

**Le message n'est rien,
la cible est tout.**

« C'EST À TOI QUE TU M'ADRESSES »

FÜRSTENBERGER
Sébastien

PROMOTION XV
Année 2020-2024

REMERCIEMENTS

Ce Travail d'Étude et de Recherche m'apparaît une continuité d'un parcours au cours duquel se sont impliqués de nombreux acteurs.

Mes sincères remerciements vont ainsi à tous les enseignants, aux élèves et membres de l'école IFSO Rennes pour la transmission de cet art thérapeutique passionnant, à ceux qui ont su « descendre pour avancer ». [1.p.227]

Marvin.I pour les séances de crânien traduites en Marseillais : « merci Mino ». Mathieu pour ces révisions en espagnol : « ¡ menos en el Slack, más en él Thrust ! ». Fabien et Quentin pour ces moments sportifs autour du concept structurel où clairement la victoire au foot inter promo devenait un objectif, renforçant notre thrust. L'équipe de l'IFSOS qui m'a enseigné la loi du moindre est fort [1.p.180] et qui travaille activement en ce sens. Guillaume qui à chaque manipulation m'a fait croire que c'était très bien donnant un capital confiance qui croît à chacune d'elle. Yvon pour son moyen mémo technique pour la manipulation de C2 avec la finesse granitique finistérienne. Julien B pour cette combativité au jeu du rond qui m'a permis de cultiver cette attention. Marvin. R et Antoine pour ces séances à domicile à base de paris financiers sur l'efficacité de nos manipulations.

Amélie, Anaïs, Lénaïc, Carole, Alex et Léo, merci à vous de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet en m'offrant le temps, l'énergie et en m'encourageant pour aller au bout de cette formation.

Alex.E qui a pris sur son temps pour venir me montrer toutes les subtilités contenues dans un « Slack » au moment où je pensais que celui-ci s'arrêtait quand le patient entier se déplaçait. Yolande pour cette énergie positive permanente, contagieuse et ce sens de la répartie. Aymeric pour ces moments de révisions entre des travaux de rénovation et des solos de guitare. Samy, pour ces fenêtres d'échanges et d'ouvertures sur le sujet.

Damien pour ces 4 ans de patience à penser qu'un jour j'arriverai à savoir descendre sur mon genou mécanique, sans jamais me montrer un signe d'agacement, alors qu'il savait que je n'y arriverai jamais.

Merci à Bruno, tuteur exquis, qui m'a inspiré ce travail. Tu incarnes pour moi ce sujet. Nous sommes tous, quelque part, tes enfants de savoir, et puis « au-dessus c'est le soleil ».

Marianne pour ses encouragements permanents dans les moments de doute et ses liens musicaux qui dépailleraient Lomepal.

Andres et Uchy pour ces instants hors du temps entre matés et embrassades qui vous donnent le soleil au cœur, sur le terrain et en dehors : « Gracias Hermanazo ».

À ma famille, mon clan :

Pierre, Marina, Johann, Loïc, Lylia et Amaya qui depuis le pays Basque m'envoient des vagues d'encouragements qui permettent de surfer sur les contraintes.

Marc et Coline qui me montrent que le courage et le bon travail atteignent la cible. Construire ses ambitions est l'œuvre des grands. Merci pour votre exemple et ce modèle tellement inspirant. C'est ainsi que naît « Stratagème ».

Marina et Hervé à qui je dois énormément pour ce travail d'étude et de recherche. Marina de m'avoir prêté ton homme machine au moment où tu en avais le plus besoin. Hervé, homme machine, sans qui vous n'auriez qu'un travail manuscrit illisible et sans illustrations.

Hervé du fond du cœur, MERCI.

À toi Papa, créateur de génie qui m'inspire et qui pousse sans cesse à la réflexion positive avec l'humilité de la personne de terrain. Je suis très fier de toi.

« Tu ne savais pas que c'était impossible alors tu l'as fait »

À toi Maman, qui permets à chaque être humain d'exprimer ce qu'il a de plus précieux en absorbant sa contrainte pour le révéler. Toi qui du bout du monde, au pied du phare, avec courage, travail, abnégation rends les projets les plus ambitieux possibles. Merci pour ces heures impossibles à comptabiliser d'aides et de soutien en parallèle de tes responsabilités.

« Il y a trois sortes d'hommes : les vivants, les morts et ceux qui vont sur la mer » Aristote.

