ressources pour répondre de façon pertinente à des exigences professionnelles, pour résoudre un problème ou réagir à un événement.

On considère donc un schème comme une totalité ou un système dynamique comportant divers éléments. Gérard VERGNAUD les classe en quatre catégories :

- Des buts, des sous-buts, et des anticipations se déroulant au fur et à mesure de l'activité
- Des règles d'action

- Des invariants opérationnels comprenant des « concepts en acte » permettant de sélectionner les informations et les « théorèmes en action » constituant des propositions, des hypothèses, des relations considérées comme vraies (« si...alors»)
- Des processus d'inférence permettant de s'adapter aux situations et contexte rencontrés

LE BOTERF souligne que cette définition permet de combiner la double caractéristique d'invariance et d'adaptabilité du schème. Gérard VERGNAUD, à travers sa théorie des champs conceptuels, développe « une théorie cognitive qui vise à fournir un cadre cohérent et quelques principes de base pour l'étude du développement et de l'apprentissage de compétences complexes, notamment de celles qui relèvent des sciences et des techniques. » (VERGNAUD, 1990, p 135).

Ainsi on peut considérer une activité comme une compétence si elle peut s'organiser autour de ce concept de VERGNAUD.

La perception ostéopathe selon le MFOS peut-elle alors être considérée comme une compétence selon les paramètres décrits par VERGNAUD ?

3. HYPOTHESE

La perception ostéopathe de la LTR au cours du slack, selon le MFOS, peut être décrite comme une compétence.

4. MATERIEL ET METHODE

Afin de démontrer les différents éléments de la compétence perceptive selon le schème de VERGNAUD, dans la pratique ostéopathe, nous utilisons une méthode descriptive. Pour cela, un slack est réalisé lors d'une manipulation structurée directe avec contre appui à distance. Cette manipulation s'effectue sur une vertèbre lombaire présentant une LTR au sein de son tissu conjonctif péri-articulaire. Elle sera filmée dans un premier temps, puis visionnée et commentée ensuite par le thérapeute.

4.1. Population

Pour pouvoir au mieux étudier la perception ostéopathe de la LTR au cours du slack, l'étude est réalisée avec trois ostéopathes "experts" diplômés de l'institut de formation supérieure en ostéopathie de Rennes.

Premier ostéopathe : Homme de 36 ans né le 24/10/1979, obtient son diplôme de Masseur-kinésithérapeute en 2004 à l'hôpital de Lariboisière AP-HP (Paris). Il a effectué une formation de thérapie manuelle en 2005 et a obtenu son diplôme d'ostéopathie à l'IFSO Rennes en juin 2013.

Deuxième ostéopathe : Homme de 38 ans né le 31 mai 1977, obtient son diplôme de Masseur-kinésithérapeute en juin 1999 à l'école de ADERF (Paris). Il a effectué une formation de tissulaire et plusieurs formations de thérapie manuelle structurée avant d'intégrer l'IFSO de Rennes. Il a obtenu son diplôme d'ostéopathie en septembre 2011. Il a également fait une formation d'hypnose en 2015. Il est devenu formateur à l'IFSO Rennes depuis 2014.

Troisième ostéopathe : Femme de 48 ans, née le 1 juin 1967, obtient son diplôme de masseur-kinésithérapie en juin 1992 à l'EFOM (Paris). Elle s'est ensuite installée en libéral dès juillet 1993. Elle a passé un DU d'ergonomie à Paris 6 en 1995. En 2004, elle commence à enseigner en formation continue pour les Kinésithérapeutes et participe à différents congrès en tant qu'intervenante. Après avoir fait plusieurs formations de thérapie manuelle structurelle en 1994, 2003 et 2006, elle intègre l'IFSO Rennes et obtient son diplôme d'ostéopathe en septembre 2011. En 2013, elle entre à l'école en tant que formatrice et obtient une certification de niveau 3 en pédagogie avec l'AFPA en 2014. En juin 2015, elle obtient un master 2 en science de l'éducation (ingénierie de la formation et conseil en formation). En septembre 2015, elle est nommée coordinatrice pédagogique à l'IFSO Rennes.

Nous avons choisi ces trois ostéopathes car ils ont été diplômés récemment de la même école d'ostéopathie, ils sont facilement abordables et leur vocabulaire se rapproche du notre. Ils n'ont pas effectué de formation dans d'autres écoles d'ostéopathie qui pourrait venir interférer avec le modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle et donc biaiser cette étude.

4.2. Matériel

Nous utilisons pour filmer une caméra de type GoPro en haute résolution avec un plan large, ce qui permettra au thérapeute, lors du visionnage, de pouvoir regarder la manipulation dans sa globalité. La caméra sera ensuite connectée à un ordinateur où le thérapeute pourra visionner la vidéo, l'analyser et la commenter.

4.2.1. Réalisation de vidéos pendant le slack

Afin de pouvoir réaliser les vidéos des thérapeutes précités avec le moins de biais possible, il est nécessaire que chaque prise se fasse indépendamment de la précédente, en présence seulement du thérapeute, du patient et de la personne filmant la manipulation. Pour cela, nous filmons un premier thérapeute réalisant un slack sur un patient volontaire, étudiant en 5^{ème} année à l'IFSO-Rennes. La consigne donnée au thérapeute est d'effectuer un slack lors d'une manipulation structurelle directe avec contre appui à distance sur une vertèbre lombaire dans le but de rechercher et venir en contact avec une lésion tissulaire réversible. Nous filmons ensuite séparément les deux autres thérapeutes en leur donnant exactement les mêmes consignes, dans les mêmes conditions. Le patient sera différent pour chaque thérapeute pour éviter de l'influencer.

4.2.2. Protocole des entretiens

Une fois les vidéos effectuées, des entretiens individuels sont réalisés en présence des thérapeutes pour analyser et commenter leur vidéo. Ces entretiens se font un après l'autre et dans les mêmes conditions. Les thérapeutes ont la main sur la vidéo, ils peuvent la démarrer, l'arrêter, la relancer autant de fois qu'ils le souhaitent. Pendant leur entretien, quatre questions leur sont posées en rapport avec les paramètres compétence selon Vergnaud.

