

Mise en évidence des dimensions du
sensible dans la rencontre thérapeutique
en ostéopathie structurelle.

MELAIN

Estelle

PROMOTION 6

Année 2014-2015

SOMMAIRE

MISE EN EVIDENCE DES DIMENSIONS DU SENSIBLE DANS LA RENCONTRE THERAPEUTIQUE EN OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE.	1
1. INTRODUCTION.....	5
2. PROBLEMATIQUE	7
2.1. Préambule : De la présence à la relation humanisante en ostéopathie.	7
2.2. Les situations de rencontre de Jean Bouhana en ostéopathie structurale	8
2.2.1. Le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale	8
2.2.2. Les techniques structurales tissulaires	10
2.2.3. La tenségrité	10
2.2.4. Les situations de rencontre	13
A. La « séparabilité ». (Bouhana, 2006 et 2008)	13
B. La situation de « non-séparabilité ». (Bouhana, 2006 et 2008)	15
C. Troisième situation de rencontre: « Le pôle de l'action » (Bouhana, 2006 et 2008)	17
2.2.5. Schéma simplifié des situations de rencontre décrite par J.Bouhana.....	19
2.3. Le toucher manuel de relation en Somato-psychopédagogie. (SPP).....	20
2.3.1. Définition de la somato-psychopédagogie.	20
2.3.2. Le toucher manuel de relation	21
2.3.3. Mise en place et évolution du toucher manuel de relation	22
A. Caractéristiques de la modalité relationnelle employée:	22
B. En parallèle de cette posture relationnelle:	23
2.3.4. Schéma simplifié de la mise en place du toucher de relation en SPP	26
2.4. Le contact tactile en haptonomie.....	27
2.4.1. Définition	27
2.4.2. Le contact haptomique.	28
2.4.3. Les situations existentielles affectives.....	29
A. Manières d'exister	29
B. Manières d'être.....	30
2.4.4. Les facultés de perception en haptonomie.....	31
A. Les facultés rationnelles.	31

<i>B. Les facultés affectives.</i>	32
2.4.5. Les tonus musculaires et les tonus de représentation correspondants.	32
<i>A. Les tonus musculaires et modalités de tonus de représentation.</i>	32
<i>B. Les tonus musculaires et les modes de tonus de représentation</i>	33
2.4.6. Le still-point haptonomique.....	34
2.4.7. Schéma simplifié de l'évolution de la rencontre en haptonomie	36
3. HYPOTHESE	37
4. MATERIEL ET METHODE	37
4.1. Matériel (questionnaire consultable en annexe 1)	38
4.2. Méthode	40
4.3. Moyens d'analyse des résultats	41
5. RESULTATS - ANALYSE ET DISCUSSION	42
5.1. Population	42
5.2. Résultats- analyse et discussion du poids des dimensions sensibles perçues par les patients (questions 1 à 6) (données brutes annexe 2)	43
5.3. Résultats – Analyse et discussion des questions ouvertes (7 et 8)	50
5.4. Lien entre les dimensions (Annexe 4)	53
6. DISCUSSION GENERALE	54
7. CONCLUSION	56
8. BIBLIOGRAPHIE	57
9. ANNEXES	59
9.1. Annexe 1 : questionnaire distribué	59
9.2. Annexe 2 : données brutes des résultats	62
9.3. Annexe 3 : tris croisés des résultats par sexe et âge	65
9.4. Annexe 4 : tableau des corrélations entre les dimensions	69

Remerciements

A Jean BOUHANA, pour sa précieuse aide dans l'élaboration de ce travail, sa disponibilité et sa bienveillance ;

A Ghislaine PALERMO et Pascale GOSSELIN pour leurs conseils éclairés et la pertinence de leurs corrections ;

Aux 48 patients qui m'ont permis de donner du sens à ce travail ;

A Nadia A., pour son aide pratique, et Nicolas L. pour ses relectures avisées.

MERCI.

Je tiens aussi à remercier Jean-François TERRAMORSI, et toute l'équipe enseignante de l'IFSO Rennes. Ces 5 années ont été bien plus que de simples années d'étude ; je n'en mesurais pas le poids le 1^{er} jour de cette aventure...

Pour leur générosité exceptionnelle et leur soutien permanent, MERCI.

A ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenue et ont pris le temps de m'attendre...

A Marc, pour son aide et sa précieuse présence.

1. INTRODUCTION

Les étudiants entendent au fur et à mesure de leur progression dans leurs études d'ostéopathie à l'IFSO-Rennes qu'il leur faut sortir de la technique pour être dans le soin. Jean-François Terramorsi, qui a développé et formalisé le concept de l'ostéopathie structurale enseigné dans cette école, écrit à juste titre que « *la qualité de soin ne se limite pas à la maîtrise de la technique mais dépend beaucoup des qualités physiques et humaines du praticien; c'est la différence entre un technicien, si excellent soit-il, et un thérapeute.* » (Terramorsi, 2013, p.18). Un excellent technicien ne fera pas nécessairement un excellent thérapeute, de même qu'un excellent thérapeute n'est pas nécessairement un excellent technicien. Hors, ce sont bien les techniques structurales articulaires vertébrales et périphériques, les techniques viscérales, crâniennes ou encore les techniques structurales tissulaires que les élèves travaillent avec une très grande rigueur pendant les cours pratiques de ces cinq années d'études. Et pourtant la technique ne ferait pas à elle seule le soin... En parallèle à ces pratiques techniques sont également enseignés la gestuelle, le ressenti, l'ancrage ; les étudiants sont encouragés à être à l'écoute de leur corps et d'avoir le moins d'action volontaire possible, afin que les choses puissent se faire « d'elles-mêmes », facilement, de rester disponible à la situation, et respectueux de l'autre.

Ce qui est certain et entendu de la part de nombreux soignants d'origines diverses, est que la prise en compte de l'autre est indispensable. Présenter une qualité de présence, une attitude humaine et empathique envers l'autre, afin de le considérer comme être physique et sensible, est nécessaire, même indispensable, à l'instauration de la relation thérapeutique.

Dans un entretien avec le Registre des Ostéopathes de France, le professeur Jean-Marie Gueullette (2014), docteur en médecine et en théologie, insiste, quant à lui, sur l'importance de la relation patient-thérapeute dans la pratique de l'ostéopathie. Il témoigne que « *limiter la recherche sur l'ostéopathie à des études scientifiques sur l'efficacité de telle ou telle pratique est terriblement réducteur et risque de faire passer à côté de la spécificité de l'ostéopathie. [il est] convaincu que ce n'est pas*

seulement pour l'efficacité mais pour un mode de relation thérapeutique qui n'existe pas ailleurs » que les patients consultent les ostéopathes.

Il est indéniable que la profession d'ostéopathe impose une grande rigueur et maîtrise dans l'assimilation et l'exécution de ses techniques, quelles qu'elles soient. Mais il semblerait qu'un mode de relation particulier les sous-tendrait, et probablement, les potentialiserait.

L'efficacité en ostéopathie tissulaire structurelle illustre bien cette nécessité d'un mode relationnel précis avec le patient, et témoigne d'une qualité de rencontre affinée et précieuse. En observant travailler Jean Bouhana, enseignant des techniques tissulaires à l'IFSOR, travailler avec ses patients, j'ai eu l'impression qu'il y avait très peu de technique, quelques points tissulaires pouvaient parfois suffire, de quoi me laisser perplexe. Il paraissait se créer dans ces situations une authentique présence associée à un contact particulier. Françoise Toulouse-Moneyron, enseignante de la Méthode Jean Moneyron et qui travailla par le passé en collaboration avec J.Bouhana, souligne justement que *« seule, la mécanique du geste ne touchera jamais l'autre »* (2006). Il y aurait dans cette situation de rencontre thérapeutique, dans cette situation de « non-séparabilité » comme le précise l'ostéopathe, un quelque chose d'indéfinissable qui ferait cette différence entre le penser soigner et le soigner, objectivant que l'indicible et l'immatériel n'en sont pas moins une réalité.

Même si la technique reste essentielle, ce mode de communication contactante deviendrait fondamental. Le passage de technicien à thérapeute offrirait alors un sens plus profond au soin et permettrait de sublimer la rencontre thérapeute-patient.

Ce travail s'intéresse ainsi aux différentes dimensions de cet espace sensible ainsi créé dans la rencontre thérapeutique. Est-il possible de les identifier?

2. PROBLEMATIQUE

Le soin peut prendre différents aspects selon le cursus et les formations dispensées. De nombreuses approches abordent l'importance de la relation thérapeutique. Dans un souci de cohérence, et en tant que thérapeute manuel, sont retenus les principaux courants utilisant le toucher manuel comme vecteur de cette relation.

2.1. Préambule : De la présence à la relation humanisante en ostéopathie.

Ce thème de la relation à l'autre en ostéopathie est régulièrement abordé sous le terme « présence ».

En ostéopathie fonctionnelle par exemple, Pierre Tricot (2002) fait découler ses qualités d' « **attention** » et « d'**intention** » de sa « **qualité de présence** ». Il conçoit cette présence « *comme l'expression de la qualité d'être du praticien et son orientation vers le patient. Au lieu de laisser son attention « batifoler », le praticien présent est « bien à ce qu'il fait », attentif à l'être de son patient, à l'être de ses tissus et aux changements qui s'opèrent au cours de la séance* ». (2007)

Pour Hugh Milne, ostéopathe crânio-sacré, « **la présence est plus importante que la technique** » (2007). Il insiste sur la nécessité de focaliser sa **conscience dans le présent**, de rester tranquille, de faire les gestes lentement. Il suggère ainsi méditation et simplicité dans la vie, en précisant que la technique doit tout de même bien être maîtrisée.

En ostéopathie structurale avec Jean-François Terramorsi, c'est dans le **laissé-faire**, dans le retrait du maximum de volonté de faire et donc de contractions musculaires concentriques, que pourrait s'exprimer cette présence. Ainsi il écrit qu' « *il arrive un moment où faire tendre l'action vers 0 laisse la place à une **présence infinie*** » (J-F.Terramorsi, 2013, p.337).

Il reste cependant assez difficile d'expliquer cette « part » de la relation thérapeutique, voire d'entre-percevoir une compréhension des mécanismes mis en jeu.

Certaines disciplines ont développé à leur manière cette mise en relation avec l'autre. Jean-Paul Rességuier, formé à la kinésithérapie, la médecine chinoise et à

l'ostéopathie, écrit sur son site web avoir souffert « *de la distance qui [le] séparait du patient* » (s.d.). Il a ainsi fondé ce qu'il nomme le « *nouage relationnel* » afin d'acquérir la correcte posture d'accompagnant praticien. J-P Rességuier parle d'activer la « ***résonance physique affective de l'empathie*** », par une attitude attentive et bienveillante du thérapeute. Il met le point sur le **ressenti perceptif** et non celui de l'analyse. La pratique de l'éveil de son ressenti, ajoutée à celle du nouage relationnel, aboutirait à une **attitude « humanisante »** laissant place à la pratique d'un « *Agir corporel impliqué* » qui potentialiserait l'outil thérapeutique.

« présence », « attention », « conscience », « résonance » apparaissent comme les maîtres-mots de l'attitude du thérapeute-ostéopathe. De ces qualités humaines, est-il possible de dégager des caractéristiques propres à cette rencontre sensible?

2.2. Les situations de rencontre de Jean Bouhana en ostéopathie structurale

Jean Bouhana est ostéopathe et enseignant des techniques structurales tissulaires à l'IFSO de Rennes. Il a fait évoluer sa pratique et base son enseignement sur deux axes fondamentaux : la compréhension structurale du corps comme système tenségré, et la phénoménologie liée aux situations de rencontre.

2.2.1. Le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale

➤ La structure génère la fonction.

L'ostéopathie structurale part du principe que la structure gouverne la fonction ; celle-ci serait sous-tendue par la structure. Il n'existerait pas de fonction spontanée, ni de fonctionnement sans structure. L'entretien de la fonction optimiserait donc l'état de la structure.

L'ostéopathie structurale va donc chercher ce qui a changé dans la structure pour expliquer le fait que la fonction ne se réalise plus.

➤ Lésion et manipulation structurelles dans le MFOS.

Au sein de l'IFSO Rennes, la lésion structurelle est définie comme une **perte des qualités de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif**, la perte d'amplitude étant la conséquence de cette lésion. Le geste thérapeutique, la manipulation structurelle, ne serait donc « *en aucune manière une mobilisation plus ou moins forcée pour déplacer un segment, harmoniser, corriger une altération positionnelle ou une diminution d'amplitude [il s'agit d'un] acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré afin d'en modifier la consistance par voie réflexe.[...] Notre but n'est pas de corriger une position, ni d'augmenter telle ou telle amplitude, mais de lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a et aura besoin* » (Terramorsi, 2013, p.29). Par une action mécanique, le but de la manipulation serait de déclencher un réflexe neuro-vasculaire, afin d'améliorer l'état du tissu conjonctif local. « *Nous n'imposons ni ne corrigeons rien, nous levons les obstacles dont nous pouvons avoir conscience et laissons la nature faire le reste* ». (Terramorsi, 2013, p.29)

La manipulation articulaire sera dans la mesure du possible directe (sans bras de levier) pour optimiser la localisation de l'effet réflexe. Le travail s'effectue dans le mouvement disponible, la finalité étant de venir « heurter, choquer, bousculer » la lésion, grâce au thrust, comme pour la faire « résonner, réagir ». La réaction se fait dans le tissu conjonctif articulaire ou péri-articulaire et non dans l'os. L'ébranlement du tissu conjonctif en lésion déclencherait un réflexe neuro-vasculaire local ; dans la limite de ses possibilités, le tissu récupérerait ses qualités de souplesse et d'élasticité.

Suivant la nature du travail (articulaire, crânien, viscéral, tissulaire), le travail correctif se régule selon des paramètres de temps et d'espace.

Jean Bouhana a appliqué ce modèle fondamental aux techniques tissulaires.

2.2.2. Les techniques structurelles tissulaires

J.Bouhana (2007) définit les techniques structurelles tissulaires comme « *des actions appliquées sur la structure, en des **points précis du continuum conjonctif**, susceptibles de la modifier localement, et ainsi amener à distance une **régularisation de l'équilibre général*** ». Ce travail s'effectue essentiellement debout, et sur des points en lésion tissulaire réversible (c'est-à-dire, qui ne se déroulent pas sous l'action volontaire des doigts), qualifiés d'opérants car ayant un impact sur l'équilibre général de la personne quand il est mis en tension par le thérapeute. Selon le MFOS, le thrust appliqué sur ces tissus engendrerait une modification du tissu conjonctif, provoquant un changement d'état lui permettant de retrouver ses qualités élastiques, ce qui modifierait instantanément la posture globale du patient.

Progressivement, J.Bouhana a pu faire évoluer sa pratique en s'appuyant sur le concept de tenségrité. Mais s'il obtient un **maximum d'effet pour un minimum d'intervention**, c'est aussi parce qu'il aurait pu observer une **phénoménologie** liée aux types de rencontre avec les patients.