À toi Myla pour cet accueil à bras ouverts alors que tempête il y avait. À toi Lyvia pour ta contribution à l'élaboration des outils questionnaires-tests, puis tes pouces romains, qui en un très court instant valident ou non l'avancée du Mémoire.

À ma compagne Marjory pour ces heures d'échanges passionnants, cet accompagnement sans limite et sans faille, à deux sur le pont pour rejoindre la côte sauvage que ce soit par mer d'hulle ou par gros temps.

« Il n'y a pas de côtes sauvages sans tempêtes »

SOMMAIRE

LE MESSAGE N'EST RIEN, LA CIBLE EST TOUT.

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

TABLES DES ILLUSTRATIONS

INTRODUCTION	1
CONTEXTE.....	4
1. MOTIVATIONS PERSONNELLES	4
2. LA RENCONTRE THERAPEUTIQUE EN OSTEOPATHIE STRUCTURELLE	5
2.1. La rencontre en ostéopathie structurelle.....	11
2.2. Le grand livre des réflexes.....	17
2.3. La bible des préférences motrices.....	36
ESSENTIEL A RETENIR	50
3. HYPOTHESE.....	53
4. MATERIEL & METHODE :	54
4.1. Matériel.....	54
4.1.1. Population.....	54
4.1.2. Questionnaires	55
4.2. Méthode.....	55
4.2.1. Utilisation des questionnaires.....	55
4.2.2. Recueil des questionnaires remplis.....	57
5. ANALYSE ET RESULTATS	58
5.1. Analyse.....	58
5.2. Résultats	58
5.2.1. Résultat des questionnaires VAK	58
5.2.2. Résultats des profils patients identifiés	59
5.2.3. Résultat des EVA	60
5.2.4. Relation entre reconnaissance du profil du patient et efficacité du soin	60
5.2.5. Test statistique	62
6. SYNTHESE ET DISCUSSION.....	63
6.1. Synthèse des résultats.....	63
6.2. Discussion	63
7. CONCLUSION	67
8. OUTILS DE PROPOSITION	70
8.1. Outils Pro Feel patient.....	70
8.2. Outils Pro Feel Thérapeute	71
9. BIBLIOGRAPHIE.....	72
10. ANNEXES.....	75
11. RESUME	109

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figures :

Fig. 1 - Lien entre le système vestibulaire et aires primitives du cerveau. [15].....	8
Fig. 2 - Portrait de Mr. BOUHANA.	11
Fig. 3 - Auscultation animale de Mr. BOUHANA.	11
Fig. 4 - Tripode d'Action de M. BOUHANA. [5,p.3]	12
Fig. 5 - Tripode Technique de M. BOUHANA. [5,p.8]	13
Fig. 6 - Portrait de Mme. GODDARD BLYTHE (Annexe 4, p.78)	17
Fig. 7 - Couverture du livre "Le Grand Livre Des Réflexes" de Sally GODDARD BLYTHE..	17
Fig. 8 - Image d'équipe & joueurs atteints d'autisme du club de rink hockey de San Juan....	27
Fig. 9 - Les réflexes posturaux. [6,p.66].....	31
Fig. 10 - Portrait de M. M.HIPPOLYTE.	36
Fig. 11 - Portrait de M. THERAULAZ.	36
Fig. 12 - Première de couverture du livre "La Bible Des Préférences Motrices".....	36
Fig. 13 - Schéma des deux profils moteur primaire / moteur secondaire. [7,p.125].....	41
Fig. 14 - Graphique 3D du papillon de LORENZ. [7,p.125].....	42
Fig. 15 - Système vestibulo-cochléaire et analogie visuelle avec le papillon de Lorenz (Source : Internet)	43
Fig. 16 - Schéma du fonctionnement de chaque être humain.	46
Fig. 17 - Corps calleux. (Source : Internet)	47
Fig. 18 - Illustration de la densification des fibres & myélinisation hétérogène. [7,p.312]....	48
Fig. 19 - Profils VAK Thérapeutes.	58
Fig. 20 - Profils VAK Patients.	58
Fig. 21 - Graphique de reconnaissance des profils VAK.....	59
Fig. 22 - Comparaison des notes d'efficacité entre profils reconnus ou non.....	60
Fig. 23 - Diagramme de relation entre profil sensoriel et efficacité du soin.	61
Fig. 24 - Illustration graphique de l'interface du site BiostaTGV.	62
Fig. 25 - Interprétation des valeurs P-Value.....	62
Fig. 26 - Schéma du VAK patient.	69
Fig. 27 - Illustration du marteau et de la clé.	69
Fig. 28 - Exemple de diagramme 3D à secteurs présentant le pourcentage des sens du patient exprimé avec l'outil Pro Feel.	69
Fig. 29 - Outils Pro Feel Patient.....	70
Fig. 30 - Outils Pro Feel Thérapeute.....	71
Fig. 31 - Lésion mécanique au sein du système sensitif.....	109