Une grille d'entretien (annexe 1) a été construite à partir du modèle du schème selon VERGNAUD, elle sera utilisée comme grille d'analyse des résultats par la suite. Vergnaud décrit 4 composantes du schème :

- les règles d'action qui correspondent à ce que le sujet fait pendant l'action (prise d'information et contrôle)
- les inférences qui sont des paramètres d'ajustement régulant l'action (les paramètres qui obligent à faire différemment)

- les invariants opératoire comprenant des concept en actes (ce qui est pertinent ou non) et des théorèmes en action (proposition tenues pour vraies) en l'occurrence ici, le modèle fondamental en ostéopathie structurale.
- les buts et anticipations qui précèdent et accompagnent l'action

4.2.3. Construction d'une grille d'entretien à partir du modèle du schème de VERGNAUD

La grille d'entretien se compose de 4 questions principales qui permettent d'évaluer respectivement ces 4 paramètres (grille d'entretien complète en annexe 1):

- 1- Que cherchez vous à faire pour percevoir la LTR lors de la réalisation du slack et comment le faites vous ? (Règles d'action)
- 2- Quels sont les paramètres d'ajustement que vous mettez en place et qui vous permettent de juger du bon déroulement du slack à la recherche perceptive de la LTR ? (Inférences)
- 3- Qu'est ce qui vous paraît pertinent lors de la recherche perceptive de la LTR par le slack ? (Invariants opératoires)
- 4- Que cherchez vous à percevoir et quels sont les paramètres qui modifient votre perception de la LTR pendant le slack ? (buts et anticipations)

4.3. Méthode d'analyse qualitative

Afin de mieux comprendre la situation analysée, une analyse qualitative et comparative des résultats est effectuée. Un tableau est réalisé afin de classer les réponses des trois thérapeutes experts en fonction de chaque composante du schème selon VERGNAUD.

5. RESULTATS

5.1. Mise en place d'une grille d'analyse individuelle :

Lors des différents entretiens, nous avons posé 4 questions principales orientées vers les 4 différents éléments du schème. Deux questions annexes ont également été posées afin de préciser deux composantes de l'activité.

Afin de bien discerner les différents éléments du schème, toutes les réponses ont été triées et classées dans chacune des composantes de l'activité à savoir :

- les règles d'actions
- les inférences
- les invariants opératoires
- les buts et anticipations

Les entretiens d'explication sont transcrits intégralement en annexe 3.

Chaque tableau suivant retranscrit et classe les différents paramètres du schème selon VERGNAUD pour chacun des ostéopathes interrogés.

Premier ostéopathe :

REGLES D'ACTION	INFERENCEES	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATIONS
<p>J'essaie de faire le moins de choses possibles, d'être détendu, de m'alléger en prêtant attention aux diverses contractions musculaires qui ne seraient pas indispensables.</p> <p>Je me pose dans le patient en relâchant les muscles érecteurs de mes genoux mécaniques en écoutant la réaction sous mes mains.</p> <p>Je suis indéformable, amidonné.</p> <p>Je fais en sorte que la LTR vienne à moi plutôt que l'inverse en ne forçant pas le mouvement.</p> <p>Je me focalise sur moi en me demandant si vraiment j'en mets le minimum et si je ne peux pas encore en enlever. Pour cela, je me concentre sur moi et pas sur l'autre.</p> <p>J'essaie de modifier mon équilibre, de changer l'orientation des pieds, du bassin en modifiant légèrement mon placement.</p> <p>J'essaie d'être attentif et de me concentrer en évitant de penser à autre chose.</p> <p>Je demande au patient de bien respirer, de se détendre, de faire certains mouvements pour détourner son attention.</p>	<p>Localisation de la LTR.</p> <p>Hauteur de la table.</p> <p>Souplesse ou raideur du patient.</p> <p>Etat de contraction du patient.</p> <p>Difficulté à effectuer le slack.</p> <p>Age du patient.</p> <p>Poids du patient.</p> <p>Physiologie du patient.</p> <p>Etat de santé du patient.</p> <p>Attitude du patient.</p> <p>Première consultation.</p>	<p>Etre dans un état de tension assez faible dans mon corps</p> <p>Le positionnement de la personne me parait important.</p> <p>Ne surtout pas rajouter de contractions musculaires.</p> <p>Il faut respecter la loi du moindre effort.</p> <p>Mettre le moins possible de masse et de contractions musculaires pour percevoir le plus infime changement de densité anormal.</p> <p>Etre indéformable, amidonné pour que chaque modification de densité du tissu de l'autre soit perçue en soi.</p> <p>La perception va être influencée par mon état de tension corporelle, par mon état mental, mon état général.</p>	<p>Détente du sujet</p> <p>Recherche d'un changement anormal de densité dans le tissu</p> <p>Equilibre de l'ostéopathe.</p> <p>Sentir quelque chose de dur, une résistance qui s'oppose à moi.</p> <p>Avoir la meilleur installation possible pour le patient afin qu'il soit immobile et relâché.</p> <p>Avoir la meilleur position en étant le plus relâché possible.</p>

Deuxième ostéopathe :

REGLES D'ACTION	INFERENCES	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATIONS
<p>Je bouge mon corps.</p> <p>J'amène ma ligne de drive en regard de la plus grande résistance pour cela j'organise la position de mon corps afin d'amener mon action dans la bonne direction.</p> <p>Je mets le moins de tensions possible au départ en essayant de m'alléger au maximum et en mettant le moins de force musculaire possible.</p> <p>Je suis indéformable.</p> <p>Je ne mets pas ma main au départ sur le patient j'organise d'abord mon corps en gardant la main passive.</p> <p>Je me pose dans quelque chose d'un peu résistant en étant à l'écoute de mes sensations, la première sensation surtout, je ne cherche pas à aller plus loin.</p> <p>Si j'ai du mal à sentir, je change mon organisation corporelle et je change ensuite la position du patient.</p>	<p>Etat de contraction du patient.</p> <p>Appréhension de la manipulation.</p> <p>Sexe du patient.</p> <p>Souplesse du patient ou raideur du patient.</p> <p>Type de douleur (aigüe ou non)</p> <p>Age du patient.</p> <p>Physiologie du patient.</p> <p>Etat physique et psychologique du thérapeute.</p>	<p>Etre le plus léger possible permet de mettre le moins de mise en tension préalable.</p> <p>Ne pas mettre trop de contraintes au début sinon le patient a tendance à se contracter.</p> <p>Effectuer le slack le plus possible avec tout son corps.</p> <p>Etre indéformable pour que le thrust vienne de tout ton corps et que chaque modification dans ton corps se transmette sur le patient.</p> <p>Ne pas être ponctuel au niveau de la main et de l'appui pour avoir un maximum de confort envers le patient.</p> <p>Bien positionner son patient.</p> <p>S'arrêter à la première sensation, ne pas aller trop loin, ne pas en rajouter afin d'avoir un maximum de jeu lors de la manipulation.</p> <p>Ce qui va modifier ma perception c'est l'état de contraction de mon patient, ma détente, mon positionnement, mais également des états internes, si tu es en bonne condition ou non, ça peut être aussi ma sensation du moment.</p>	<p>Arriver à me poser dans quelque chose d'un peu résistant.</p> <p>Trouver une densité, une sorte de soutien, une résistance.</p> <p>Trouver quelque chose qui puisse me répondre, qui ne s'échappe pas sous ma main.</p> <p>L'orientation ad hoc de mon avant bras.</p> <p>Trouver la zone adéquate.</p> <p>Trouver la résistance la plus importante.</p> <p>L'installation du sujet</p> <p>Le plus grand relâchement possible du sujet.</p> <p>Avoir un maximum d'effet sur la lésion en étant le plus proche et le plus direct.</p> <p>Permettre le relâchement du sujet.</p> <p>Ne pas perturber mes sensations en étant le plus relâché possible.</p>