Après avoir défini brièvement le concept de tenségrité, nous allons développer plus en détails la théorie de l'auteur sur les situations de rencontre thérapeutique, et essayer d'en extraire les dimensions.

2.2.3. La tenségrité

➤ Origine de la tenségrité.

Le terme « tenségrité », créé par l'architecte californien Buckminster-Fuller en 1955, définit « *la faculté d'un système à se stabiliser mécaniquement par le jeu des forces de tensions continues et de compression discontinues qui se répartissent en son sein et s'équilibrent mutuellement* » (Géhin, 2010, p.19). Dans une structure dynamique de ce système, les tiges rigides en compression exercent ainsi une force de traction sur les éléments élastiques prétendus qui en réaction entraînent la

compression des tiges rigides. C'est un **système omnidirectionnel et autocontraint**, donc en équilibre stable par lui-même.

Ce concept de tenségrité nécessite au minimum trois conditions:

1- Un réseau connectif en tension continue qui maintient des entretoises en compression, qui doivent flotter librement dans ce réseau de tension, sans se toucher.

2- Tout système de tenségrité est précontraint en tension, et se maintient de lui-même indépendamment de la gravité. Mais il est certain que le poids de la structure s'ajoute à cette tension, ce qui raidit l'ensemble, et en diminue alors sa taille.

3- Les systèmes de tenségrité sont des systèmes entiers, indépendants. Tous leurs composants sont dynamiquement reliés de telle façon que les forces soient transmises partout instantanément. **Tout changement dans une de ses parties se répercute dans l'ensemble.**

L'un des principaux avantages conférés à ces structures, et qui intéresse directement l'outil structurel tissulaire, est le fait qu'elles ont la **capacité de répondre globalement à toute action ponctuelle**, locale ou générale.

➤ De la tenségrité à la biotenségrité.

Très rapidement, la tenségrité s'évade du domaine architectural pour se concrétiser en une explication généralisée des différents domaines de la pensée humaine.

En 1970, le professeur de biologie Donald Ingber, ayant également étudié l'architecture, perçoit que l'agencement structural de l'être vivant est plus dépendant de l'organisation des éléments entre eux que de leur composition chimique. Il compare ainsi la cellule vivante à un système tensegrité et ses caractéristiques. Les cellules répondent aux forces mécaniques, convertissant cette information en changements biochimiques: c'est la mécanotransduction.

Plus tard, Stephen Levin, chirurgien orthopédique américain, par généralisation, applique ce concept de tenségrité aux fonctions physiologiques de l'homme, à sa biomécanique, ainsi qu'à la totalité de son être, créant la biotenségrité. Cela permet d'expliquer comment cet « ensemble-corps », formé par des os rigides et des

éléments prétendus élastiques (tissus conjonctifs tels les ligaments, les muscles, etc) permet au corps de changer de forme. Il met en avant certaines caractéristiques des systèmes de tenségrité, notamment le rôle du réseau élastique (en tension), ainsi que les conséquences de sa modification de tension : « ***Cette flexibilité élastique avec son organisation de tension variable va répartir et annihiler les ondes de dispersion générées par toutes les contraintes que nous subissons. Leur énergie mécanique voyage depuis le lieu d'impact à travers la totalité du réseau de tenségrité. Plus ce réseau est élastique et équilibré, plus il est apte à répondre à son rôle physiologique d'absorption et de répartition. C'est pourquoi, la perte d'élasticité ou le raccourcissement d'un seul élément aura une influence sur les autres, car ils sont tous fonctionnellement reliés*** ». (Levin, 1980, cité par Géhin, 2010, p.45).

Au travers de ce concept, ce sont donc les tissus conjonctifs (ligaments, tendons, muscles,...) qui gèrent la répartition du « stress », tant physique qu'émotionnel, subi par le corps humain face aux contraintes externes. Jean-François Mégret (2003) souligne qu'une variation (ou une diminution) de tension en un point de la structure entraîne une redistribution des contraintes dans toutes les directions. **Une modification de tension au sein de ces tissus aura donc un impact global et immédiat sur la structure et en modifiera sa forme**, transitoirement ou à long terme, selon l'intensité et la durée du « stress » subi. **Cette modification se ressentira et se manifestera globalement sur la posture du sujet.**

➤ De la biotenségrité vers la thérapeutique.

J-F Mégret (2003, p.95) rappelle que « *la tenségrité est un principe architectural et mécanique [qui] n'introduit pas de nouvelles techniques et n'en exclut aucune.* »

Ses caractéristiques au niveau du corps humain permettraient d'envisager et de comprendre « *comment les stimuli périphériques, au niveau du corps entier, sont transmis aux niveaux sous-jacents, jusqu'au niveau cellulaire. Ainsi le geste ostéopathe se prolonge-t-il jusqu'à la cellule.* » (Mégret, 2003, p.103).

C'est à partir de cette approche que J.Bouhana exercerait ses techniques structurelles tissulaires : en travaillant sur les éléments tensionnels en lésion

tissulaire réversible, le corps du patient se réorganiserait pour trouver un nouvel équilibre. Cette flexibilité retrouvée au niveau des éléments tensionnels va s'accompagner d'une compression physiologique équilibrante adéquate des éléments rigides. Cela expliquerait d'une part, comment **l'action d'un point local peut être déterminante sur la globalité du système corps-patient**, et que peu de technique peut avoir un impact important sur l'état général d'un patient.

A.Géhin rappelle que le tissu conjonctif peut être porteur de **tensions tant d'origine physique que psychologique**, on peut donc penser que la manière **de contacter le tissu conjonctif d'une personne sera déterminante sur l'acceptation du soin**. Si le modèle tensegrité apporte une part d'explication intéressante sur les conséquences des techniques, celles-ci ne seraient efficaces qu'à condition de respecter simultanément une **qualité de rencontre** bien définie par J.Bouhana.

2.2.4. Les situations de rencontre

Par souci de clarté et de compréhension, chaque situation de rencontre sera décrite indépendamment des autres. Dans la réalité de la rencontre et du soin, il n'existerait pas de séparation spatiale ou temporelle franche entre les différentes situations. Nous les décrivons cependant dans « l'évolution » de la rencontre « contactante » et essaierons d'en dégager les dimensions sensibles.

A. La « séparabilité ». (Bouhana, 2006 et 2008)

Cette situation correspondrait à **l'initiation de la rencontre**, lorsque thérapeute et patient se présentent comme deux individus à part entière, et centrés sur eux-mêmes.

Le patient présenterait à ce stade un « *tonus d'expectative* » (Bouhana, 2006 et 2008) assimilable à un **tonus d'attente**, de vigilance. Le patient serait ici de son plein gré mais dans l'interrogation de ce que le thérapeute va lui faire. Il n'est pas inquiet mais resterait néanmoins séparé du thérapeute du fait de l'absence de partage sensible entre les deux personnes. Dans les prémices de cette nouvelle

rencontre thérapeutique, l'ostéopathe aborderait le patient comme un « *sujet-objet* » (Bouhana, 2008) ; il y a lui, et il y a l'autre. Ce serait le **temps de l'analyse**, aussi bien verbal (interrogatoire) que physique (examen clinique). Le toucher correspondant à cette situation de rencontre est ainsi qualifié d' « **objectivant** » (Bouhana, 2006, p.124). Il permet la recherche discriminative d'éléments anatomiques caractéristiques.

Ce temps d'analyse, cette approche tactile, ne serait pas propice au traitement. Bien qu'indispensable à une rencontre thérapeutique, ce temps d'analyse ne doit pas dominer car il ferait se concentrer le thérapeute sur ses propres sensations. Cette séparabilité des deux individus en présence entraverait une pleine rencontre. Si le thérapeute n'amène pas sa propre perception plus en profondeur dans les tissus de son patient, il n'obtiendrait pas de tonsus de convivialité chez ce dernier. En fonction des interventions manuelles du thérapeute, le patient pourrait transformer son attente en véritable **tonus de crainte**, voire de défense, ce qui deviendrait une situation totalement **inadéquate au soin**. Le geste thérapeutique ne serait pas possible dans ces conditions ; il n'y aurait pas sécurisation du patient tant que ce **tonus d'expectative** n'est pas dépassé. Si le patient maintient un tonus de vigilance, la surabondance de tests pendant le bilan clinique, ou même de techniques pendant le soin, risquerait de maintenir la rencontre en situation prédominante de séparabilité. Mécanique et tonus d'attente apparaissent antinomiques du soin.

Selon l'auteur, ce temps objectivant est celui de la spéculation et correspond à un axe passé-futur.

Pour amorcer la phase thérapeutique de la rencontre, il serait nécessaire de dépasser le tonus d'expectative et d'entrer dans un tonus de communication.

➡ En séparabilité, le thérapeute serait dans l'analyse. Le patient, quant à lui, présenterait un tonus d'attente, de vigilance ; il ne sait pas ce qu'il va se passer. Ce temps d'alerte, où il n'y aurait pas de partage sensible entre thérapeute et patient, serait impropre à la thérapie.

B. La situation de « non-séparabilité ». (Bouhana, 2006 et 2008)

Si la séparabilité fait exister les deux individus séparément l'un de l'autre, la non - séparabilité les ferait exister en tant qu'**unité synchrone**. C'est le temps de l'interaction perceptive du thérapeute avec son patient, un temps où les phénomènes toucheraient aussi bien l'approchant que l'approché. L'acte du thérapeute deviendrait **juste car en adéquation** avec les besoins tissulaires du patient. « *Il y a mise en place d'un **espace d'existence commun** dans lequel les deux protagonistes vont vivre ensemble l'expérience d'accompagnant et d'accompagné dans un **présent propre à eux** et à leur espace de rencontre* ». (Bouhana, 2008). Thérapeute et patient formeraient alors un **système tensègre et sensible commun et unique**. Cette phase, initiée par le thérapeute, est définie selon plusieurs modes de **tonus de réciprocité** indissociables l'un de l'autre et apparaissant simultanément: le mode centrifuge et le mode centripète.

➤ le « mode centrifuge » (Bouhana, 2006, p.129):

C'est l'**invitation** que fait le thérapeute à son patient par une « rencontre contactante ». Elle nécessite **bienveillance** et **clarté d'intention** de la part du thérapeute qui va ainsi prendre contact avec l'autre suivant une « **prise en compte** »¹ sur différents plans:

- **prise en compte physique**: c'est l'acceptation de l'autre dans ce qu'il est dans sa forme sans aucun jugement de valeur. Par une action perceptive, cette prise en compte amorcerait la situation de non-séparabilité et renforcerait les **liens du couple** dans le présent de la relation.
- **prise en compte du milieu**: l'exclusivité de la rencontre des deux protagonistes ne doit en aucun cas les couper de l'ambiance environnante. Au contraire, l'action perceptive doit se renforcer **par tous les sens** et saisir toutes les informations (bruits, autre personne en présence, meubles etc...) afin de maintenir les protagonistes dans l' « ici et maintenant ».

¹« la prise en compte est une action excentrique et perceptible de la part du thérapeute qui prend en considération avec ses facultés sensibles, un ou plusieurs éléments structuraux chez son patient » (Bouhana, 2008)

- **prise en compte humaine**: cela correspondrait à l'intégration des qualités liées à l'humain et du respect de l'autre dans son authenticité en tant qu'être unique.

➤ le « mode centripète » (Bouhana, 2006, p.131)

Rappelons qu'en non-séparabilité, le mode centripète serait indissociable du mode centrifuge.

L'échange doit se faire dans les deux sens. Si le premier mode permet d'aller chez l'autre, le mode centripète serait l'invitation à venir chez soi. Ce seraient les **qualités d'accueil** du thérapeute qui inviteraient naturellement le patient à venir chez lui.

L'initialisation de cette situation de rencontre serait **liée aux qualités intrinsèques de présence du thérapeute**, associées à ses qualités contactantes. Cette **qualité d'être** serait essentielle car elle permettrait au patient de s'installer dans le présent de la rencontre et de la vivre pleinement.

Cette rencontre entre deux individus deviendrait créatrice d'un **espace sensible commun**. Le contact tactile approprié est alors qualifié de « **perceptif** » (Bouhana, 2006, p.124). Il s'établirait lorsque le thérapeute contacte le tissu à explorer et amène sa **perception au-delà de sa main**. L'attention et la perception du thérapeute se trouveraient alors chez l'autre. Il y aurait mise en place une « **boucle tensègre** ».

A ce moment, l'auteur (2008) affirme qu'il s'opère un « **réglage automatique de la pression manuelle qui s'ajuste au besoin** ». **Le patient ne sentirait plus la main du thérapeute mais percevrait ses propres tissus**. Apparaîtrait alors, en réponse à l'invitation du thérapeute, un « **tonus de réciprocité** » (Bouhana, 2006, p.127) qui se marquerait chez le patient par une modification observable de son axe de verticalité et de ses appuis au sol lorsque celui-ci est en position debout.

Contactant et contacté ne formeraient alors qu'un unique système tensègre et sensible synchrone : **tout ce que modifierait le thérapeute chez lui influencerait le patient, et tout ce qui se modifierait chez le patient serait ressenti par le thérapeute**. J.Bouhana pense que cette situation de rencontre permettrait d'aller vers la justesse du geste manipulatif.

Le thérapeute deviendrait un observateur impliqué dans l'expérience du soin, en **interaction avec l'espace sensitif et structurel du patient**, dans une dimension commune du présent.

Le patient deviendrait l'intime témoin de cette forme d'attention particulière et du **sentiment sécuritaire** qui l'accompagnerait.

L'auteur décrit cette situation comme le **monde de l'échange, dans le présent** de la rencontre thérapeutique. En non-séparabilité, **on ne pourrait que vivre ce qui se passe** ; une analyse ne pourrait se faire qu'a posteriori.

L'auteur précise que la non-séparabilité est du **domaine du vécu**. Toute tentative d'observation, ou d'analyse au sens scientifique stricto sensu, des phénomènes en présence, lors de l'expérience de la rencontre, ramènerait approchant et approché à une situation de séparabilité.

➡ En non-séparabilité, les qualités de présence et d'accueil du thérapeute permettraient d'établir un tonus de réciprocité chez le patient. Le toucher perceptif serait créateur d'un espace commun tense et sensible entre thérapeute et patient. Ce serait le monde de l'échange, convivial et sécurisant.

C. Troisième situation de rencontre: « Le pôle de l'action » (Bouhana, 2006 et 2008)

Selon la logique ternaire de Lupasco, lorsque dans une situation expérimentale, deux pôles sont présents, alors le troisième pourrait apparaître. Alors, si sont présents dans la relation thérapeutique les pôles: passé-futur/ séparabilité et présent/non-séparabilité, alors pourrait naître le pôle instant/globalité. Ce **pôle de l'instant** correspondrait alors à tous les temps à la fois, comme un moment hors du temps. En ostéopathie structurelle articulaire, cet instant pourrait être matérialisé par le thrust. A ce moment, le **geste correctif serait automatique**, hors de toute analyse ou tout contrôle, il se ferait de lui-même, comme une « **évidence dans le faire** » (Bouhana, 2008). Le geste n'en serait que plus juste, et les tissus se dénoueraient d'eux-mêmes.