Tableaux :

Tableau 1 - Evolution des réflexes.....	28
Tableau 2 - Schéma chronologique récapitulatif de l'expérience.....	57
Tableau 3 - Tableau de données du test de Friedman.....	62
Tableau 4 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 1.....	106
Tableau 5 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 2.....	106
Tableau 6 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 3.....	106
Tableau 7 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 4.....	107
Tableau 8 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 5.....	107
Tableau 9 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 6.....	107
Tableau 10 - Moyenne d'efficacité perçue : profil du patient reconnu ou non.....	108
Tableau 11 - Différence d'efficacité perçue en fonction de la reconnaissance du profil du patient.....	108
Tableau 12 - Note moyenne d'efficacité perçue en fonction du nombre de profils reconnus.....	108
Tableau 13 - Moyenne générale du pourcentage de différence sur la moyenne d'efficacité perçue.....	108

INTRODUCTION

Ce Travail d'Étude et de Recherche propose une réflexion sur le thème de la cible, le patient, lors du soin ostéopathique structurel.

Dès l'une des toutes premières lignes du livre « Ostéopathie structurelle. Lésion structurée-concepts structurants », Jean-François TERRAMORSI pose les bases de notre concept avec cet adage : « Le message n'est rien, la cible est tout ». [1,p.16]

Puisque le message n'est rien, pourquoi passe-t-on autant de temps sur le message structurel ?

Pourquoi passe-t-on si peu de temps sur la cible puisqu'elle est tout ?

Cela fait donc 4 ans que j'étudie « le rien » en espérant atteindre « le tout ».

Jean-François TERRAMORSI, père fondateur de nos « Concepts structurants » thérapeutiques nous laisse avec cette énonciation ...et me laisse avec cette question.

Mon père, lui, nous élève mes 3 frères et moi avec la réflexion suivante :

« L'adulte croit qu'il sait. L'enfant sait qu'il croit. » Jean-Bernard FÜRSTENBERGER.

Mon esprit entend alors : La cible est un enfant avec ses concepts structurants.

Fort des affirmations de ces deux grands Hommes, créateurs, passionnés et constructeurs, ce Travail d'Étude et de Recherche va se consacrer aux caractéristiques de cette cible.

Par ailleurs, mes treize années de vie dans le sport de haut niveau en tant qu'athlète en Rink-Hockey m'ont confirmé une chose : même avec le meilleur des entraînements, le meilleur état de forme, la meilleure technicité, c'est bien lors de LA rencontre sur LE terrain que le message atteint la cible, ou pas...

Existent bien une notion d'état mental, une notion de disponibilité et une notion d'analyse dans l'espace-temps très court qui définissent des choix inconscients qui vont soit vous faire atteindre la cible, soit vous la faire manquer.

Dans le sport collectif d'affrontement, me plaît intensément le fait que tout le long de l'opposition, vous êtes alternativement messenger ou cible ou simultanément les deux !

Vous êtes messenger pour vos partenaires mais également messenger malgré vous, lisible, pour l'adversaire.

Vous êtes cible pour la passe « décisive » de votre coéquipier ou le défenseur cible à « éliminer » pour marquer.

Vous êtes messenger-cible quand vous êtes porteur de balle, messenger si la passe offre à votre partenaire un potentiel d'action meilleur que le vôtre, et cible si vous êtes le meilleur potentiel d'action.

Fort de ces sensations Visuelles avec ces moments où vous voyez ce qui va se passer avant que la loi du temps ne s'exprime, Auditives avec ces bruits de patins qui vous donnent tant d'informations sur votre adversaire, Kinesthésiques avec les appuis sur patins qui ne s'expliquent pas mais ne peuvent que se vivre, je commence ce travail par ces postulats de départ :

Le thérapeute « messenger » et le patient « cible » grandissent avec des perceptions sensorielles : Visuelle-Auditiv-Kinesthésique [VAK] comme l'est décrit dans l'ouvrage de John GRINDER & Richard BANDLER. [2,p.4]

Ces profils peuvent caractériser les thérapeutes et les patients.