Troisième ostéopathe :

REGLES D'ACTION	INFERENCES	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATIONS
Je fais un test de résistance qui m'indique la zone de la LTR.	La souplesse du sujet.	Etre à l'écoute de ce qui va venir s'exprimer à l'endroit de mon contact.	Confirmation de l'endroit précis où je veux manipuler.
Je mets mon patient en position selon la manipulation à effectuer.	La difficulté du sujet à se relâcher.	Ne jamais aller au delà du début de résistance que je ressens.	L'endroit de mon contact la LTR.
Je commence par chercher mon équilibre	Inquiétude du sujet par rapport à la manipulation.	Etre totalement relâché tout en étant indéformable.	L'endroit où je vais sentir la résistance.
Je cherche mon équilibre dans mon patient.	Difficulté à trouver la lésion.	Etre capable d'enlever toutes les contractions inutiles qui vont parasiter cette recherche de la LTR.	Etre en équilibre.
Je me pose dans lui et j'engage mon corps jusqu'au bout de ma main de contact	Gabarit de la personne.	Etre capable de sentir immédiatement sentir une réponse lors du slack.	Engagement de mon corps dans cette LTR
Je travaille avec l'ensemble de mon corps.	Limitations d'amplitudes.	Ma main de contact n'est qu'un outil pour prendre contact avec l'autre.	Sensation de liberté de l'ostéopathe.
J'enlève le maximum de contractions pour être le plus libre possible.	Lésions ou contres indications (PTH).	Etre capable de sentir de voir si je dois aller un peu plus loin, un peu moins loin et sous quel angle je vais l'attaquer.	Etre concentré.
Je m'empile en densifiant mon corps et en m'auto grandissant.	Age du patient.	En fonction de l'endroit où je me place, ma perception sera différente.	Etre attentif.
Je me rends indéformable	Etat osseux du patient.	Ne pas être trop musculaire, avoir l'esprit libre.	Relâchement maximum de l'ostéopathe.
Je relâche le maximum de travail actif en relâchant tout les muscles qui ne sont pas utiles.	Etat psychologique du patient.		Relâchement du patient.
J'explore la zone que je cherche à manipuler dans différents angles en orientant mon corps dans la meilleure position.	Physiologie du patient.		Perception de la résistance de l'autre.
Je modifie la façon de me positionner par rapport à mon patient en venant placer mon corps différemment afin d'avoir une meilleur orientation.	Pathologie.		Perception de la réponse à mon engagement.
			Perception d'une première résistance dans ma descente.

<p>Je me déséquilibre si besoin en changeant la position globale de mon corps afin de retrouver cette lésion et d'être le plus possible au dessus de la lésion.</p> <p>Je m'allège en éliminant les contractions inutiles et/ou en inspirant.</p> <p>Je repositionne le patient pour qu'il soit plus en équilibre en n'hésitant pas à reprendre depuis le départ son positionnement.</p> <p>Je laisse venir la LTR à moi plutôt que d'aller la chercher en étant passive dans mon corps et en étant à l'écoute de ce qui se passe au contact.</p> <p>Je cherche une LTR par un test de résistance en me plaçant à l'aplomb du sujet et en engageant mon corps en me laissant tomber passivement dans l'autre.</p> <p>En fonction de la direction, je me rééquilibre moi dans mon ensemble.</p> <p>J'explique au patient qu'avant de manipuler je vais aller faire une recherche de la zone que je cherche à manipuler et que donc ce temps de recherche n'est pas le moment de la manipulation.</p> <p>Je prends le temps de lui expliquer les choses car il peut être dans l'interrogation de ce que je fais.</p> <p>Je l'organise différemment en modifiant la position de sa hanche de ses membres supérieurs et de sa tête.</p> <p>je rajoute un coussin.</p> <p>Je vérifie que son pied soit bien calé sur son genou.</p>		<p>Etre en équilibre.</p> <p>Bien placer mon patient.</p> <p>Ne pas attendre quelque chose.</p> <p>Etre à l'écoute de ce qui va se passer sous mon contact.</p> <p>Créer un lien avec le patient, le respecter sinon il y aura une réponse de sa part qui va perturber ma perception de la LTR.</p>	<p>Etre le plus possible au dessus de la lésion.</p> <p>Etre à l'écoute de l'autre.</p> <p>Ne rien imposer à l'autre mais recevoir.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2. Analyse des résultats

A la vue de ces résultats, nous pouvons constater que les trois ostéopathes, pour percevoir la LTR, cherchent à être le plus léger possible, à enlever le maximum de tensions et de travail actif musculaire dans leur corps pour ne pas parasiter leur perception. Pour se faire, un ostéopathe va utiliser la « loi du moindre effort » c'est à dire en faire un minimum, juste ce qu'il faut pour que l'action se passe. Deux autres ostéopathes vont eux insister sur le fait de ne pas être ponctuel dans leurs contacts avec le patient mais d'utiliser tout leur corps.

Les trois ostéopathes essaient également d'être indéformables notamment pour que chaque modification de densité du tissu de l'autre soit perçue, comme le précise l'un d'entre eux. Ils cherchent ensuite une sensation de résistance, de changement de densité, c'est leur première sensation qui sera la bonne, inutile d'en rajouter. Deux ostéopathes soulignent que c'est la LTR qui doit venir à eux et non l'inverse. Un ostéopathe va, après avoir repéré la zone de la LTR par un test de résistance, venir explorer cette zone sous différents angles pour mieux sentir la résistance.

Pour les trois ostéopathes, la détente musculaire et l'état mental du moment influencent fortement leur perception. Deux d'entre eux relèvent qu'il est essentiel que le patient soit décontracté lors du slack. Ils signalent également l'importance du bon positionnement du thérapeute. Un ostéopathe exprime lui la nécessité d'être attentif lors de la recherche de la LTR. Un autre ostéopathe pense que l'équilibre du patient et du thérapeute sont capitaux pour bien percevoir.

Selon les trois ostéopathes le positionnement du thérapeute est essentiel. Deux ostéopathes sur trois insistent sur la nécessité de modifier parfois son équilibre et de changer la position des pieds pour mieux percevoir. Un ostéopathe lui souligne l'importance du placement de sa main et l'orientation de sa ligne de drive (direction et sens de l'action).

Les trois ostéopathes s'accordent à dire que l'installation du patient est primordiale pour le bon déroulement de la manipulation. En effet, si le patient ne se relâche pas suffisamment la perception sera parasitée. Pour faciliter le relâchement du patient chaque ostéopathe a des techniques qui lui sont propres : un des ostéopathe va demander au patient de bien respirer, il va tenter de le repositionner et de détourner son attention, un autre ostéopathe va lui expliquer les différents temps de la manipulation et si nécessaire repositionner et rajouter des coussins pour faciliter la détente. Deux ostéopathes sur trois s'adaptent à la morphologie du patient en le repositionnant différemment.