Ce temps correctif ne serait cependant possible qu'à condition de préserver et

renforcer l'espace sensible commun propre à la non-séparabilité.

Dans cet **instant de communication**, voire de communion, « l'un et l'autre sortent différents » (2006). L'expérience se ferait hors du temps linéaire; **la technique en tant que telle n'existerait plus car totalement intégrée dans la relation établie.** De là pourrait jaillir la création.

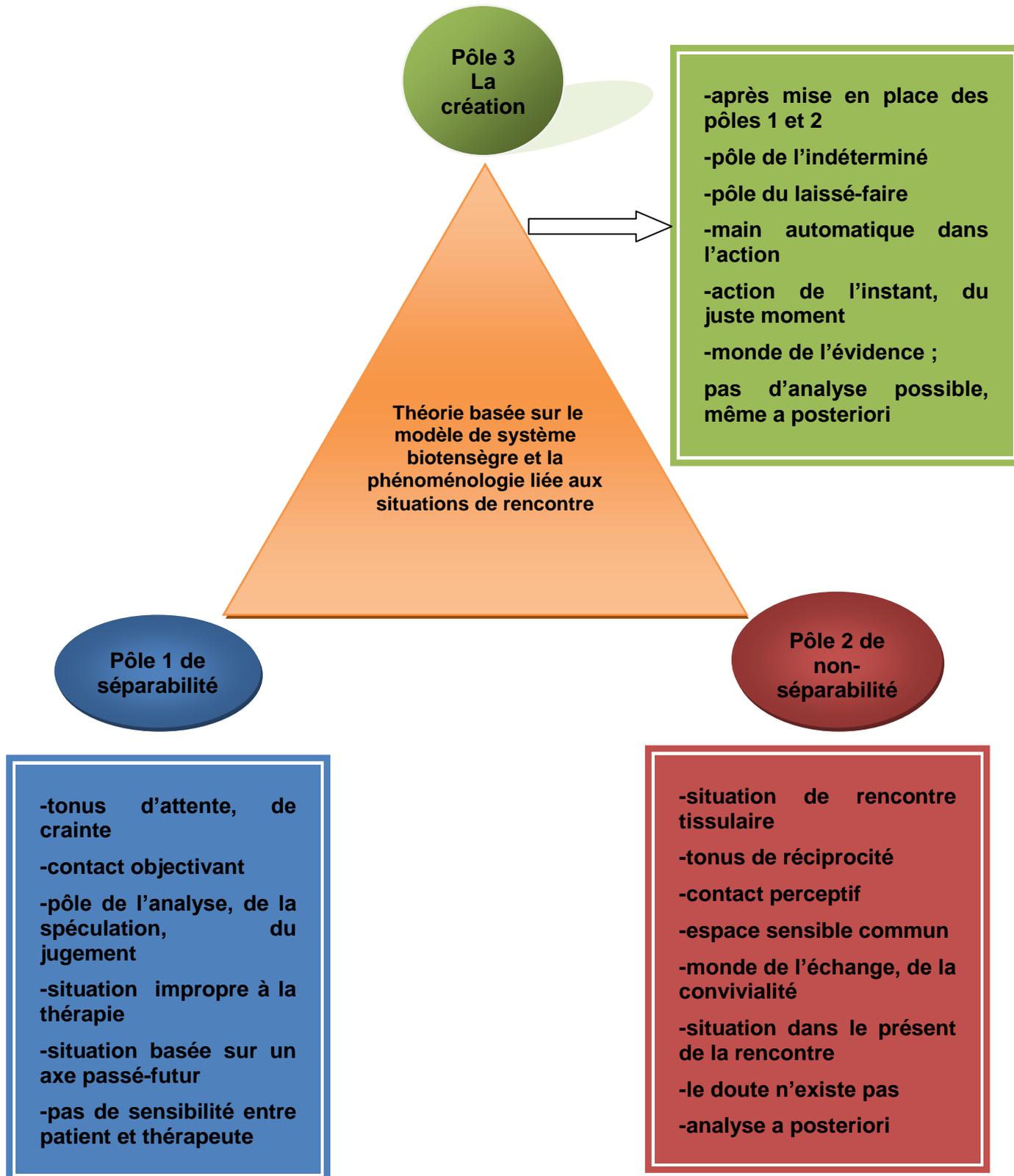
C'est le pôle de l'action « *naturellement thérapeutique et confirmante* » (Bouhana, 2006, p.132).

+ : Si J.Bouhana s'appuie sur des données biomécaniques pour justifier la répercussion d'une technique locale sur la globalité corporelle du patient, il est intéressant d'observer qu'il y associe une modalité subjective de rencontre spécifique, possible témoignage qu'il faille dépasser les lois de la mécanique pure pour atteindre celles de la mécanique humaine, au moins dans la rencontre ostéopathique ;

- : J.Bouhana décrit un toucher adapté pour une situation de rencontre, ce qui facilite la lecture de sa théorie dont les subtilités perceptives n'en restent pas moins une réalité ; les capacités et nécessités perceptives peuvent cependant demeurer encore un peu floues dans leur modalité d'application, notamment pour l'ostéopathe débutant.

➔ Au final, il semblerait s'extraire de ce « mode sensible » les dimensions suivantes : une variabilité tonale chez le patient, une interaction physique réciproque, un sentiment d'accord partagé, et enfin, l'évidence dans la justesse du geste.

2.2.5. Schéma simplifié des situations de rencontre décrite par J. Bouhana



Si J.Bouhana parle d'espace « sensible » dans la rencontre thérapeutique, cette modalité de rencontre est un des fondements d'une approche spécifique en sciences sociales et dont l'un des vecteurs est le toucher manuel : la somato-psycho-pédagogie perceptive.

2.3. Le toucher manuel de relation en Somato-psycho-pédagogie. (SPP)

2.3.1. Définition de la somato-psycho-pédagogie.

La somato-psycho-pédagogie est issue de la fasciathérapie². C'est seulement dans les années 2000 que la SPP est apparue dans le prolongement de la fasciathérapie. Cette approche a pour particularité de placer le corps et ses ressources au cœur de la relation d'aide. C'est de la **considération du corps comme être percevant**, être ressentant et être pensant (et pas seulement corps anatomique, corps mécanique) que Dany Bois a développé ce courant. Les recherches en pédagogie de la perception sont nées de la « *conviction que l'homme n'est pas seulement porteur d'une structure, mais qu'il est aussi dépositaire d'une potentialité perceptive* » (Bois, 2014). Persuadée que la perception de soi est éducable, la SPP s'applique essentiellement dans la dynamique du développement personnel de l'apprenant adulte. Une invitation au dépassement de soi qui s'appuierait sur la donnée perceptive corporéisée. Son originalité reposerait sur une théorie construite à partir de l'expérience des pratiques corporelles et des techniques du corps qui feraient intervenir la dimension du sensible. D.Bois définit cette dimension du sensible par un « *contact direct, intime et conscient d'un sujet avec son corps* » (2007, p.18), **la perception du sensible émergerait d'une relation de soi à soi.**

² Fasciathérapie : thérapie manuelle, mise au point par Dany Bois dans les années 1980, qui vise à soulager les douleurs physiques fonctionnelles à travers un toucher à la fois symptomatique et relationnel

2.3.2. Le toucher manuel de relation

Le toucher utilisé en SPP est qualifié de toucher manuel de relation. C'est un toucher de sollicitude, social, réconfortant, et qui soulignerait la **qualité relationnelle** s'établissant entre patient et thérapeute. Il **permettrait au patient de se sentir pris en compte** dans sa globalité en tant que personne humaine et pas uniquement personne malade. Il répondrait ainsi à la demande de chacun de manière différenciée et intelligente afin d'inclure la personne dans son processus de guérison. Hélène Bourhis, somato-psychopédagogue, le différencie ainsi du toucher technique, du toucher de communication ou encore du toucher de bien-être. Il s'agirait d' « *une dimension relationnelle qui se transmet de la main du praticien à la fibre sensible de la personne* » (2012, p.82). Le toucher manuel de relation allierait ainsi écoute et action, et imposerait, pour être vécu, une « **posture de neutralité active**, c'est-à-dire *une capacité d'agir en restant à l'écoute de ce qui motive l'action sous les mains* » (2012, p.24).

Pour se faire, il faudrait au préalable savoir « se poster », savoir se tenir, dans une posture d'ancrage, une **posture de présence à soi**, et aussi à l'autre, une **posture d'ouverture** vers l'extérieur, en étant à l'écoute de l'intérieur. H.Bourhis parle encore de « *posture de lâcher-prise* » (2012, p.52) où il n'y a pas de volonté d'action mais tout de même un certain contrôle. Ce serait là la subtilité du comportement à adopter, un « *agir dans un non-agir* » comme la volonté de ne pas être volontaire, et dans « *l'amour qui existe entre le Je et le Tu* » selon Buber (cité par Bourhis, 2012, p.98). Ce serait un engagement entre le touchant et l'autre se laissant touché.

Caractéristiques de la posture de neutralité active décrite par H.Bourhis:

- équilibre entre action et présence observante (**diminuer sa part active**) ;
- maîtrise de son relâchement corporel: nécessité de requérir à un **degré de tonus** correspondant à une **qualité de présence et d'attention** ouverte au phénomène à venir ;
- **se laisser faire** par l'information reçue de nos mains ;
- être là dans la globalité de son corps ;
- posture mobilisant des dispositions tant perceptives, cognitives que relationnelles.

2.3.3. Mise en place et évolution du toucher manuel de relation

Ce serait le **rapport au sensible** qui donnerait au toucher manuel de relation sa particularité. Le rapport au sensible « *donne à voir un champ phénoménal avec une sorte de vision intérieure [...] je vois et je sens mon intériorité en mouvement* » (Bourhis, 2012, p.27). Sur ce mode du sensible, **l'acte sensoriel tactile permettrait au sujet de développer sa perception** jusqu'à atteindre une information interne, de **mieux l'analyser** et ainsi **réguler sa gestuelle** de façon quasi spontanée.

Les somato-psychopédagogues s'appuient sur une architecture dite psychotonique de la personne. Au contact d'une personne apparaîtrait une **modulation de son tonus**, nommé ici psychotonique puisque c'est toute la personne dans son être qui est touchée (corps et esprit).

A. Caractéristiques de la modalité relationnelle employée:

Une fois la posture de neutralité active établie :

- **empathie**: comme manière d'être envers autrui; **présence dans le vécu de l'expérience** ici et maintenant, avec l'autre, pour l'autre;
- **intersubjectivité**: associée à l'empathie, elle correspondrait à **l'enracinement corporel dans le vécu de l'expérience** du patient et du thérapeute. Il s'agit là de l'enracinement dans le corps vécu, et non le corps physique. Il nécessiterait donc de chacun la capacité à avoir conscience de son propre corps, de pouvoir habiter son corps. Dans l'approche phénoménologique d'E.Husserl, le corps vécu serait d'autant plus incarné qu'il serait corporellement conscient de lui-même. Chacun devrait rassembler son corps et son esprit en une unité, et ainsi construire son espace incarné. Pour E.Husserl, « *l'intersubjectivité est un processus à travers lequel deux corps vécus entrent spontanément dans une relation d'association fondée sur leur conformation corporelle concrète* » (Husserl cité par Bourhis, 2012, p.97). Pourraient alors apparaître **l'action de l'un et de l'autre comme action semblable**, et non deux actions parallèles et séparées.

- **réciprocité actuante**: D.Bois la décrit comme une « *modalité de **présence à soi et à autrui** qui s'installe entre deux personnes quand elles situent leur relation d'échange sur la base d'un **rapport partagé au sensible*** » (Bois, 2009, p.232). Il s'agirait donc d'un rapport immédiat, direct et spontané entre deux êtres, à un instant. Pour se faire il serait indispensable que thérapeute et patient aient pleinement conscience et perception de leur vécu corporéisé.

➡ **Présence à soi et à l'autre, et engagement du thérapeute dans sa globalité, permettraient d'induire un rapport de réciprocité.**

Cette posture de réciprocité deviendrait alors outil de travail pour le praticien en tant que **régulateur du geste**.

B. En parallèle de cette posture relationnelle:

Afin de dépasser le simple geste technique, la prise en compte de la réalité subjective de l'autre semblerait nécessaire. Pour cela, H.Bourhis décrit dans sa thèse **4 « types » de mains** correspondant à une succession logique **sans rupture avec le temps**:

- ❖ la **main effectrice**: ce serait la main **objective**, celle qui prend en compte les caractéristiques anatomiques et physiologiques. Elle réaliserait différentes qualités de toucher sollicitant la perception tactile, la perception proprioceptive et la perception haptique. Précisons que la « *fonction haptique vient de ce que les mains sont à la fois des organes perceptifs capables d'exploration et des organes moteurs qui exécutent les actions* » (Bourhis, 2012, p.73). La main effectrice serait issue de **l'action volontaire**.
- ❖ la **main percevante**: elle serait au service des informations internes générées par le toucher. C'est la main de **l'écoute des phénomènes subjectifs** qui apparaîtraient sous les mains. Elle solliciterait l'architecture psychotonique de la personne (toucher comme lien entre le corps et le psychisme). Elle nécessiterait

une posture de neutralité active afin de « *discriminer la nature et les caractéristiques du mouvement interne au tissu* » (Bourhis, 2012, p.130).

- ❖ la **main sensible**: cette main soignerait la **qualité de relation** entre le thérapeute et le patient, et percevrait l'intériorité des corps (patient et thérapeute). Cette main serait basée sur le mode de « **réciprocité actuante** ». Elle induirait le début de l'expérience, c'est-à-dire de l'interaction entre thérapeute et patient, entre « observant et observé ». Cette réciprocité est également qualifiée à ce stade de « circulante » ; elle potentialiserait la perception corporelle de chacun.

 - ❖ la **main totale**: elle permettrait le toucher psychotonique, c'est-à-dire qu'elle correspondrait à la perception la plus performante, celle qui permettrait l'élaboration de protocoles techniques tout en respectant les trois premières étapes précédentes (les trois premières mains). La main totale serait la **main de la performance perceptive et cognitive** nécessaire pour actualiser une compétence. Il y aurait alors « double posture » d'un **savoir faire combiné à un savoir être**.
- ➔ Il y aurait donc une hiérarchie du toucher dans la relation par le toucher manuel: du plus objectif au plus subjectif; du moins impliquant au plus impliquant, de la main analyste jusqu'à la main sensible, voire totale, la plus perceptive, permettant la potentialisation de l'outil thérapeutique.