Le dernier paramètre relevé par les trois ostéopathes est la tension musculaire. Il leur semble essentiel d'avoir enlevé le maximum de tensions afin de ne pas perturber la perception.

Un ostéopathe sur trois exprime qu'il essaie de se reconcentrer et d'être plus attentif lorsqu'il a du mal à percevoir.

5.2.1. Grille de compétence :

Afin d'avoir une analyse plus claire et synthétique des résultats, nous avons réalisé, grâce aux différents items des grilles d'analyse individuelles ci-dessus, une grille de compétence dont le schème est : percevoir le LTR au cours du slack.

Dans cette grille de synthèse sont présent les éléments communs aux trois ostéopathes :

SCHEME DECRIE	REGLES D'ACTION	INFERENCEES	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATIONS
PERCEVOIR LA LTR AU COURS DU SLACK	<p>Je m'allège en mettant le moins de tensions possible dans mon corps.</p> <p>J'enlève le maximum de contractions musculaire possible qui ne serait pas indispensable.</p> <p>Je modifie la façon de me positionner par rapport à mon patient en changeant le placement de mes pieds et de mon bassin afin d'avoir une meilleure orientation</p> <p>Je me rends indéformable.</p> <p>Je me pose dans le patient à la recherche de la LTR écoutant mes sensations.</p>	<p>Souplesse ou raideur du patient.</p> <p>Etat de contraction du patient.</p> <p>Age du patient.</p> <p>Inquiétude, appréhension du sujet.</p> <p>Physiologie du patient.</p>	<p>Etre capable de mettre le moins de tensions possibles dans son corps.</p> <p>Etre indéformable.</p> <p>Le positionnement du patient est important.</p> <p>Avoir l'esprit libre.</p>	<p>Détente du patient.</p> <p>Bonne installation du patient.</p> <p>Etre le plus relâché possible.</p> <p>Trouver une résistance.</p>

En comparant le tableau de synthèse ci-dessus avec les tableaux d'analyse individuels précédents, nous remarquons que :

Pour le premier ostéopathe :

- 5 items sur 8 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les règles d'action
- 5 items sur 11 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les inférences
- 4 items sur 7 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les invariants opératoires
- 4 items sur 6 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les buts et anticipations

Pour le deuxième ostéopathe :

- 5 items sur 7 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les règles d'action
- 5 items sur 8 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les inférences
- 4 items sur 8 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les invariants opératoires

- 4 items sur 11 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les buts et anticipations

Pour le troisième ostéopathe :

- 5 items sur 24 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les règles d'action
- 5 items sur 12 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les inférences
- 4 items sur 10 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les invariants opératoires
- 4 items sur 16 sont communs avec les deux autres thérapeutes pour les buts et anticipations

Au vue de ces remarques, nous pouvons probablement en déduire que :

- si d'autres ostéopathes avaient participé à l'étude nous aurions retrouvé les mêmes items communs
- Les items communs à seulement à deux ostéopathes ne sont pas exploitables pour la grille de compétence
- selon l'expérience professionnelle les paramètres spécifiques à chaque thérapeute s'ajoutent aux paramètres communs.

Nous avons donc décidé de regrouper les items spécifiques à chaque ostéopathe dans un tableau.

5.2.2. Mise en place d'une grille de spécificité

REGLES D'ACTION	INFERENCES	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATION
Je me concentre sur moi et pas sur l'autre.	Hauteur de la table.	Effectuer le slack le plus possible avec tout son corps.	Avoir un maximum d'effet sur la lésion en étant le plus proche et le plus direct.
J'essaie d'être attentif, de me concentrer en évitant de penser à autre chose.	Difficulté à effectuer le slack.	Ne pas être ponctuel au niveau de la main et de l'appui pour avoir un maximum de confort envers le patient.	Engagement de mon corps dans cette LTR
Je demande au patient de bien respirer, de se détendre, de faire certains mouvements pour détourner son attention.	Première consultation. Sexe du patient.	Etre à l'écoute de ce qui va venir s'exprimer à l'endroit de mon contact.	Sensation de liberté de l'ostéopathe.
Je ne mets pas ma main au départ sur le patient.	Type de douleur (aigüe ou non).	Ne jamais aller au delà du début de résistance que je ressens.	Etre concentré.
Je fais un test de résistance qui m'indique la zone de la LTR.	Limitations d'amplitudes.	Ma main de contact n'est qu'un outil pour prendre contact avec	Etre attentif. Etre à l'écoute de l'autre.

<p>Je mets mon patient en position selon la manipulation à effectuer.</p> <p>Je me déséquilibre si besoin en changeant la position de mon corps.</p> <p>J'explique au patient qu'avant de manipuler je vais aller faire une recherche de la zone que je cherche à manipuler et que donc ce temps de recherche n'est pas le moment de la manipulation.</p> <p>Je n'hésite pas à reprendre depuis le départ.</p> <p>Je prends le temps de lui expliquer les choses car il peut être dans l'interrogation de ce que je fais.</p>	<p>Lésions ou contre indications (PTH)</p>	<p>l'autre.</p> <p>Etre capable de sentir de voir si je dois aller un peu plus loin, un peu moins loin et sous quel angle je vais l'attaquer.</p> <p>En fonction de l'endroit où je me place, ma perception sera différente.</p> <p>Etre en équilibre.</p> <p>Ne pas attendre quelque chose.</p> <p>Créer un lien avec le patient, le respecter sinon il y aura une réponse de sa part qui va perturber ma perception de la LTR.</p>	<p>Ne rien imposer à l'autre mais recevoir.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Nous venons de voir que les méthodes employées par les trois ostéopates pour percevoir la LTR sont relativement similaires bien que chaque ostéopathe ait sa façon de faire.

La perception de la LTR, bien qu'elle soit propre à chacun, est donc régit par des règles communes c'est ce que Vergnaud appel les invariants opératoires et les règles d'actions du schème.

Même si dans les grandes lignes la stratégie adoptée par chacun reste relativement identique, on constate que chaque ostéopathe s'adapte à sa manière aux différents paramètres de l'action. Chaque situation, chaque patient est différent ce qui nécessite l'ajustement systématique de l'ostéopathe pour percevoir au mieux la LTR.

Tous ces paramètres font partie de la compétence que doit acquérir l'ostéopathe pour percevoir la LTR lors de son slack. Ce n'est que par l'expérience professionnelle, nécessaire à l'acquisition d'une compétence, qu'ils peuvent être intégrés.

La perception ostéopathique de la LTR par le slack, selon le MFOS, peut donc être décrite comme une compétence car toutes ses composantes nécessitent une adaptation permanente de l'ostéopathe aux conditions environnementales. Cette adaptation est propre à chacun grâce à son expérience professionnelle.

D'une manière plus générale et en relation avec les différents points de vue sur la perception dans le domaine de l'ostéopathie, nous constatons que :

- Comme Sutherland l'a souligné, les ostéopates pénètrent le tissu pour sentir.
- Comme Tricot, ils affirment l'importance de la présence, de l'intention et de l'attention pour percevoir.
- Contrairement à Still et Becker, les trois ostéopates ne notent pas l'importance de la visualisation dans la perception.

- Contrairement à Attia, ils ne cherchent pas à percevoir un manque de mobilité.
- Tout comme Terramorsi, les trois ostéopathes insistent sur le fait de mesurer leur geste afin de ne pas en mettre trop, de percevoir une différence grâce à leur plus grande surface active indéformable.

Au vu de ces constatations, nous pouvons probablement en conclure que, selon les différents modèles ostéopathiques, les thérapeutes ne vont pas chercher à percevoir les mêmes choses et n'auront donc, à priori, pas les mêmes moyens pour y parvenir.

6. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de montrer l'importance de la perception dans notre métier. Pour cela nous avons utilisé la grille thématique décrite par Vergnaud pour objectiver la perception ostéopathique en tant que compétence à part entière. Il avait été décidé initialement de placer la loi de Bouguer-Weber, décrite plus haut, au centre de notre sujet d'étude mais au vu de la complexité de réalisation et de nombreux biais à contrôler, nous sommes convaincus aujourd'hui que la décision d'une étude sur la compétence aura été la plus judicieuse.

Nous avons donc décidé d'orienter notre étude sur la compétence afin de savoir quelles sont les stratégies mises en place par les ostéopathes pour percevoir au mieux la LTR, décrite par le MFOS, lors du slack.

La principale difficulté a été l'analyse de la littérature sur la perception en psychologie. En effet, la psychologie n'est pas un domaine facile et les écrits sont bien souvent complexes et difficiles à lire. Cela a nécessité un gros travail pour trier l'information et démontrer son intérêt dans notre travail.

Critiques de l'étude :

L'analyse des résultats a été faite de manière qualitative ce qui implique un regard sélectif et subjectif de notre part.

Le choix des thérapeutes a été fait en fonction de plusieurs paramètres qui peuvent être critiquables :

- Ce sont tous des ostéopathes diplômés récemment, il aurait été peut-être judicieux de choisir une population plus nombreuse, avec plus d'expérience. Ceci dit, les ostéopathes diplômés depuis de nombreuses années ont souvent suivis d'autres formations complémentaires et ont probablement d'autres visions de l'ostéopathie apprises ailleurs qui auraient pu venir biaiser cette étude.
- Ce sont tous les trois des ostéopathes que nous apprécions et qui connaissaient le thème de notre travail, cela a certainement influencé leur manière de répondre aux différentes questions.

Le choix des questions a été ardu car il a fallu trouver la bonne correspondance avec chaque item décrit par Vergnaud. Certains ostéopathes ont eu l'impression de se répéter, ils ont même parfois dû revenir sur les questions précédentes pour rajouter des réponses. Il a fallu modifier une question et en rajouter deux autres annexes afin que les différents paramètres du schème soient développés au mieux. Malgré cela, il a fallu effectuer un tri important de l'information pour classer les items des ostéopathes dans les bonnes composantes du schème. De plus il est difficile de parler de nos ressentis, de mettre des mots sur ce que nous percevons, certains thérapeutes nous l'ont fait remarquer.

La vidéo du slack n'a pas été souvent visionnée au point que nous nous demandons si elle a vraiment été utile hormis le fait de mettre en condition le thérapeute avant d'aborder le sujet. Nous l'avons certainement mal utilisé dans l'étude, il aurait été judicieux, comme nous l'a fait remarquer notre tutrice méthodologique, de demander à l'ostéopathe ce qu'il faisait sur la vidéo et non pas ce qu'il croyait faire.

Enfin il aurait peut-être été intéressant de créer un questionnaire à diffuser plus largement aux différentes promotions et aux différents ostéopathes experts pour effectuer une analyse plus large, valider notre grille de compétence et montrer l'évolution perceptive avec l'expérience professionnelle.

7. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence la compétence perceptive en ostéopathie structurale. Il a fallu pour cela utiliser judicieusement les connaissances de notre modèle de l'ostéopathie structurale couplées à la psychologie cognitive, ce qui n'a pas toujours été facile. Nous nous sommes également appuyé sur un cadre scientifique renommé en tentant de nous servir du modèle de Vergnaud (maitre de recherche au CNRS) comme outils pour démontrer l'acquisition de la compétence perceptive.

Au delà de la mise en évidence d'une compétence, ce travail permettra peut-être de guider les formateurs dans leur enseignement. La grille de compétence pourrait être utilisée comme référentiel de base pour les étudiants afin d'acquérir et de développer toutes les composantes du schème nécessaires. En effet, bien que le travail et l'étude soient modestes, le seul fait d'obtenir des items communs n'est pas le fruit du hasard mais bel et bien un modèle d'activité perceptive. Les actions communes utilisées par les thérapeutes, grâce à la mise en place de schèmes perceptifs élaborés, vont dicter leur activité gestuelle. C'est ensuite grâce à l'expérience professionnelle que la perception s'affine et que chacun façonne à sa manière les différents paramètres de l'activité.

La perception est essentielle dans notre métier, elle oriente notre diagnostic ainsi que nos traitements. C'est grâce à elle que nous communiquons avec l'extérieur. L'IFSO-Rennes a construit un modèle pédagogique permettant à l'étudiant de se familiariser progressivement avec une gestuelle très exigeante pour la réalisation de la manipulation laissant peut de place à la perception. Or nous venons de voir que dans les schèmes cognitifs, l'apprentissage est sensori-moteur. Effectivement, l'acquisition motrice d'une action n'est possible que si la perception y est associée d'où l'importance de l'intégrer dans notre apprentissage gestuel.

Aujourd'hui la fin de nos études approche, nous passons de technicien à thérapeute et c'est là que la place de la perception devient essentielle, non plus la perception de notre corps car nous avons automatisé nos gestes mais la perception fine de l'autre, de la LTR. Ce n'est qu'à travers la recherche perceptive que nous pourrons alors perfectionner et personnaliser nos soins.

8. BIBLIOGRAPHIE

ATTIA Michel (2006). *Perception de la réalité par le toucher* (mémoire de DESS, Université de Paris 8). Repéré à <http://www.coaching-by-osteolink.fr/document-coach-osteopathe/osteopathie.pdf>

BAGOT Jean-Didier (1999). *Information, sensation et perception*. Ed Armand Colin, 192 pages.

BECKER Rollin E. (2000). *The stillness of life*. Ed Stillness PR Llc, 273 pages.

BOURDIEU Pierre (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Ed Seuil 429 pages.

DEHAENE Stanislas (2014). *Le code de la conscience*. Ed Odile Jacob, 432 pages

DELACHAUX et NIESTLE (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Extrait repéré à http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP36_Ndl_Conclusion.pdf

DELORME André et FLÜCKIGER Michelangelo (2003). *Perception et réalité : une introduction à la psychologie des perceptions*. Ed De Boeck, 516 pages.