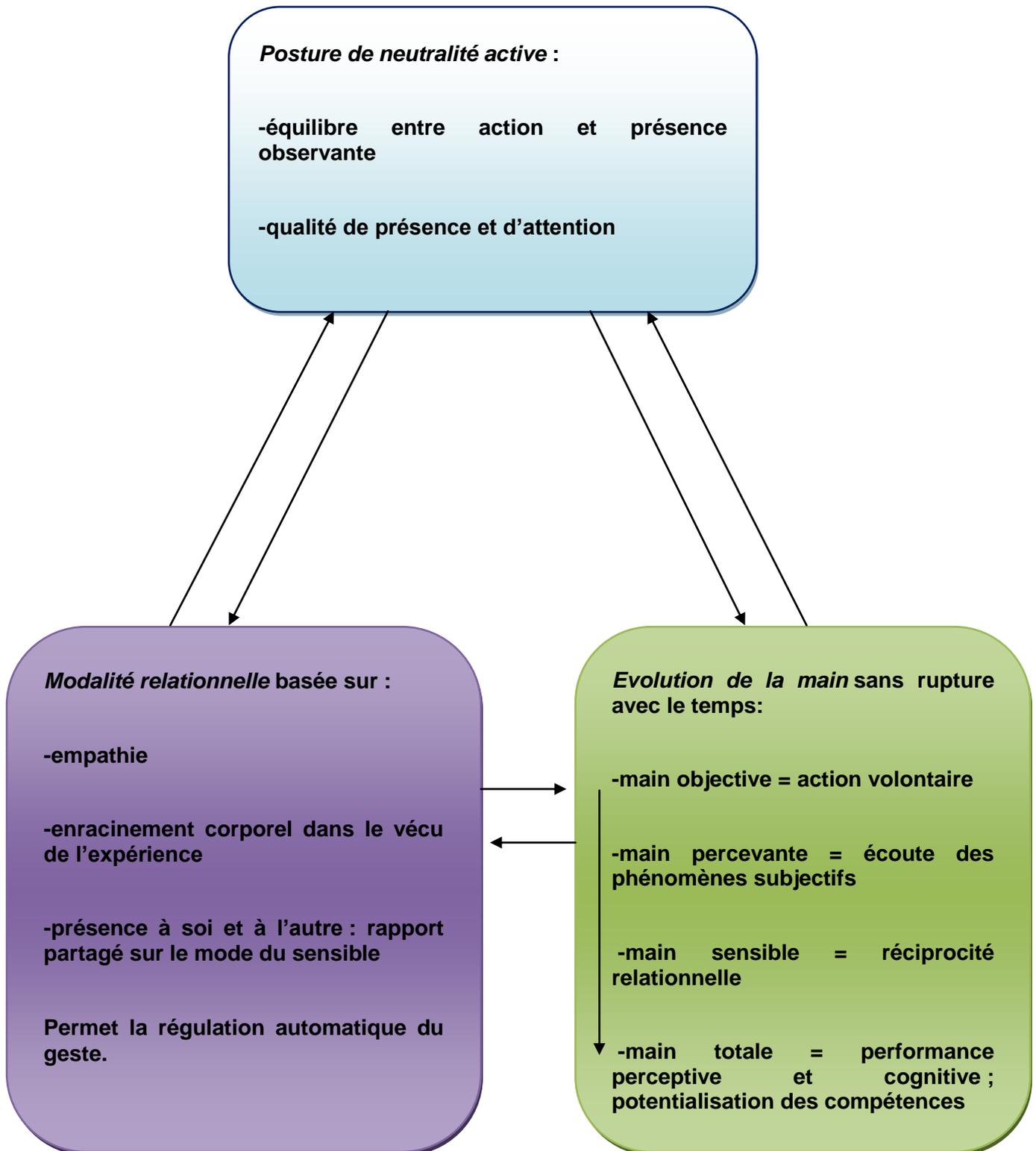
+ : Comme en ostéopathie structurale avec J.Bouhana, nous pouvons constater qu'à un type de toucher correspond un échange plus ou moins perceptif et sensible. Cela conforterait l'idée que le type de contact influencerait d'une part le tonus de la personne contactée, et d'autre part l'intensité du vécu de l'échange, d'où la nécessité d'une prise de conscience du potentiel interactif des mains, outil de travail privilégié des ostéopathes ;

- : Cependant, même si les différents types de main sont décrits avec une relative précision, les différents degrés perceptifs peuvent apparaître déjà plus complexes dans leur discrimination ; de plus, l'outil thérapeutique nécessiterait une capacité perceptive aussi performante de la part de la personne contactée ;

➔ Il est en tout cas intéressant de constater des similitudes entre les dimensions sensibles émergentes des situations de rencontre décrites précédemment en ostéopathie structurale et celles décrites en SPP : modalités tonales en fonction du contact (tonus physique et psychique), interaction et accord réciproques aboutissant également à la justesse du geste.

Apparaît en somato-psychopédagogie une dimension émotionnelle, celle de l'empathie.

2.3.4. Schéma simplifié de la mise en place du toucher de relation en SPP



Si la somato-psychopédagogie fait intervenir une dimension émotionnelle supplémentaire, l'haptonomie, quant à elle, étudie, dans les relations humaines, les phénomènes propres aux contacts affectifs. Est-il encore possible de faire un lien entre les phénomènes décrits en haptonomie et ceux décrits en ostéopathie ?

2.4. Le contact tactile en haptonomie

En haptonomie, chaque terme a son importance et sa spécificité, c'est pourquoi les termes exacts de l'approche seront préservés autant que possible.

2.4.1. Définition

L'haptonomie est à la fois qualifiée d'art de vivre et de science. Elle prend son origine chez Frans Veldman qui a été confronté, en son être-même, aux situations existentielles extrêmes de la seconde guerre mondiale. C'est dans ce contexte qu'il prit conscience de **l'importance de l'affectivité dans les comportements humains**. (Revardel, 2007)

Dans son approche scientifique, l'haptonomie est avant tout phénoménologique. Ce ne sont pas les mécanismes anatomophysiologiques, ni les mécanismes intrapsychiques qui retiennent en premier lieu l'attention, mais les phénomènes affectifs eux-mêmes. **L'efficacité thérapeutique se jouerait dans la qualité du vécu relationnel entre le patient et le thérapeute.**

L'haptonomie **valorise les facultés affectives humaines**. Elle découle d'un choix éthique: celui d'oeuvrer pour le bien de l'autre, et de veiller à la qualité de la relation entre soi et les autres, et entre soi et le monde.

Mais les haptothérapeutes insistent bien: l'haptonomie n'est pas une approche douceuse de l'affectivité réduite à de la sensiblerie. Elle ferait appel aux ressources les plus profondes de notre être, **au développement du for intérieur comme lieu de conscience et de responsabilité de nos actes.**

L'haptonomie aiderait au développement de l'**autonomie**, mais non par la volonté du faire. La personne contactée, lorsqu'elle est sollicitée d'une telle manière, dans l'interaction soignant-soigné, se mettrait en mouvement d'elle-même. Ce serait la **manière particulière dont le soignant s'engagerait dans le soin qui facilite l'acte.**

Ses applications sont riches: de la périnatalité aux soins palliatifs, de la psychothérapie aux soins de la santé physique.

2.4.2. Le contact haptonomique.

L'haptonomie serait donc une approche par le toucher affectif. Précisément, on parle ici de contact, un contact de tendresse qualifié de « **thymotactile affectivo-confirmant** » (Revardel, 2007, p.23). Par sa qualité, ce contact donnerait une **sécurité affective** à la personne contactée. Il est dit thymotactile pour signifier qu'il met en oeuvre un contact tactile de l'approchant vers l'approché, en tendresse et amour contenu. Il demande **tact, prudence et clarté**. Le qualificatif affectivo-confirmant signifie que ce contact confirme la valeur affective de la personne rencontrée. Par lui, celle-ci vivrait l'**évidence d'être prise en considération**.

C'est la qualité du contact haptonomique qui éveillerait la sécurité et ferait accéder la personne à un tonus souple et ferme, un tonus tant psychique que corporel qui instaure un « **être-ensemble** ».

Le **tonus de représentation** inclut le tonus anatomophysiologique et le tonus psychique (psychotonus).

Ce tonus de représentation irait au-delà des considérations purement physiques, musculaires.

Il manifesterait, au niveau de la corporalité³, « la *manière dont une personne est engagée dans le monde* » (Revardel, 2007, p.52).

³ en haptonomie, la corporité correspond au corps que l'on a (fonctionnel); la corporalité, le corps que l'on est (représentation de soi); la corporalité animée, la corporalité mue et émue par notre âme affective (le thymos)

Cette qualité varie ainsi selon les **situations existentielles**. Nous allons donc exposer ces situations avant d'aborder les différents tons de représentation.

2.4.3. Les situations existentielles affectives

F.Veldman (1989) a décrit deux manières d'exister, plus ou moins limitées, et deux manières d'être, non délimitées.

J-L Revardel (2007) nous explique que la manière d'exister est prise au sens de manifestation de soi et représentation de soi, en lien avec un engagement pour la survie biologique et pour la reconnaissance sociale. La **manière d'être**, quant à elle, est prise au sens de manifestation et représentation de soi en lien avec une expressivité spontanée, authentique, aimante, créative. S'y trouverait l'émergence de soi, de l'être profond, sans aucune reconnaissance sociale.

A. Manières d'exister

➤ L'extensus insensus⁴

Dominique Décant-Paoli (2002) explique qu'il s'agirait d'une manière d'exister où l'individu est relativement insensible, où l'individu ne percevrait pas ou peu. La personne serait dans un **tonus d'alerte** et donc dans un sentiment d'**insécurité**.

Ce serait la manière d'exister la plus fréquente dans notre civilisation hyperrationnalisée. Elle représenterait « **le monde de l'effectivité** » (Veldman, 1989, p.375).

Dans cette situation, il y aurait non disposition des facultés haptonomiques de représentation et de contact.

➤ L'extensus rationalis.

Ce serait une **manière rationnelle d'exister** dans une bonne perception objective. Ici, le tonus serait **dynamique**, consistant. La personne disposerait de ses **facultés**

⁴ Le concept d'Extensus désigne la manière dont l'être humain est déployé au monde et dans le monde

rationnelles de perception et pourrait accomplir des actes rationnels de façon adéquate.

Il y aurait « présence-de-base » haptonomique⁵ et **confiance en soi**. Il n'y aurait ainsi pas de réactions de défense et pourrait être observée la transformation d' « avoir un corps » en **corporalité animée**. On noterait également un équilibre harmonieux entre les sensations du corps et les ressentis psychiques.

Le tonus de représentation associé est l'Apotonus. L'extensus rationalis exige un épanouissement des facultés haptonomiques Assensus et Circumsensus Intectus (cf paragraphe sur les facultés haptonomiques rationnelles en page 28).

Ici, l'individu **se saurait et se sentirait accepté**, mais il manquerait tout de même encore d'affectivité.

B. Manières d'être.

➤ L'extensus Affectus.

Ce serait une **manière d'être affectivement**. Elle se manifesterait à l'autre par un contact où se révéleraient **sécurité** et **confiance**.

Elle correspondrait au mode d'être de l'humain « *psychiquement sain, affectivement confirmé et libéré des limitations* » (Veldman, 1989, p.385).

La représentation de soi dépasserait l'actualisation de l'extensus rationalis et révélerait l'humain dans une actuation de soi transparente et limpide. Ce serait un comportement de rencontre affectif, prudent, respectueux.

Ce serait la disposition naturelle de l'acte tactile même affectivo-confirmant, qui **permettrait à l'approché de « se sentir entre de bonnes mains »**. (Veldman, 1989, p.387)

Le tonus de représentation associé est l'Eustatus. Il existe par l'intégration des facultés haptonomiques Persensus et Transsensus (cf paragraphe sur les facultés haptonomiques affectives page 29).

⁵ Présence-de-base: représentation de soi bien équilibrée

➤ L'extensus Concentus.

Ce serait la forme la plus élevée de rencontre humaine. Elle révélerait « *un art d'être affectif fondé sur un « être ensemble », communicatif, connectif, cosensible* » (Veldman, 1989, p.389). Cette manière d'être offrirait un sentiment de solidarité en accord avec l'autre. Ce serait l'apogée des facultés Persensus et Transensus en Consensus Haptononicus, faculté élémentaire qui permettrait d'élargir l'amour fondamental vis-à-vis de son semblable, un sentiment sincère, fiable, sans profit.

➡ **Il y aurait donc les situations d'exister, où l'on pourrait passer d'une situation de crainte où aucun échange ne serait possible, à une situation de présence plus rationnelle, où l'autre commencerait à se sentir pris en compte ; et les situations d'être, affectives, qui apporteraient sentiment de sécurité et de confiance, et qui aboutiraient à un « être-ensemble » global et sincère.**

2.4.4. Les facultés de perception en haptonomie.

A. Les facultés rationnelles.

L'Assensus caractériserait une qualité kinesthésique sensorimotrice tactile; la faculté de contact interactif avec le monde externe des représentations. Elle servirait au maniement des objets et au contact avec les autres, dans la profondeur. Elle permettrait de sortir de la corporéité pour aller vers la corporalité animée.

Le Circumsensus caractériserait quant à lui une qualité kinesthésique sensorimotrice haptique. Ce serait la **faculté de perception de l'espace au-delà de soi**, dans un vécu ouvert et sensible.

B. Les facultés affectives.

Le Persensus serait la faculté haptonomique ontique, de contact affectif psychotactile confirmatif. Il établirait et confirmerait un **état affectif de sécurité**, de sûreté et de confiance.

Le Transsensus correspondrait au corollaire du Persensus dans l'espace.

Ces facultés dites affectives seraient celles du contact haptonomique par excellence et de la rencontre confirmante pour l'épanouissement de l'indépendance et l'autonomie. Elles permettraient un **ressenti profond d'être en accord ensemble, dans un espace partagé.**

Chacune des situations existentielles, auxquelles correspondent ces facultés, se traduirait donc par une **variante du tonus** musculaire correspondant lui-même à un tonus de représentation de la personne. L'haptonomie distingue cependant les modalités (états variables donc instables et non durables) des modes (états stables, constants et durables) de tonus de représentation.

2.4.5. Les tonus musculaires et les tonus de représentation correspondants.

« *Le tonus de représentation est le tonus vital intégral qui englobe aussi bien le tonus musculaire, l'état de tension des tendons, ligaments et capsules, la turgescence des tissus intersticiels, la tension artérielle et celle de la circulation lymphatique, que le psychotonus qui est l'exposant de la vie intime de l'individu.* » (Veldman, 1989, p.480)

A. Les tonus musculaires et modalités de tonus de représentation.

On en distingue **quatre types**:

- ❖ **Le tonus musculaire de fond.** Ce serait un tonus **en attente**, prêt à agir; un « *tonus musculaire de vitalité* » (Décant-Paoli, 2007, p.65). Il représenterait la

modalité de tonus de représentation qu'est l'Expectatus.

- ❖ Le **tonus musculaire de vigilance**. Ce serait un **tonus d'alerte**, et donc de vulnérabilité. Ici, l'être humain montrerait ses réflexes défensifs. Ce tonus se coordonnerait à la modalité de tonus de représentation qu'est l'Attentus.

- ❖ Le **tonus musculaire dit « d'extension »**, dynamico-phasique. Il correspondrait spécifiquement à la capacité dont l'être humain pourrait disposer pour intégrer objets et instruments ou êtres vivants dans le vécu de sa corporalité animée. C'est le début de l'**happerception**⁶. Ce tonus musculaire déterminerait la modalité de tonus de représentation qu'est l'Obtentus.

- ❖ Le **tonus musculaire de « présence rationnelle »**, aussi nommé Etonus. Il traduirait une tension des muscles bien équilibrée, bien adaptée au but. Il s'agirait d'un **tonus souple et agile**. Il représenterait la modalité du tonus de représentation qu'est le Réciprotonus.

Ces tonus musculaires sont présents dans les situations d'exister. Ce serait le tonus de **rencontre empathique**, encore **rationnel**, qui se caractériserait par la synchronisation non consciente des souffles⁷ de l'approchant et de l'approché.

B. Les tonus musculaires et les modes de tonus de représentation

L'Etonus précédemment décrit fait part importante de ce tonus musculaire associé aux modes stables de tonus de représentation: l'Auxotonus serait le tonus

⁶ happerception: forme de perception propre et fondamentale en haptonomie; aptitude à tendre et percevoir au-delà de soi, se révélant par une sensibilité fine bien intégrée, surtout dans les contacts tactiles, et qui fait preuve d'une grande prudence, de transparence et de respect. (Veldman, 1989)

⁷ Le souffle exprime l'engagement existentiel, instinctif et émotionnel-affectif. Il appartient à la corporalité animée. Cela dit, il se manifeste par des variations de rythme et d'amplitudes respiratoires appartenant à la corporalité.

musculaire qui se caractériserait par l'**efficacité**, une élasticité fonctionnelle et une **souplesse finement coordonnée de la musculature**. L'Auxotonus représenterait les modes de tonus de représentation que sont l'Apotonus et l'Eustatus, celui-ci étant la forme achevée du premier, exprimant l'essentialisation de soi, harmonieuse, de la personne. On le trouverait dans les situations d'être.

Ces modes de représentations correspondraient au **contact de proximité affective**. Ces modes de tonus de représentations stables et consistants, associés aux facultés affectives épanouies Persensus et Transensus, permettraient la manière d'être favorable au contact et à la rencontre spécifique haptonomique.

La régulation du tonus de représentation déterminerait de façon décisive les facultés d'happerception, facultés dont l'être humain peut disposer dans ses interactions de contact et de rencontre.

➡ **Dans la rencontre haptonomique, les qualités d'être d'attention et de présence du thérapeute, qualités rationnelles puis affectives, feraient évoluer le tonus global du patient afin que celui-ci puisse progresser vers un sentiment de prise en compte fiable et sincère, lui assurant confiance et sécurité**

2.4.6. Le still-point haptonomique

Le still-point correspondrait à l'**instant** qui initie et qui amorce la communication et l'anticipation réciproques. Il s'y trouverait **attention, vitalité, confiance et sécurité**. Il serait senti et vécu dans la **réciprocité**, chacun étant sensiblement à l'écoute de l'autre dans l'« happerception »: tous les sens de l'un seraient attentifs à l'autre, en communion, ensemble.

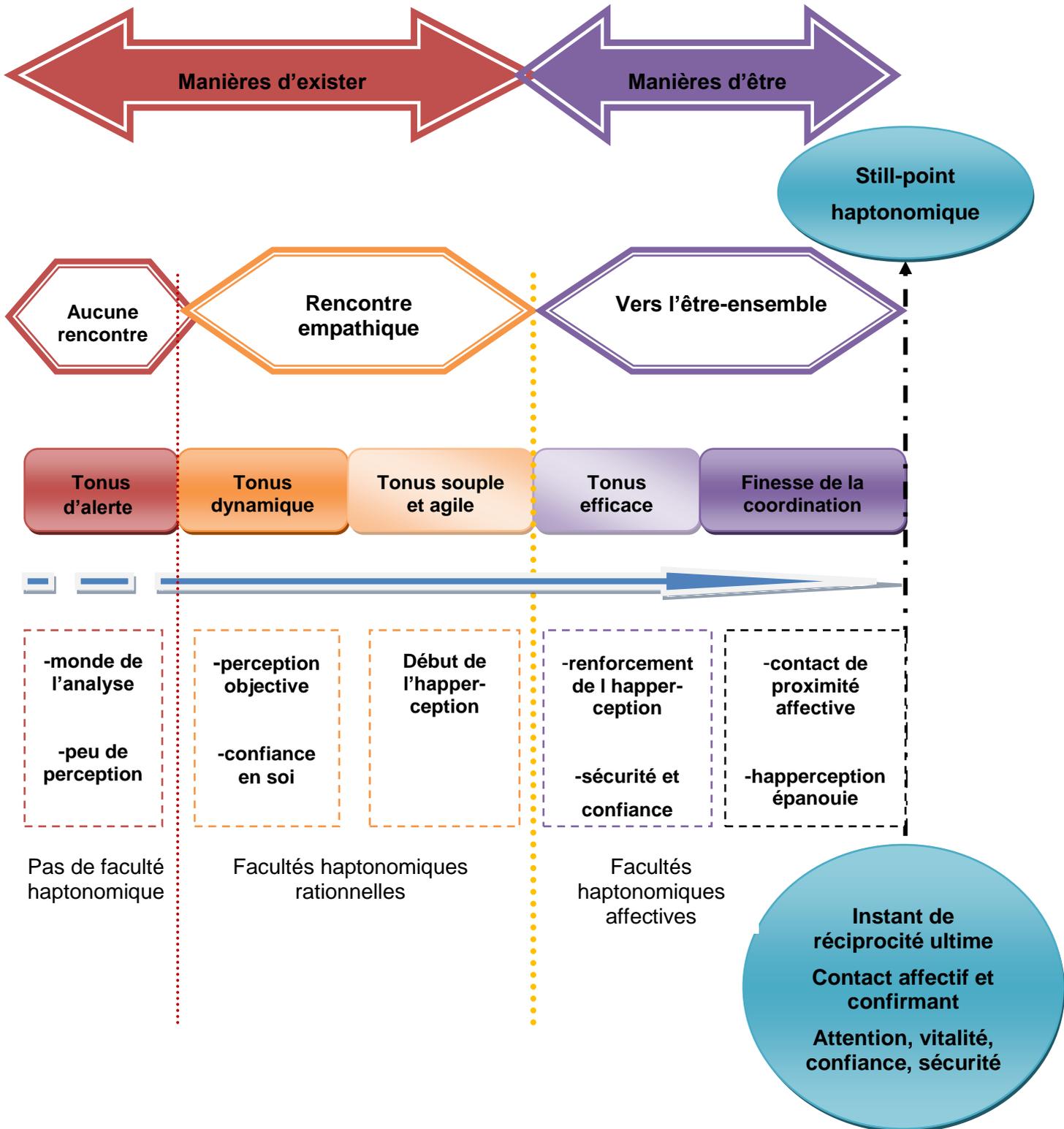
C'est le point de départ pour « ***l'être-là-avec*** » (Veldman, 1989, p.474) **affectif et confirmant**.

+ : nous retrouvons un rapport essentiel entre la qualité de toucher et le tonus de la personne (ici, tonus physique et psychique). C'est toujours la qualité d'être du thérapeute, associée à la finesse du contact, qui permet la création d'un espace sensible et interactif.

- : Cependant, la compréhension du modèle reste très compliquée, rendant parfois même la lecture difficile du fait des dénominations très spécifiques ; nous pouvons aussi nous interroger quant à l'accessibilité perceptive des différents modes de représentations et d'être.

➔ Nous pouvons tout de même retenir et extraire ces dimensions sensibles, en partie communes avec les deux approches thérapeutiques précédentes : des modalités tonales chez le contacté (physiques et psychiques), un être-ensemble caractéristique de la rencontre affective, un espace sensible partagé, et surtout, un sentiment empathique et affectif très fort.

2.4.7. Schéma simplifié de l'évolution de la rencontre en haptonomie



- ➔ De ces différentes approches et points de vue se dégagent deux axes majeurs :
- L'existence pour le thérapeute de qualités humaines sincères et transparentes ;
 - L'instauration et la préservation d'un espace sensible partagé.

Concernant l'espace sensible et la difficulté de le définir précisément, il semblerait s'en dégager des **dimensions communes** qui apparaîtraient lors de la rencontre thérapeutique. Celles-ci seraient :

- La modification du tonus au contact du thérapeute;
- Une amélioration de la perception corporelle ;
- Une interaction réciproque entre thérapeute et patient;
- La régulation automatique et la justesse du geste thérapeutique;
- Un sentiment d'échange partagé ;
- Le vécu d'une émotion propre à la rencontre.

3. HYPOTHESE

Il existe au sein d'une relation thérapeutique, utilisant le toucher comme vecteur de soin, un espace sensible commun et d'interaction réciproque entre thérapeute et patient dont les dimensions sont objectivables. Ce travail étudie les dimensions de cet espace sensible et vise à observer le poids des perceptions des patients durant une séance d'ostéopathie.

4. MATERIEL ET METHODE

Ce travail vise l'observation des dimensions de l'espace sensible à travers le ressenti de patients durant une séance d'ostéopathie. Une enquête est menée auprès de personnes bénéficiant de séances d'ostéopathie ; un questionnaire ad hoc a été élaboré, puis leur a été soumis tout de suite après leur séance.

4.1. Matériel (questionnaire consultable en annexe 1)

Jean Bouhana, ostéopathe et auteur pré-cité dans ce travail, a accepté de participer au protocole et de distribuer le questionnaire à ses patients à la fin de leur séance.

L'objectif du questionnaire est d'identifier le poids de chacune des dimensions qui seraient perçues par le patient dans l'espace sensible de la rencontre ostéopathique. Le questionnaire est construit en fonction des dimensions sensibles dégagées des différentes théories.

L'item de chaque question reste global, « brut », le but n'étant pas d'analyser la finesse des dimensions propres à chaque auteur, mais d'en observer l'existence ou non d'un point de vue général. Aussi, le choix des mots dans les questions se veut le plus simple possible afin d'être compris du plus grand nombre de personnes.

Aucune question n'est posée concernant le sentiment de confiance et de sécurité que doit générer le thérapeute pour créer l'espace sensible commun. En effet, du fait que les patients sont venus d'eux-mêmes consulter l'ostéopathe expert, il est fort probable que le sentiment de confiance soit spontanément existant pour une majorité de participants.

Construction des questions :

- **Question 1 :** *Avez-vous ressenti un relâchement de votre corps au contact de votre thérapeute?*

Quand thérapeute et patient partagent le même espace sensible, un changement de tonus serait observable chez le patient. La 1ère question interroge ainsi les patients sur la dimension du relâchement corporel perçu pendant le soin ostéopathique. « relâchement » n'est probablement pas le mot le plus exact du point de vue des auteurs ; le mot est choisi pour sa simplicité et utilisé en opposition à « tension », ce qui sous-entend que la personne serait plus dans un tonus propice au soin.

- **Question 2 :** *Avez-vous perçu une modification de vos appuis au sol, et/ou de votre équilibre au contact de votre thérapeute?*

Dans l'analyse de J.Bouhana, en ostéopathie structurale, lors de la création de l'espace sensible en position debout, il serait observé une modification des appuis au sol du patient ou de son axe de verticalité. La 2ème question concerne donc la

perception d'une modification des appuis au sol et/ou de l'équilibre corporel pendant le soin. (*l'ostéopathe expert commence habituellement ses soins par une prise de contact en position debout.*)

- **Question 3 :** *Pendant le soin, le toucher de votre thérapeute vous a-t-il toujours semblé ajusté?*

L'automatisme et la justesse du geste témoigneraient de l'interaction sensible entre thérapeute et patient. La 3ème question interroge donc la justesse du geste et la façon dont le patient le perçoit approprié ou non en fonction de ses attentes.

- **Question 4 :** *Pendant le soin, avez-vous eu la sensation de mieux ressentir votre corps ?*

Le toucher sensible permettrait au patient d'améliorer la perception de son propre corps. La 4ème question concerne ainsi la manière que le patient a de ressentir son corps pendant le soin.

- **Question 5 :** *Avez-vous le sentiment d'avoir partagé un échange particulier?*

Un espace d'existence commun, de réciprocité et de partage est décrit dans cette relation sur le mode sensible. La 5ème question cherche donc à identifier si le patient a le sentiment d'avoir échangé un moment particulier avec le thérapeute pendant le soin.

- **Question 6 :** *Diriez-vous que cette rencontre vous a touché émotionnellement?*

Sentiment sécuritaire (Bouhana), empathie (SPP) ou encore affectif (haptonomie) apparaîtraient dans l'espace sensible. La 6ème question cherche ainsi à explorer la dimension émotionnelle du soin en identifiant les personnes qui ressentent une émotion pendant le soin.

Ces 6 premières questions proposent une réponse en 4 points sur une échelle de type Likert : PAS DU TOUT (1), UN PEU (2), BEAUCOUP (3), ENORMEMENT (4). Ils ont tous la possibilité de répondre Ne Sais Pas en cochant une case à côté de la

question.

- **Question 7 :** *Avez-vous vous vécu une sensation particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?*

Les approches décrites dans la problématique offrent une place fondamentale aux capacités perceptives de la personne contactée.

La question 7 est une donc question ouverte qui cherche à mettre en évidence la nature de la perception ressentie pendant le soin. Les personnes qui répondent OUI à cette question sont invitées à préciser leur impression en langage libre.

- **Question 8 :** *Avez-vous ressenti une émotion particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?*

La question 8 est également une question ouverte qui cherche à identifier la nature de l'émotion ressentie pendant le soin.

Les personnes qui répondent OUI à cette question sont invitées à préciser leur impression en langage libre.

A la fin du questionnaire, les sujets précisent leur catégorie d'âge : entre 20 et 40 ans, entre 40 et 60 ans et plus de 60 ans, ainsi que leur sexe.

Il sera ainsi possible de mettre en évidence des dimensions différentes ou des poids différents dans les perceptions en fonction du sexe et de la catégorie d'âge.

4.2. Méthode

L'enquête se déroule au cabinet de l'ostéopathe expert. Après chacune de ses séances, il invitera et encouragera le patient à remplir ce questionnaire anonyme, au calme dans la salle d'attente, puis de le déposer dans une pochette mise à cet effet. Chaque participant n'est ainsi informé de la démarche qu'à la fin de sa séance, de manière à ce que ses réponses soient les plus spontanées possibles.