DOKIC Jérôme (2004). *Qu'est-ce que la perception ?* Ed Librairie philosophique Vrin, 128 pages.

GILLET Pierre (1997). *Construire la formation : outils pour les enseignants et les formateurs*. Ed ESF, 158 pages.

GILBERT Patrick et PARLIER Michel (1992). *La compétence : du « mot-valise » au concept opératoire*. Actualité de la Formation permanente n°116 repéré à http://guidecompetencescles.scola.ac-paris.fr/Doc/GILBERT_PARLIER_Mot_valise_concept_operatoire.pdf

INHOLDER Bärbel et PIAGET Jean (2012). *La psychologie de l'enfant*. Ed Presses universitaires de France, 156 pages.

JAMES William (2007). *The Principle of Psychology, Volume 1*. Ed Cosimo Classics, 708 pages.

LAPERTOSA Gérald (1897). *Quelle médecine? Les médecines dans le monde. La médecine manipulative*. Ed Etiosciences, 229pages.

LE BOTERF Guy (1994). *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Ed Editions d'Oganisation, 176 pages.

LE BOTERF Guy (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions*. Ed Eyrolles, 308 pages.

MEMLOUK William (2012). *Jean Piaget : La construction de l'intelligence*. Ed Nomad, 47 pages.

MILNE Hugh (1998). *The Heart of Listening : A Visionary Approach to Craniosacral Work*. Ed North Atlantic Books, 528 pages.

MINET Francis (1996). *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Ed L'Harmattan, 156 pages, repéré à <http://197.14.51.10:81/pmb/GESTION2/GESTION%20DES%20RESSOURCES%20HUMAINES/l'analyse%20de%20l'activit%C3%83%C2%A9%20et%20la%20formation%20des%20comp%C3%83%C2%A9tences.pdf>

PIAGET Jean (2012). *La Psychologie de l'intelligence*. Ed Armand Colin, 224 pages.

STILL Andrew Taylor (2012). *Ostéopathie, recherche et pratique*. Ed Sully, 320 pages.

TERRAMORSI Jean-François (2013). *Ostéopathie structurelle, Lésion structurée – Concepts structurants*. Ed Eoliennes & Gépro, 415 pages.

TRICOT Pierre (2002). *Approche tissulaire de l'ostéopathie – livre 1 – Un modèle du corps conscient*. Ed Sully, 320 pages.

TRICOT Pierre (2008). La palpation tissulaire profonde. Repéré à http://pierre.tricot.pagesperso-orange.fr/000_textes/pt_palprof.pdf

VERGNAUD Gérard (1990). *La théorie des champs conceptuels*. Recherches en Didactique des Mathématiques. Vol. 10/2-3, pp. 133-170.

WITTORSKI Richard (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Ed L'Harmattan, 239 pages.

9. ANNEXES

9.1. Annexes 1 : Grille d'entretiens

SCHEME DECRIE	REGLES D'ACTION	INFERENCE	INVARIANTS OPERATOIRES	BUTS ET ANTICIPATIONS
DESCRIPTION	Il s'agit de ce que le sujet fait pendant l'activité et ce qu'il met en œuvre pour y arriver :	Ce sont des paramètres d'ajustement possible de l'activité selon les circonstances :	Ce sont tous les éléments qui sont tenus pour vrais ou pertinents et que le sujet utilise pour la mise en œuvre du schème :	Il s'agit des objectifs et buts que le sujet cherche à obtenir :
QUESTIONS POSEES	Que cherchez-vous à faire pour percevoir la LTR lors de la réalisation du slack et comment le faites-vous ?	<ul style="list-style-type: none">- Quels sont les paramètres d'ajustement que vous mettez en place et qui vous permettent de juger du bon déroulement du slack à la recherche perceptive de la LTR par le slack ?- Dans quels cas est-ce différent ?	Qu'est-ce qui vous paraît pertinent lors de la recherche perceptive de la LTR par le slack ?	<ul style="list-style-type: none">- Que cherchez-vous à percevoir et quels sont les paramètres qui modifient votre perception de la LTR pendant le slack ?- Quels sont vos objectifs lors de la recherche de la LTR ?

9.2. Annexes 3 : Entretien d'explications

Premier ostéopathe :

Règles d'action :

Que cherchez vous à faire pour percevoir la LTR lors de la réalisation du slack et comment le faites vous ?

Pour percevoir la LTR, il faut être dans un état de tension assez faible dans mon corps en tant que thérapeute. J'essaie donc de faire le moins de choses possibles, d'être détendu, de m'alléger un maximum en prêtant attention aux diverses contractions musculaires qui ne seraient pas indispensables. Je fais en sorte que la LTR vienne à moi plutôt que l'inverse pendant le slack en ne forçant pas le mouvement. Pour cela je me pose dans le patient en relâchant les muscles érecteurs de mes genoux mécaniques en écoutant la réaction sous mes mains.

Inférences :

Quels sont les paramètres d'ajustement que vous mettez en place et qui vous permettent de juger du bon déroulement du slack à la recherche perceptive de la LTR ?

Le positionnement de la personne me paraît important pour les paramètres d'ajustements, est-ce que je vais plus devoir tirer l'épaule pour localiser ? Est-ce que je vais devoir changer la hauteur de ma table ? Est-ce que je vais plus le cyphoser ou le lordoser pour être le maximum en contact déjà avec l'endroit que je vais investiguer ? Ensuite je vais demander au patient, si je n'arrive pas bien à pénétrer pendant le slack, de bien respirer, de se détendre, de faire certains mouvements pour détourner son attention en lui demandant de bouger un pied ou une main, au moins il se concentre sur le mouvement et il n'est plus en résistance. Ensuite je me focalise sur moi en me demandant si vraiment j'en mets le minimum et si je ne peux pas encore en enlever. Pour cela, je me concentre sur moi et pas sur l'autre. J'essaie de modifier mon équilibre si je ne me sens pas bien, de changer l'orientation des pieds, du bassin, le tonus de mon dos en modifiant légèrement mon placement. Dernier point, la tête, j'essaie si ce n'est pas le cas d'être attentif de me reconcentrer en évitant de penser à autre chose.

Dans quels cas est-ce différent ?

Si le patient est souple, raide, trop contracté mon attitude ne sera pas la même. Il en va de même pour l'âge, par exemple si c'est un bébé ou une personne âgée. Selon le poids, la physiologie du patient je vais également modifier ma manière de l'approcher. L'état de santé et l'attitude du patient sont aussi deux paramètres importants. Dernière chose, si c'est la première fois que le patient vient me voir ma manière de l'aborder sera différente.

Invariants opératoires

Qu'est ce qui vous paraît pertinent lors de la recherche perceptive de la LTR par le slack ?