Sont exclues de l'expérience les personnes souffrant d'un déficit mental et les personnes atteintes de pathologies neurologiques centrales pouvant fortement altérer leurs capacités perceptives et cognitives. Le questionnaire n'a pas été

distribué aux enfants et adolescents.

Le protocole a eu lieu entre le 20 et le 22 avril 2015.

48 questionnaires ont ainsi été distribués et autant ont été complétés.

4.3. Moyens d'analyse des résultats

A la fin de l'expérience, l'ostéopathe expert m'a adressé par courrier les 48 questionnaires.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Excel. Les tris à plats pour chaque question et les tris croisés entre les questions ont été effectués.

Certaines personnes avaient coché une croix entre les réponses proposées; arbitrairement, leur réponse a été codée au chiffre supérieur pour malgré tout prendre en compte leur questionnaire, et surtout, garder une échelle simplifiée en 4 points. Le but de ce travail n'est pas d'analyser en finesse la capacité perceptive des patients attribuée à chacune des dimensions, mais de tenter d'observer une tendance qui confirmerait ou non l'existence de ces dites dimensions sensibles décrites par certains auteurs.

Aussi, bien qu'il n'y avait pas de case destinée aux moins de 20 ans, une personne a cependant écrit « moins de 20 » ; son questionnaire a tout de même été pris en considération, et cette tranche d'âge a été créée.

Enfin, sept répondants n'ont pas renseigné leur sexe ; ces questionnaires ont été pris en compte pour l'analyse descriptive du poids de chaque dimension, et pour croiser leurs données en fonction de l'âge. Ils ont été retirés lors du croisement de données avec le sexe.

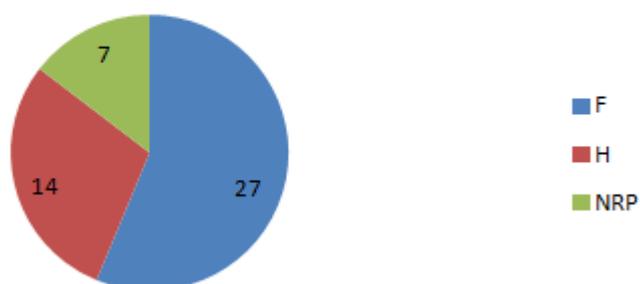
Les résultats des tris à plat apparaissent d'une part sous la forme d'un schéma et d'autre part par un commentaire. Les résultats des tris croisés de chaque question en fonction des catégories d'âge et du sexe sont systématiquement présentés (analyse par tableaux croisés, voir annexe 3). Les données brutes sont consultables en annexe 2.

5. RESULTATS - ANALYSE ET DISCUSSION

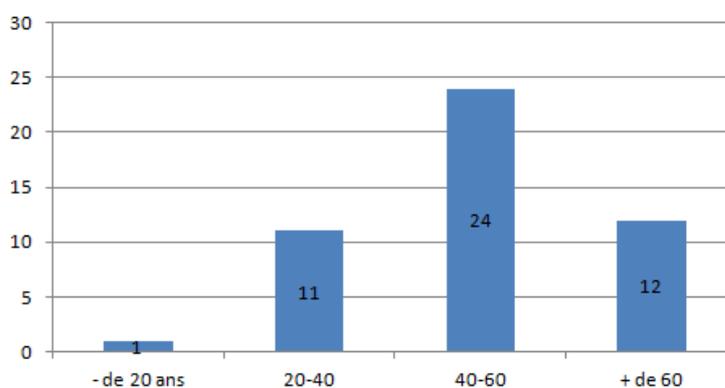
5.1. Population

L'hypothèse de ce travail ne se basant pas principalement sur les catégories d'âge et de sexe, ces données sont avant tout informatives.

Répartition des répondants selon le sexe



Répartition de répondants selon leur âge



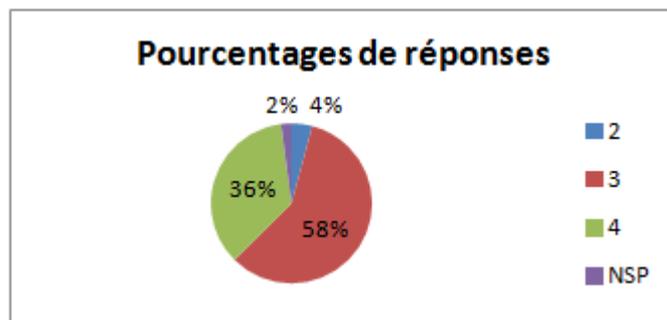
D'une manière générale, les effectifs étant faibles et non représentatifs de la population générale française (total de 48 personnes), et n'étant pas égaux dans les catégories (âge et sexe), nous prendrons soin de relativiser les résultats qui montrent seulement des tendances. De même, la catégorie d'âge « – de 20 ans » est représentée par une seule personne, nous ne pourrons pas conclure à des tendances la concernant.

Toutefois, le taux de réponse obtenu (100%) est probablement dû à la rigueur du protocole et au poids que l'ostéopathe représente dans la demande faite au patient ; c'est J. BOUHANA lui-même qui informe le patient de la nature de l'étude et qui lui remet le questionnaire en l'invitant à le remplir immédiatement. Ce taux de réponse montre que l'échantillon interrogé est très représentatif de la population consultant l'ostéopathe expert.

5.2. Résultats- analyse et discussion du poids des dimensions sensibles perçues par les patients (questions 1 à 6) (données brutes annexe 2)

Les résultats et leur analyse sont donnés dans l'ordre d'importance décroissante du poids des dimensions observées (addition des réponses BEUCOUP et ENORMEMENT).

- Dimension observable la plus dominante : le toucher ajusté.



Le tri à plat laisse apparaître que 58% des répondants ont entouré la réponse BEUCOUP, et 36%, ENORMEMENT ; soit **94% ont déclaré que le toucher perçu était « beaucoup » ou « énormément » ajusté.**

Seuls 2% des participants n'ont pas su répondre.

Le tri croisé en fonction de l'âge et du sexe ne modifie pas cette tendance générale.

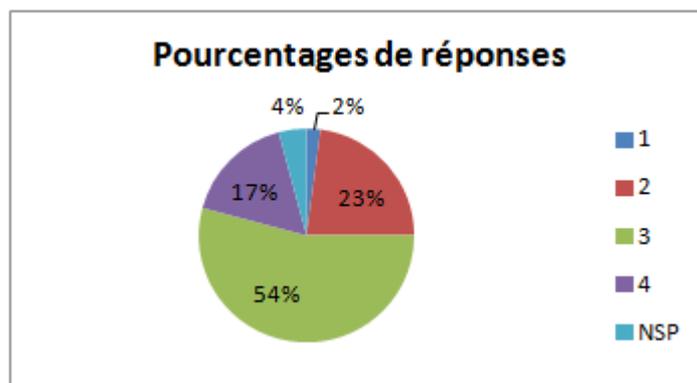
➔ Le touché est jugé ajusté par la très grande majorité de l'échantillon.

Si cette question a été créée en rapport avec la dimension « réglage automatique et justesse du geste thérapeutique », le choix du qualificatif « ajusté » n'était pas du

tout apparu évident, voire compliqué; plutôt comme un compromis entre juste et approprié. Et pourtant, presque tout le monde semble d'accord sur ce terme un peu vague, ce qui apparaît un peu surprenant. A quoi peut bien renvoyer cette expression de « toucher ajusté » pour ces participants ? Comment peuvent-ils le comprendre pour ainsi se positionner au maximum ? Serait-ce l'ostéopathe qui saurait ainsi s'adapter à chacun de ses patients ? Serait-ce l'expression de ces qualités humaines de bienveillance et d'empathie, et le souci de prise en compte de l'autre qui feraient que chacun ait finalement été très satisfait du contact du thérapeute?

Face à une question qui n'apparaissait nullement évidente à saisir du point de vue de personnes d'origines diverses non habituées à ce vocabulaire ni de la profession, l'unanimité de la réponse ouvre un certain nombre d'interrogations.

- Seconde dimension la plus observée : amélioration de perception du corps.



Le tri à plat laisse apparaître que 54% des répondants ont entouré la réponse BEAUCOUP. 23% ont répondu UN PEU et 17%, ENORMEMENT.

71% des participants ont déclaré que le toucher perçu améliorait « beaucoup » ou « énormément » la perception de son propre corps.

4% des individus n'ont pas su répondre et 2% ont répondu PAS DU TOUT.

Aucun homme n'a répondu plus que BEAUCOUP alors que 23% des femmes interrogées ont répondu ENORMEMENT. Dans les deux cas, 72% des personnes ont répondu au moins BEAUCOUP.

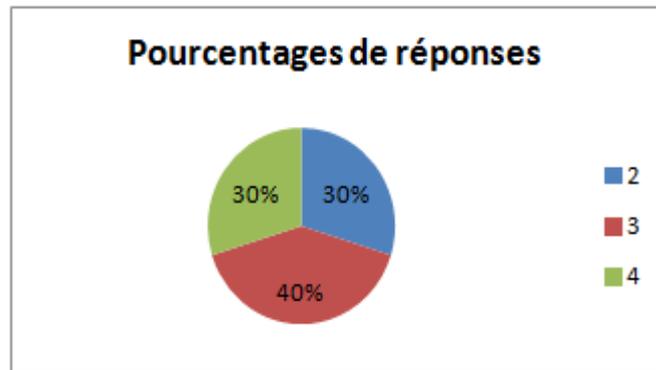
Le croisement des données avec l'âge laisse apparaître que la sensation de mieux ressentir le corps serait plus visible chez les + de 60 ans (sur 12 répondants, 1 seul a répondu moins que "beaucoup").

➔ L'amélioration de la perception corporelle semblerait donc bien exister. Cette perception reste non précisée dans sa localisation, ni dans son caractère agréable ou non. Correspond-elle à une modification acquise du potentiel perceptif global de la personne ? Ou signifie-t-elle qu'il y a eu modification de sensation au cours de la séance ? En ostéopathie structurale, selon le modèle fondamental, dans son bilan palpatoire, le thérapeute est à la recherche de zones de tissu conjonctif en lésion, c'est-à-dire qui serait « *gros, dur et sensible quand on y touche* » (Terramorsi, 2013, p.119) ; cette modification de ressenti corporel ne correspondrait-elle finalement pas, dans le vécu du patient, à la mise en évidence de ces zones douloureuses, qui seraient ainsi associées à des sensations nouvelles ?

Par ailleurs, les femmes sembleraient avoir une sensibilité plus élevée que celle des hommes. Serait-ce dû au fait que les femmes auraient globalement un potentiel perceptif plus développé que les hommes ? Ou serait-ce effectivement que les femmes seraient plus sensibles à une plus légère douleur physique que les hommes, comme l'ont observé des chercheurs de l'université de Stanford (2012) ?

Enfin, la capacité perceptive serait d'autant plus développée que la personne est « âgée ». Là encore, serait-ce que plus une personne est âgée, plus fine serait sa sensibilité corporelle ? Ou serait-ce que plus une personne est âgée, plus elle aurait de maux physiques sensibles ainsi mis en évidence par l'ostéopathe durant la séance ?

➤ Troisième dimension : la modification du tonus chez le patient



Les réponses sont partagées mais toutes positives : 40% ont répondu BEAUCOUP, 30% ENORMEMENT, 30% UN PEU.

70% des participants ont observé, qu'au contact du thérapeute, leur corps se relâchait « beaucoup » ou « énormément ».

Les hommes semblent mieux ressentir ce changement que les femmes.

Le croisement des données avec l'âge laisse apparaître que la sensation de mieux ressentir le corps serait plus visible chez les + de 60 ans (sur 12 répondants, 1 seul a répondu moins que "beaucoup").

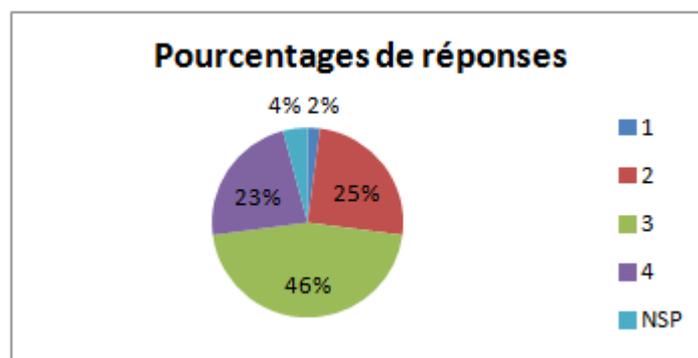
➔ Cette question faisait écho à la dimension du tonus chez la personne contactée. La majorité des participants témoigne bien d'un relâchement de leur corps pendant la rencontre. Toutefois, une des spécificités de la question résidait dans le « au contact de votre thérapeute », comme le décrivent les différents auteurs. Des doutes peuvent être émis quant à la compréhension complète de la question. Il est probable que ce relâchement physique corresponde pour les répondants à la libération de certaines tensions grâce à l'intervention de l'ostéopathe. Le terme « relâchement » n'était peut-être pas si pertinent, et la tournure de phrase mal construite.

Alors que les femmes ressentent de manière plus intense leur corps au cours de la séance, les hommes témoignent en plus grand nombre de ce potentiel perceptif. Si

le relâchement corporel est assimilé au relâchement musculaire, et que les hommes possèdent globalement une masse musculaire plus élevée que les femmes, la sensation de relâchement serait-elle une question de muscles ? La construction de la question n'est probablement pas suffisamment représentative de la dimension tonale à observer.

Concernant l'analyse croisée avec l'âge, la capacité perceptive observée serait d'autant plus développée que la personne est « âgée ». Cela est cohérent avec les résultats de la question précédente. Là encore, serait-ce que plus une personne est âgée, plus fine serait sa sensibilité corporelle ? Ou serait-ce que plus une personne est âgée, plus elle aurait de maux physiques ainsi mis en évidence par l'ostéopathe durant la séance, et donc serait plus sensible à un relâchement de ses tensions ?

➤ Quatrième dimension la plus observée : sentiment d'échange particulier



46% des participants ont répondu BEAUCOUP ; les autres personnes interrogées sont autant partagées entre UN PEU et ENORMEMENT.

69% des participants ont admis avoir « beaucoup » ou « énormément » ressenti un sentiment d'échange particulier pendant leur séance d'ostéopathie.

4% des personnes interrogées n'ont pas du tout eu ce sentiment d'échange particulier.

2% n'ont pas su répondre.

Il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes concernant le sentiment d'avoir partagé un échange particulier.

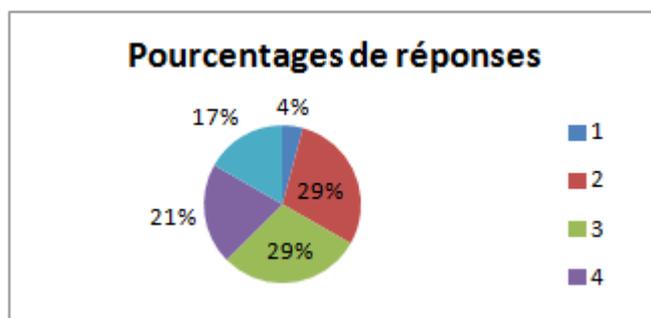
Sur les 23% ayant répondu ENORMEMENT, 50% ont plus de 60 ans.

➔ Globalement, la tendance des réponses confirme la réalité d'une interaction particulière entre patient et thérapeute dans le vécu du soin.

La question aborde une dimension plus psychique de la relation, avec notamment l'utilisation du mot « sentiment ». Comment les répondants ont-ils interprété ce terme ? L'ont-ils lu au sens de « connaissance plus ou moins claire », comme une impression, dans le vécu immédiat du présent de la rencontre ? Ou l'ont-ils défini comme une émotion, et auquel cas, quelle émotion en rapport avec cette rencontre avec leur ostéopathe les aurait touchés ? Est-ce dû aux qualités humaines du thérapeute qui instaure un sentiment de confiance et de sécurité pour mener respectueusement et le plus efficacement possible son acte thérapeutique ?

De plus, les répondants ayant répondu au plus fort sont dans la majorité des + de 60 ans. Le sentiment de vécu d'une telle rencontre serait-elle fonction de la maturité des acteurs en présence ?

- Cinquième dimension : la perception d'un changement des appuis au sol ou de l'équilibre général



Les réponses sont ici très partagées ; 23% des personnes interrogées répondent ENORMEMENT alors que 17% répondent PAS DU TOUT. Les autres participants répondent de façon équitable entre BEAUCOUP et UN PEU.

Ainsi 50% des participants ont « beaucoup » ou « énormément » perçu un changement de leurs appuis au sol et/ou de leur équilibre.

4% des participants n'ont pas su répondre.

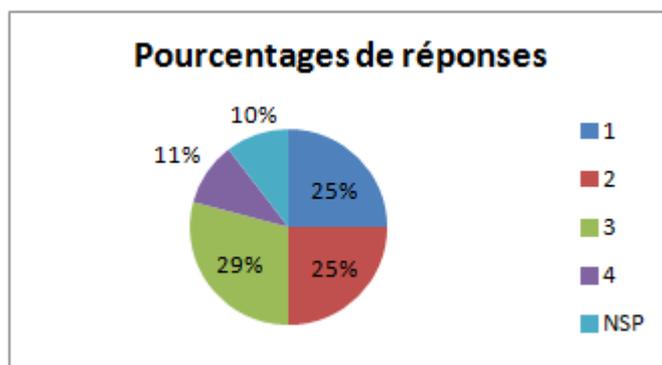
Plus les gens sont âgés, plus ils semblent avoir ressenti une modification des appuis au sol et/ou de l'équilibre.

Il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes concernant la modification des appuis au sol et/ou de l'équilibre.

➔ L'impact sur l'équilibre global des patients en ostéopathie semble bien exister puisqu'au moins la moitié des patients déclarent le ressentir. La perception de cette modification posturale, qui interviendrait en non-séparabilité selon l'ostéopathe expert, lorsqu'il contacte un point en lésion chez le patient, fait appel à la kinesthésie. Cette sensibilité est déjà plus affinée que les questions précédentes et apparaît déjà moins évidente pour plus de patients.

En cohérence avec les questions précédentes, plus les gens sont âgés, plus ils semblent avoir ressenti une modification des appuis au sol et/ou de l'équilibre.

➤ Dernière dimension : l'émotion



Les réponses sont très partagées. 29% répondent BEAUCOUP, 25% UN PEU, 25% PAS DU TOUT, 11% ENORMEMENT.

40% des répondants ont « beaucoup » ou « énormément » vécu une émotion durant la séance.

10% des personnes interrogées n'ont pas su répondre à cette question.

Il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes concernant le sentiment d'avoir été touché émotionnellement.

42% des + de 60 ans ont été touché "énormément" par la rencontre, alors qu'aucun répondant des autres classes d'âge n'a donné ce ressenti.

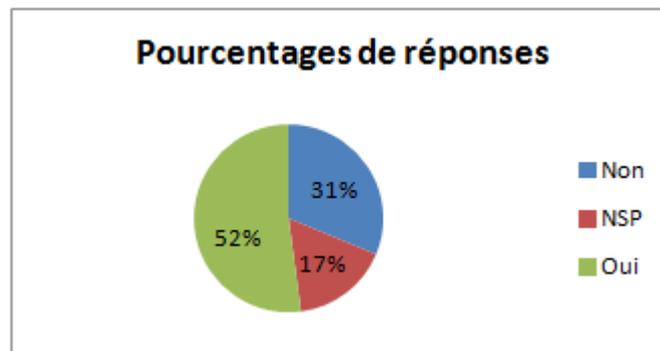
➔ Cette dimension émotionnelle semble bien exister même si la tendance s'inverse dans le poids des observations : la majorité des répondants n'a vécu qu'une faible émotion, voire aucune. En ostéopathie, la plupart des patients seraient donc plus ou moins émus. Par contre, la question et ses réponses ne permettent aucunement de juger du caractère positif ou négatif de l'émotion. De quel genre d'émotion peut-il s'agir ? S'agit-il d'un trouble de surprise subit conséquent à certaines manipulations, par rapport à leur rapidité d'exécution ou encore au bruit du crac articulaire qu'elles peuvent engendrer ? S'agit-il d'une réaction affective transitoire due à l'intimité du soin, à l'interaction avec l'ostéopathe ? S'agit-il d'une émotion de joie en rapport avec un soulagement des maux ?

Une fois n'est pas coutume, ce sont les plus de 60 ans qui se sont sentis les plus touchés.

5.3. Résultats – Analyse et discussion des questions ouvertes (7 et 8)

Pour ces questions, les répondants avaient trois choix de réponses : « oui », « non » et « ne sais pas ». S'ils répondaient « oui », ils devaient répondre à la question ouverte « laquelle ? ». Pour cette question ouverte, les réponses ont été catégorisées par rapprochement sémantique.

- Q7 : avez-vous vécu une sensation particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?



52% des participants ont ressenti une sensation particulière, alors que 31% répondent NON.

17% n'ont pas su répondre, ce qui reste considérable.

Il ne semble pas y avoir de différence en fonction de l'âge.

Les hommes semblent avoir été plus nombreux à ressentir une sensation particulière durant l'échange par rapport aux femmes.

➔ Si la question se voulait ouverte pour laisser une liberté d'expression maximale, quasiment la moitié des participants a répondu NON ou n'a pas su répondre. Cela contredit les réponses aux questions 1, 2 et 4 où la plupart des personnes avaient eu des sensations physiques évidentes. Il semblerait que s'exprimer sur la qualité de ses sensations soit compliqué. Il est possible que, devant la complexité de la tâche, certains participants aient directement répondu NON. Peut-être aurait-il fallu au contraire proposer un plus grand choix de réponses afin de faciliter les réponses ?

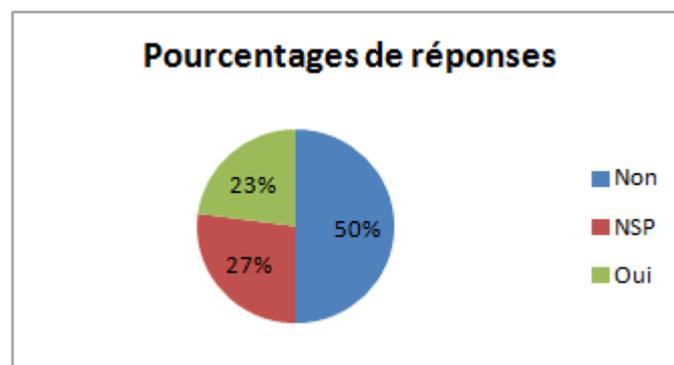
Les réponses recueillies, relativement homogènes, peuvent être cependant catégorisées en deux parties correspondant à un ressenti corporel et un ressenti plus psychique à type de bien-être :

- Ressenti corporel : sont évoqués le « relâchement » du corps (x3), l'équilibration du corps (2), la sensation de « déblocage » (x2), le « craquement » articulaire(x2) ou encore l'expression de la « douleur » (x2) ;

- Bien-être : est évoqué le terme de « bien-être » à 6 reprises, celui d'être « mieux dans son corps » à 3 reprises. 4 personnes décrivent aussi une sensation de tranquillité, de calme, d'apaisement.

Une femme de plus de 60 ans a quant à elle « découvert une partie encore inconnue de son corps ».

- Question 8 : avez-vous ressenti une émotion particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?



A cette question, la majorité a répondu n'avoir ressenti aucune émotion, et 27% n'ont pas su répondre (plus grand pourcentage de NSP sur l'ensemble du questionnaire). Seuls 23% répondent OUI.

Les réponses sont globalement équilibrées pour les 20-40 ans et + de 60 ans. Pour les 40-60 ans : la quasi-totalité des répondants n'a pas ressenti d'émotion particulière.

Les hommes semblent avoir été plus nombreux à ressentir une émotion particulière durant l'échange par rapport aux femmes.

➔ Alors qu'ils étaient 69% à avoir « beaucoup » eu le sentiment de vivre un échange particulier, et 40% à avoir été « beaucoup » touchés émotionnellement, ils ne sont plus que 23% à oser évoquer la réalité d'une émotion. Comme à la question 7, mettre des mots sur une émotion vécue semble compliqué. Un choix de réponses avec différentes émotions aussi négatives que positives aurait été une fois encore

plus judicieux pour mieux analyser cette qualité émotionnelle. Il est aussi possible que ce changement d'opinion soit le fruit d'une certaine pudeur. Un soin est un moment partagé entre patient et thérapeute, et privilégié. Les participants se sont peut-être rétractés parce que se sentant contraints de dévoiler une partie de cette intimité relationnelle unique et éphémère.

Comme à la question 7, les réponses recueillies peuvent être cataloguées en deux émotions de dimensions physique et psychique:

- Emotion physique : sont évoqués les termes de « soulagement », « relâchement nerveux », ou encore « relâchement de douleur » ;
- Emotion psychique : sont évoqués les termes « mieux dans ma tête », « détente », « relaxante, rassurante », « zen », ou encore « en accord et écoute avec mon corps et son ressenti ».

Les réponses de la question 8 sont finalement à peu près similaires à celles de la question 7 (ce sont les mêmes participants). « émotion » et « sensation » se rejoindraient en un commun psycho-corporel.

5.4. Lien entre les dimensions (Annexe 4)

Le tableau d'analyse des corrélations entre dimensions a été effectué mais il ne laisse pas apparaître de forts liens entre les dimensions abordées dans ce questionnaire. Ce tableau n'apporte pas d'informations supplémentaires à ce travail.

Seul peut être observé un lien important entre les questions 1 et 2 ($r = 0.70$) : plus l'individu ressent un relâchement de son corps au contact du thérapeute, plus il percevrait une modification de ses appuis au sol et/ou de son équilibre.

6. DISCUSSION GENERALE

Cette enquête a permis d'observer, du point de vue des patients sortant d'un soin avec l'ostéopathe expert, les dimensions étudiées dans la partie théorique. Dans la situation de rencontre spécifique à cette enquête, les résultats obtenus plaident en la faveur de l'existence d'un espace sensible aux différentes caractéristiques.

Le récapitulatif des résultats est rappelé dans le tableau ci-après, où les dimensions apparaissent par ordre décroissant du poids de leur réponse.

Tableau récapitulatif du poids des dimensions :

DIMENSION OBSERVEE chez le patient	Taux de Réponse BEAUCOUP en %	Taux de Réponse ENORMEMENT en %	Taux global en %
Le Toucher ajusté	58	36	94
L'Amélioration de la perception corporelle	54	17	71
La Modification du tonus	40	30	70
La Réciprocité de l'interaction	46	23	69
L'Impact de la prise de contact sur la posture	29	21	50
Le Vécu émotionnel	29	11	40

94 % déclarent ressentir beaucoup ou énormément un TOUCHER AJUSTE de la part de l'ostéopathe. La justesse du contact tactile du thérapeute, conséquente à la création de l'espace sensible d'après les écrits, apparaît comme une certitude pour une très grande majorité de l'échantillon interrogé. Ce résultat met en évidence l'importance de la nature du toucher de l'ostéopathe et devrait être étudié de façon

plus approfondie, tant au niveau des ostéopathes que du témoignage des patients, apparemment conscients de la qualité du toucher.

L'amélioration du ressenti corporel semble exister également puisque 71 % le déclarent. Les soins d'ostéopathie visant à intervenir au niveau de tensions tissulaires afin de libérer l'organisation corporelle de ses restrictions, il n'est pas très surprenant que les répondants qualifient globalement ce ressenti de relâchement ou de mieux-être. Cette question ne peut toutefois pas conclure à un développement « acquis » des capacités perceptives physiques comme pourraient le sous-entendre les théories. Par contre, l'interaction physique du thérapeute semble bien influencer sur le tonus de ses patients puisque 70% le constatent, bien qu'il ne soit pas certain que cette sensibilité ait été directement attribuée à la prise de contact initiale de l'ostéopathe expert.

Ils sont par ailleurs quasiment aussi nombreux à témoigner (69%) de la particularité de leur échange avec leur ostéopathe, signe que l'interaction entre les deux acteurs ne semble pas exclusivement d'ordre physique. La question 8 n'aura cependant pas permis d'en observer davantage à ce sujet.

La moitié des répondants paraît également sensible à une modification de leur équilibre postural. Cependant, une nouvelle fois, il n'est pas certain que cette sensibilité soit directement attribuée à la prise de contact initiale de l'ostéopathe expert (comme il le décrit à travers le concept d'union des deux systèmes sensibles et tensègres en présence p.16).

Enfin, il semble aussi exister une dimension émotionnelle puisque 40 % ont répondu très favorablement à la question fermée. Ce résultat peut cependant être remis en cause à la question ouverte correspondante : même si le but initial était de mieux connaître la qualité de l'émotion éventuellement vécue, la majorité des répondants ne semble pas avoir réussi à trouver les mots, et donc a finalement répondu négativement. Il semblerait « se passer » quelque chose, mais cela resterait encore difficile à nommer.

Si le témoignage des patients confirme l'hypothèse de ce travail selon laquelle il existerait des dimensions sensibles propres à une rencontre thérapeutique,

l'importance de ces dimensions n'est valable que pour les patients d'un ostéopathe particulier. Il pourrait être intéressant de reprendre cette étude avec un panel plus important d'ostéopathes travaillant plus ou moins dans le même courant que J. BOUHANA pour contrôler la variable OSTEOPATHE, et donner une plus grande crédibilité aux dimensions trouvées.

Puis, dans une perspective plus éloignée, comparer le poids de ses dimensions en fonction de différents ostéopathes de formations diverses et variées.

Dans tous les cas, l'expérience de la rencontre thérapeutique relève de l'interaction entre deux personnes et de la subjectivité des acteurs.