Ce qui me paraît super important, c'est qu'il ne faut surtout pas en rajouter. Il faut donc respecter la loi du moindre effort, en mettre le moins possible pour percevoir le plus infime changement de densité anormal. Ensuite il faut impérativement être en bleu, indéformable, amidonné pour que chaque modification de densité du tissu de l'autre soit perçue en soi. Il faut enfin englober le patient, ne pas avoir d'appui trop ponctuel pour qu'il puisse être détendu.

Buts et anticipation :

Que cherchez vous à percevoir et quels sont les paramètres qui modifient votre perception de la LTR pendant le slack ?

Je cherche à percevoir un changement de densité mais un changement 'pathologique' de densité. Quand on pénètre l'articulation, il y a un changement de densité physiologique et avec l'expérience et l'habitude, quand on a bien testé les réactions des tissus du patient, on sait quand le changement de densité n'est plus physiologique. En effet, il y a un changement 'important' de densité par rapport à une variation de mouvement. Le changement de densité n'est plus proportionnel à la variation de mouvement. C'est cela que j'essai de percevoir, le changement anormal de densité dans le tissu. Les paramètres qui modifient ma perception de la LTR vont être l'état de ma tension corporelle, mon état mental à ce moment là, c'est à dire si je pense à autre chose, si je ne suis pas attentif. Si à ce moment là je suis trop attentif à une partie de mon corps ou si j'ai fait beaucoup de sport la veille et que j'ai des courbatures, si je suis malade en bref mon état général avant le slack. Pendant le slack ce sera plutôt ma tension qui influera.

Quels sont vos objectifs lors de la recherche de la LTR ?

Je cherche à sentir quelque chose de dur, une résistance qui s'oppose à moi. Je cherche à avoir la meilleure installation possible pour que le patient soit immobile et le plus relâché possible. Je cherche également à avoir la meilleur position en étant le plus relâché possible.

Deuxième ostéopathe :

Règles d'action :

Que cherchez vous à faire pour percevoir la LTR lors de la réalisation du slack et comment le faites vous ?

Je cherche à me poser dans quelque chose d'un peu résistant. Je cherche une densité, une sorte de soutien, une résistance. Je cherche quelque chose qui puisse me répondre, qui ne s'échappe pas sous ma main. C'est très léger. Si j'ai du mal à sentir, je change mon organisation corporelle et je change ensuite la position du patient.

Inférences :

Quels sont les paramètres d'ajustement que vous mettez en place et qui vous permettent de juger du bon déroulement du slack à la recherche perceptive de la LTR ?

L'orientation de ma ligne de drive, de mon avant bras à la recherche de la résistance la plus importante. Ca va donc être mon corps qui va bouger pour amener ma ligne de drive, d'action en regard de la plus grande résistance, pour cela j'organise la position de mon corps afin d'amener mon action dans la bonne direction. Le placement de ma main également, une fois que j'ai trouvé la zone, je cherche la plus grande résistance. Essayer d'avoir une installation pour permettre au patient d'avoir le plus grand relâchement possible. Essayer également de mettre le moins de tensions possibles au départ en essayant de m'alléger au maximum et en mettant le moins de force musculaire possible. Je ne mets pas ma main au départ qui pourrait alors engendrer de la tension car j'organise d'abord mon corps en gardant la main passive. Etre le plus léger possible pour mettre le moins de mise en tension préalable à la recherche du slack car si tu mets trop de contraintes au début le patient a

tendance à se contracter un peu plus d'autant plus s'il a du mal à se relâcher. Plus le patient se contracte, plus j'essais d'en enlever.

Dans quels cas est-ce différent ?

Si la personne en dessous a une appréhension de la manipulation, j'aborde la manipulation différemment. Si la personne en dessous est un homme ou une femme, si elle est souple ou raide, si la personne vient avec une douleur en aiguë cela va également modifier ma manière de l'aborder. L'âge du patient, sa physiologie et mon état physique et psychologique du moment va également changer ma manière de faire.

Invariants opératoires

Qu'est ce qui vous paraît pertinent lors de la recherche perceptive de la LTR par le slack ?

Il est essentiel de respecter la non mise en tension préalable, d'être le plus léger possible. Il faut y aller le plus possible avec tout ton corps, être indéformable pour que le thrust vienne de tout ton corps et que chaque modification dans ton corps se transmette sur le patient. Il ne faut pas être ponctuel au niveau de la main et de l'appui pour avoir un maximum de confort envers le patient. Il faut également s'arrêter à la première sensation, ne pas essayer d'aller trop loin, d'en rajouter pour confirmer la première sensation pour avoir un maximum de jeu lors de la manipulation.

Buts et anticipation :

Que cherchez vous à percevoir et quels sont les paramètres qui modifient votre perception de la LTR pendant le slack ?

Je cherche à sentir une zone de résistance la plus importante en étant à l'écoute de mes sensations, la première sensation surtout, je ne cherche pas à aller plus loin. Ce qui va modifier ma perception c'est l'état de contraction de mon patient, ma détente, mon positionnement qui peut être plus ou moins bon, ça peut être également des états internes, si tu es en bonnes conditions ou non, ça peut être ma sensation du moment.

Quels sont vos objectifs lors de la recherche de la LTR ?

Je cherche à être le plus proche possible de la lésion, le plus direct également pour avoir un maximum d'effet sur la lésion. Essayer d'être le plus confortable pour le sujet afin de permettre son relâchement. Faire en sorte que je sois le plus relâché possible et le patient également pour ne pas perturber mes sensations.

Troisième ostéopathe :

Règles d'action :

Que cherchez vous à faire pour percevoir la LTR lors de la réalisation du slack et comment le faites vous ?

Pour percevoir la LTR, je viens chercher une confirmation de l'endroit précis où je veux manipuler après avoir fait un test de résistance en me plaçant à l'aplomb du sujet et en engageant mon corps en me laissant tomber passivement dans l'autre. Ce test m'indique la zone sur laquelle je suis sensé avoir trouvé la LTR. Une fois la LTR repéré, je vais mettre mon patient en position selon la manipulation et je vais venir commencer par chercher mon équilibre pour ensuite venir chercher mon équilibre dans mon patient, c'est à dire que mon patient et moi allons devenir un. Il n'y aura plus de différences entre lui et moi une fois que je

me serais posé dans lui et à ce moment la je vais engager mon corps jusqu'au bout de ma main de contact qui ne sera qu'un outils pour prendre contact avec l'autre puisque ce n'est pas avec elle que je vais travailler mais avec l'ensemble de mon corps. Je vais essayer de m'empiler en densifiant mon corps et en m'auto grandissant, de me rendre indéformable. Je relâche le maximum de travail actif en relâchant tout les muscles qui ne sont pas utiles pour pouvoir être à l'écoute de ce qui va venir s'exprimer à l'endroit de mon contact. C'est donc cela que je vais chercher à faire pour percevoir la LTR, c'est enlever le maximum de contractions qui peuvent exister en moi pour être la plus libre possible à l'écoute et donc pouvoir percevoir à l'endroit de mon contact cette LTR. Ensuite comment je fais ? Je vais venir explorer cette zone que je cherche à manipuler dans différents angles en orientant mon corps dans la meilleure position afin de trouver l'endroit où je vais sentir la résistance qui va m'amener à la manipulation et au moment où j'ai repéré cette endroit là, je vais quitter cette endroit et y revenir pour être bien sûr mais sans jamais aller au delà de ce début de résistance que je ressens.