7. CONCLUSION

Un espace sensible semble bien exister dans le vécu d'une rencontre thérapeutique en ostéopathie. Si la technique ne fait pas le soin, le témoignage de ces dimensions permet peut-être de relativiser sur l'importance de la technique. Pour cela, présence, transparence, prise en compte de l'autre dans sa globalité et sans jugement, apparaissent comme les maîtres-mots de la posture du thérapeute. Même si cela peut paraître aller de soi, dans l'apprentissage, ou même globalement dans le souci de bien faire, le problème peut être souvent pris à l'envers, notamment pour le novice : il s'applique à la technique, à la gestuelle, espérant que le reste viendra. Parce qu'une technique ostéopathique réussie peut apparaître comme une technique esthétique, l'ostéopathe débutant s'applique, cherche à la reproduire, mais la beauté du geste n'est pas dans l'imitation, et le soin, n'est pas dans l'application brute de ces gestes techniques si bien appris.

8. BIBLIOGRAPHIE

Livres, thèses et mémoire :

- ✚ Bouhana, J., Géhin, A., Guégen, G., Moneyron, A. & Toulouse-Moneyron, F. (2006). *La méthode Jean Moneyron. Une gestuelle thérapeutique de la forme*. Paris : L'Harmattan.
- ✚ Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation et Intelligence sensorielle sur le mode du sensible*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation non publiée, Université Paris 8, Vincennes-Saint-Denis.
- ✚ Bois, D. (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. (coll. Forum). Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- ✚ Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation non publiée, Université de Séville, Séville.
- ✚ Decant-Paoli, D. (2002). *L'Haptonomie*. (coll. Que sais-je ?, n°3626). Paris : Presses Universitaires de France.
- ✚ Géhin, A. (2010). *Concept de tenségrité en ostéopathie*. Montpellier : Sauramps Médical.
- ✚ Mégret, J-F. (2003). *La tenségrité, vers une biomécanique ostéopathique*. Mémoire de fin d'études d'ostéopathie non publié, Montpellier.
- ✚ Revardel, J-L. (2007). *Comprendre l'haptonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.

- ✚ Terramorsi, J-F. (2013). *Ostéopathie structurelle. Lésions structurées, concepts structurants*. Bastia: Gépro.
- ✚ Tricot, P. (2002). *Approche tissulaire. Un modèle du corps conscient*. Vannes : Sully.
- ✚ Veldman, F. (1989). *Haptonomie, science de l’Affectivité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Formats électroniques :

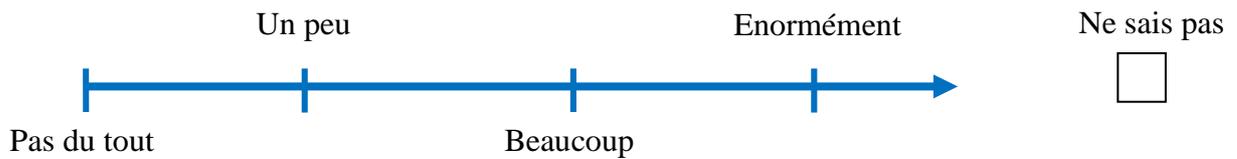
- ✚ Angst, MS., Butte, AJ., Clark, JD., Liu, LY. & Ruau, D.(2012). Sex differences in reported pain across 11,000 patients captured in electronic medical records. *Journal of pain*, 13, (3), 228-34. En ligne <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3293998/> , consulté le 1^{er} mai 2015, doi: 10.1016/j.jpain.2011.11.002
- ✚ Bois, D. (2014). *Fragments de réflexions sur l’émergence de la psychopédagogie de la perception et du sensible*. En ligne sur le site web de Dany Bois <http://danis-bois.fr/?p=1480>, consulté le 5 janvier 2015.
- ✚ Bouhana, J. (2007). Techniques tissulaires structurelles et ostéopathie équine. *Revue osteo4pattes*, n°007. En ligne <http://revue.osteopattes.fr/article292>, consulté le 15 août 2014.
- ✚ Bouhana, J. (2008). Situations de rencontre, thérapie et modalités contactantes. *Revue osteo4pattes*, n°009. En ligne <http://revue.osteopattes.fr/article359>, consulté le 15 août 2014.
- ✚ Milne Institut. (2007). *Teachers of visionary craniosacral work*. En ligne <http://www.milneinstitute.com/teachers.html>, consulté le 20 février 2015.

- ✚ Ottavi Ménager, F. (2014). *Interview de Jean-Marie Gueullette*. En ligne <http://www.osteopathie.org/224-l-interview-de-jean-marie-gueullette.html>, consulté le 5 septembre 2014.
- ✚ Resseguier, J-P. (s.d.). *A propose de la Méthode Rességuier*. En ligne sur le site web de Jean-Paul Resseguier <http://www.jeanpaulresseguier.com/a-propos-de-la-méthode/>, consulté le 2 janvier 2015.
- ✚ Tricot, P. (2007). *De la présence*. En ligne http://pierre.tricot.pagesperso-orange.fr/000_textes/pt_presence.pdf, consulté le 10 décembre 2014.

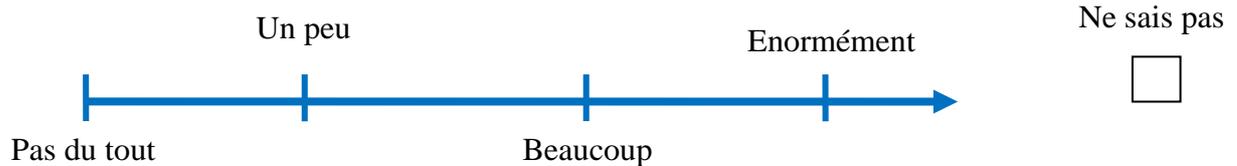
9. ANNEXES

9.1. Annexe 1 : questionnaire distribué

Question 5 : Avez-vous le sentiment d'avoir partagé un échange particulier?



Question 6 : Diriez-vous que cette rencontre vous a touché émotionnellement?



Merci de cocher la réponse de votre choix :

Question 7: Avez-vous vécu une sensation particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?

OUI NON Ne sais Pas

Si oui, laquelle :

Question 8 : Avez-vous ressenti une émotion particulière pendant cette séance d'ostéopathie ?

OUI NON Ne sais Pas

Si oui, laquelle :

Vous avez : entre 20 et 40 ans entre 40 et 60 ans plus de 60 ans

Vous êtes une femme un homme

Je vous remercie beaucoup pour votre collaboration. Merci de glisser ce questionnaire dans la pochette prévue à cet effet avant de partir.

Si vous désirez avoir les résultats de cette recherche, vous pouvez laisser ci-dessous vos nom et adresse,

9.2. Annexe 2 : données brutes des résultats

individu	Q1-relâchement	Q2-appui/équilibre	Q3-toucher ajusté?	Q4-ressenti corps	Q5-échange particulier
1	Enormément	Enormément	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
2	Un peu	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
3	Un peu	Pas du tout	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
4	Beaucoup	Un peu	Enormément	Beaucoup	Un peu
5	Enormément	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
6	Enormément	Enormément	Un peu	Enormément	Beaucoup
7	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup
8	Un peu	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
9	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Un peu	Enormément
10	Beaucoup	Enormément	Enormément	Beaucoup	Enormément
11	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
12	Beaucoup	Beaucoup	Enormément	Beaucoup	Enormément
13	Un peu	Un peu	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
14	Un peu	Un peu	Enormément	Beaucoup	Enormément
15	Enormément	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup
16	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup
17	Un peu	Un peu	Enormément	Un peu	Beaucoup
18	Un peu	NSP	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
19	Beaucoup	NSP	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
20	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
21	Beaucoup	Beaucoup	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
22	Un peu	Beaucoup	Enormément	NSP	NSP
23	Beaucoup	Beaucoup	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
24	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Enormément	Beaucoup
25	Un peu	Pas du tout	Beaucoup	Pas du tout	Beaucoup
26	Enormément	Enormément	Beaucoup	Enormément	Enormément
27	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément
28	Enormément	Enormément	Beaucoup	Beaucoup	Enormément
29	Beaucoup	NSP	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
30	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Enormément
31	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément
32	Beaucoup	NSP	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
33	Beaucoup	Beaucoup	NSP	Un peu	NSP
34	Un peu	Un peu	Beaucoup	Un peu	Un peu
35	Un peu	Un peu	Beaucoup	Un peu	Un peu
36	Un peu	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Un peu
37	Beaucoup	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément
38	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup
39	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup
40	Un peu	Beaucoup	Beaucoup	Un peu	Beaucoup
41	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément	Beaucoup
42	Un peu	NSP	Beaucoup	NSP	Un peu
43	Beaucoup	Un peu	Un peu	Beaucoup	Pas du tout
44	Beaucoup	NSP	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
45	Un peu	Un peu	Enormément	Beaucoup	Beaucoup
46	Un peu	NSP	Beaucoup	Un peu	Un peu
47	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément	Enormément
48	Beaucoup	NSP	Beaucoup	Beaucoup	Beaucoup

Q6-touché émotionnellement	Q7-sensation particulière	Q7bis-laquelle?	Q8-émotion particulière?	Q8bis-laquelle?	Age	Sexe
Pas du tout	Oui	Déclenchement c	Non		40-61	H
Pas du tout	Non		Non		20-41	F
Un peu	Oui	Tranquillité	NSP		20-41	H
Un peu	Non		Non		40-61	F
Un peu	Oui	Bien être	Non		40-61	F
Un peu	NSP		Non		40-61	F
Beaucoup	Non		Oui	Bien être d'être é	20-41	H
Un peu	Non		Non		40-61	F
Beaucoup	NSP		NSP		40-61	F
Beaucoup	Oui	Beaucoup de bie	Oui	Soulagement	+ de	H
Pas du tout	Non		Non		+ de	?
Enormément	Oui	Être mieux dans	Oui	Mieux dans ma t	+ de	H
NSP	Oui	Un repositionner	Non		40-61	?
Un peu	Oui		Non		40-61	H
Pas du tout	Non		Non		40-61	H
Beaucoup	Oui	relâchement	Oui	Détente	20-41	F
Beaucoup	Oui	Bien être, douce	NSP		40-61	F
Un peu	Oui	Découverte d'un	Non		+ de	F
Beaucoup	Oui	Détente	Oui	Relaxante, rassu	20-41	H
Pas du tout	NSP		NSP		20-41	F
Beaucoup	NSP		NSP		40-61	H
Pas du tout	NSP		NSP		40-61	?
Beaucoup	Non		Non		20-41	?
Un peu	Non		Non		20-41	F
Pas du tout	Non		Non		40-61	F
Beaucoup	Oui	Bien être et soul	Non		40-61	?
Enormément	Non		Non		+ de	F
Enormément	Oui	Bien être	Oui	Zen	+ de	H
Un peu	Non		Non		40-61	H
Enormément	Oui	Bien être	NSP		+ de	F
Beaucoup	Oui	Relâchement ba	Oui	En accord et écoi	20-41	?
Un peu	NSP		NSP		40-61	?
NSP	Non		Non		40-61	F
Un peu	Oui	Craquements	Non		20-41	H
Pas du tout	Non		Non		+ de	F
Beaucoup	Oui	La douleur dorsa	Oui	Un relâchement	+ de	F
Beaucoup	Oui	Tranquillité	Oui		40-61	F
NSP	Oui	Soulagement	NSP		40-61	F
NSP	Non		Non		40-61	F
Un peu	NSP		NSP		40-61	F
Enormément	Oui	Mon corps s'est c	Oui	Un relâchement	+ de	F
Pas du tout	NSP		NSP		40-61	H
NSP	Oui		NSP		20-41	H
Pas du tout	Oui	Apaisement de l	Non		40-61	F
Pas du tout	Oui	Sensation de mi	Non		40-61	F
Pas du tout	Oui	Le craquement	Non		- de	F
Beaucoup	Non		Oui	De bien être	+ de	F
Beaucoup	Oui	Relâchement mu	NSP		+ de	F

9.3. Annexe 3 : tris croisés des résultats par sexe et âge

Question 1 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
2	1
20-40	11
2	5
3	5
4	1
40-60	24
2	10
3	9
4	5
+ de 60	12
2	4
3	4
4	4
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
2	13
3	9
4	5
H	14
2	4
3	7
4	3
Total	41

Question 2 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
NSP	1
20-40	11
1	1
2	5
3	3
4	1
NSP	1
40-60	24
1	1
2	6
3	9
4	4
NSP	4
+ de 60	12
2	3
3	2
4	5
NSP	2
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
1	1
2	9
3	8
4	5
NSP	4
H	14
1	1
2	4
3	3
4	3
NSP	3
Total	41

Question 3:

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
3	1
20-40	11
2	1
3	7
4	3
40-60	24
2	1
3	14
4	8
NSP	1
+ de 60	12
3	6
4	6
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
2	1
3	16
4	9
NSP	1
H	14
2	1
3	8
4	5
Total	41

Question 4:

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
2	1
20-40	11
2	2
3	7
4	2
40-60	24
1	1
2	7
3	11
4	3
NSP	2
+ de 60	12
2	1
3	8
4	3
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
1	1
2	6
3	14
4	6
H	14
2	3
3	10
NSP	1
Total	41

Question 5 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
2	1
20-40	11
1	1
2	3
3	6
4	1
40-60	24
2	5
3	13
4	4
NSP	2
+ de 60	12
2	3
3	3
4	6
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
3	13
NSP	1
2	8
4	5
H	14
3	6
2	3
4	4
1	1
Total	41

Question 6 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
1	1
20-40	11
1	2
2	3
3	5
NSP	1
40-60	24
1	7
2	8
3	5
NSP	4
+ de 60	12
1	2
2	1
3	4
4	5
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
1	7
2	7
3	7
4	3
NSP	3
H	14
1	3
2	4
3	4
4	2
NSP	1
Total	41

Question 7 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
Oui	1
20-40	11
Oui	6
Non	4
NSP	1
40-60	24
Oui	10
Non	7
NSP	7
+ de 60	12
Oui	8
Non	4
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
Oui	13
Non	10
NSP	4
H	14
Oui	9
Non	3
NSP	2
Total	41

Question8 :

Tranches d'âge	Effectifs
- de 20 ans	1
Non	1
20-40	11
Oui	4
Non	4
NSP	3
40-60	24
Oui	1
Non	15
NSP	8
+ de 60	12
Oui	6
Non	4
NSP	2
Total	48

Sexe	Effectifs
F	27
Oui	5
Non	15
NSP	7
H	14
Oui	5
Non	5
NSP	4
Total	41

9.4. Annexe 4 : tableau des corrélations entre les dimensions

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Q1		0,70	0,01	0,54	0,39	0,43
Q2			0,14	0,51	0,48	0,38
Q3				0,25	0,46	0,24
Q4					0,29	0,39
Q5						0,63
Q6						