Inférences :

Quels sont les paramètres d'ajustement que vous mettez en place et qui vous permettent de juger du bon déroulement du slack à la recherche perceptive de la LTR ?

Le premier paramètre d'ajustement, c'est vraiment la recherche de mon équilibre, il faut que je réussisse à être en équilibre. Le deuxième paramètre c'est l'engagement de mon corps dans cette LTR et donc le paramètre le plus important, c'est cette capacité que je dois avoir à enlever tout ce qui est inutile pour vraiment être concentré sur la perception que je dois avoir à l'endroit du contact, c'est le paramètre majeur. Si j'ai une personne en dessous qui est trop souple par exemple, à ce moment là je vais être obligée de ré envisagé le placement de mon patient afin de pouvoir vraiment venir ressentir mieux les choses au niveau de ce contact. Je suis amenée aussi à modifier la façon de me positionner par rapport à mon patient en venant placer mon corps différemment afin d'avoir une meilleur orientation, ça peut être un positionnement du pied. Je peux être amené à prendre un déséquilibre plus important en changeant la position globale de mon corps afin de retrouver cette lésion et d'être le plus possible au dessus de la lésion. Je peux être aussi amenée à m'alléger plus que d'habitude en éliminant les contractions inutiles et/ou en inspirant. Ensuite, en fonction de la direction, cette direction va m'amener à me rééquilibrer moi dans mon ensemble pour répondre à ce que je recherche et ce que je finis par trouver au niveau de mon contact. Si le patient ne se relâche pas, je n'hésite pas à reprendre depuis le départ, à repositionner complètement mon patient. Au besoin, je prends le temps de lui expliquer les choses car il peut être dans l'interrogation par rapport à ce que je fais. Il faut que je sois capable de lui expliquer qu'avant de manipuler je vais aller faire une recherche de la zone que je cherche à manipuler et que donc ce temps de recherche n'est pas le moment de la manipulation. Si jamais le patient a une inquiétude par rapport à la manipulation, il faut le lui expliquer. J'essai aussi de l'organiser différemment en modifiant la position de sa hanche de ses membres supérieurs et de sa tête, de rajouter un coussin, de le dérouler un peu moins sur un côté, de vérifier que son pied soit bien calé sur son genou si je fais une manipulation lombaire, je vais donc repositionner le patient pour qu'il soit plus en équilibre.

Dans quels cas est-ce différent ?

C'est différent en fonction du gabarit de la personne, s'il est grand, petit, gros... En fonction des limitations d'amplitudes et de certaines lésion ou contres indications (PTH). C'est différent également en fonction de l'âge, de l'état osseux, de l'état psychologique du patient. En fonction également de la pathologie et de la physiologie (exemple : femme à forte poitrine).

Invariants opératoires

Qu'est ce qui vous paraît pertinent lors de la recherche perceptive de la LTR par le slack ?

Le plus pertinent c'est vraiment être totalement relâchée tout en étant indéformable, afin de pouvoir aller contacter la zone que je cherche à manipuler. C'est mon relâchement dans une indéformabilité, être capable d'enlever toutes les contractions inutiles qui vont venir perturber et parasiter cette recherche de la LTR par mon slack, qui vont perturber cette descente que je fais dans l'autre. Tout cela encore une fois dans une indéformabilité de ma part qui me permet d'orienter ma descente. C'est donc l'indéformabilité et le relâchement complets de tous ses muscles qui risquent de venir parasiter la recherche qui vont être les deux paramètres les plus importants pour moi.

Buts et anticipation :

Que cherchez vous à percevoir et quels sont les paramètres qui modifient votre perception de la LTR pendant le slack ?

Je cherche à percevoir la résistance de l'autre quand je me présente, c'est à dire quand je m'engage pour faire mon slack, je doit immédiatement sentir une réponse à cet engagement que je fais dans l'autre. Ca c'est donc la première chose que je cherche à ressentir, puis en fonction de ce que je ressens, il va falloir que je sois capable de voir si je dois aller un peu plus loin, un peu moins loin, sous quelle angle je vais l'attaquer et du coup ce sont ces différents paramètres qui modifient ma perception. C'est à dire en fonction de l'endroit ou je me place, ma perception sera différente. Ce que je cherche à percevoir c'est cette première résistance dans ma descente. Si je suis trop musculaire, ma perception de la LTR est complètement perturbé. Ce qui peut aussi modifier ma perception de la LTR c'est lorsque je ne suis pas capable d'avoir l'esprit libre. Quand je cherche une LTR, il ne faut pas que j'attende quelque chose, il faut vraiment que je sois à l'écoute de ce qu'il va se passer sur mon contact, que je sois capable d'avoir non seulement supprimé les contractions qui vont parasiter cette recherche mais aussi que je sois libre dans ma tête et pas à l'attente de quelque chose. Il faut que je laisse venir cette chose à moi plutôt que d'aller la chercher. En même temps je recherche la LTR mais je la laisse venir à moi en étant passive dans mon corps et en étant à l'écoute de ce qui se passe au contact et c'est dans ma descente que je la sens arriver sous mon contact. Cela impose aussi donc de n'avoir aucune attente, d'avoir un esprit complètement libre et de ne pas vouloir anticiper ce que je recherche. Je cherche une LTR, par un test de résistance j'ai localisé la zone mais maintenant je ne sais pas justement dans quelle direction et à quelle profondeur je vais trouver cette LTR. Les paramètres qui modifient la perception de LTR c'est ça, si je ne suis pas libre la recherche ne sera pas neutre c'est moi qui vais imposer. Si je suis en déséquilibre, si je ne me place pas correctement au dessus de cette zone que je recherche, à ce moment là ma perception de la LTR va être modifiée. C'est la même chose si j'en mets trop ou pas assez, si je ne suis pas capable de m'engager correctement, j'aurai une modification de ma perception de la LTR. Si je n'ai pas bien installé mon patient et qu'il est dans un état de tension qui est trop fort je vais avoir là aussi une modification de ma perception de la LTR, si le patient est en déséquilibre, il ne va pas être confort j'aurai également une modification de ma perception de la LTR. Si je n'ai pas réussi à créer un lien avec mon patient qui le mette suffisamment en confiance et qu'il ne se laisse pas aller, la perception de la LTR sera certainement modifiée, ce ne sera pas réellement la LTR car il y aura un ensemble de paramètres autour de cette LTR qui vont faire que la recherche sera modifiée. Si je ne suis pas capable de respecter

suffisamment mon patient, il y aura une réponse de sa part qui va perturber ma recherche de la LTR.

Quels sont vos objectifs lors de la recherche de la LTR ?

Etre à l'écoute de l'autre, ne rien lui imposer mais recevoir