Dans une relation où le thérapeute et le patient se reconnaissent comme étant « du même niveau de complexité » [1,p.13] alors nous pouvons nous demander qui est le messenger et qui est la cible.

Mon sous-titre tente d'inverser le prisme de pensée en mettant le patient en point de départ et point final d'une rencontre thérapeutique.

Je pense que c'est lui qui nous reçoit dans le soin et pas l'inverse.

C'est bien lui qui reçoit notre message structurel.

« C'est à toi que tu m'adresses »

Si nous prenons la métaphore de la voiture thérapeute qui pousse la « voiture patient » pour lui redonner l'impulsion qui lui permet de redémarrer, il me semble important que la « voiture patient » comprenne très tôt l'intention et se mette dans les dispositions qui lui sont optimales pour bénéficier de cette impulsion extérieure toute thérapeutique soit-elle.

Il ne faut pas uniquement une confiance en soi et en l'autre mais bien que les deux véhicules embrayent sur le bon rapport. [1,p.14–15]

L'objectif de ce travail est de tenter de caractériser la cible puis d'établir si un thérapeute qui reconnaît celle-ci optimise l'efficacité du soin.

Les travaux de mes aînés Mr VANDER-GUCHT Nicolas (promotion 12) [3] et Mr BARBE Adrien (promotion 14) [4] sont les points de départ que nous retenons :

- Le travail de Mr VANDER-GUCHT Nicolas sur l'expérience des patients, les effets contextuels et la notion d'efficacité thérapeutique.
- Le travail de Mr BARBE Adrien sur les réflexes archaïques et leurs influences croisées.

Si « la cible est tout », que « l'adulte croit qu'il sait », que les effets dit « contextuels » jouent sur l'efficacité et que « nos réflexes archaïques ont des influences croisées », alors nous avons les ingrédients nécessaires pour démarrer ce travail qui va se développer en quatre parties :

Une première partie établit le contexte de l'étude, mes motivations personnelles et une approche des différents composants de l'ostéopathie structurelle.

Une seconde partie est consacrée à la recherche d'informations et de convergences à partir de trois sources documentaires :

- La rencontre en ostéopathie structurelle. Jean BOUHANA. 2019. [5]

La notion de pôle de l'action.

- Le grand livre des réflexes. Sally GODDARD BLYTHE. 2022. [6]

L'impact des réflexes primitifs et posturaux sur le comportement.

- La bible des préférences motrices. Bertrand THERAULAZ - Ralph HIPPOLYTE. 2021. [7]

L'inné et l'acquis dans nos préférences motrices.

Une troisième partie concerne la finalisation de la formulation de l'hypothèse ainsi qu'une proposition d'objectivation de l'étude basée sur une expérimentation à partir de questionnaires.

Une quatrième partie est une discussion sur les résultats obtenus et les ouvertures qu'ils proposent.

CONTEXTE

1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

« Le message n'est rien, la cible est tout »

À elle seule, cette phrase vient me percuter et fait du lien entre toutes mes expériences de vie, de joies et réussites ou d'échecs et peines.

En situation d'échec, la jeunesse ou la facilité d'interprétation déculpabilisante l'expliquera toujours par une responsabilité extrinsèque. [1.p.45–46]

Et si je n'avais pas su atteindre la cible non pas par défaut de capacité mais par manque d'attention ?

L'enseignement ostéopathique nous permet tout juste de découvrir notre outil thérapeutique. Nous façonnons durant ce parcours la qualité de notre message. La maîtrise d'un outil nous définit technicien, mais dans le soin, la qualité de réception du message fait de nous thérapeute.

Lors de la présentation de Mr VANDER-GUCHT Nicolas (promotion IFSO n°12) sur le thème : « Durée de consultation et ostéopathie : état des lieux et incidences »,

il est fait état que le soin technique contribue pour 25% à l'efficacité du soin, l'effet contextuel pour 25% et la communication 50% [3]. constat repris de l'étude de LAMBERT et BARLEY [8].

La cible à elle seule incarne donc un potentiel de 75% sur l'efficacité de son soin, alors que notre outil mécanique, le message, quant à lui, n'en a que 25 %.

Partant de cette donnée vérifiée, il est donc capital de s'adresser à une cible dont on a pris le temps, le soin, de bien connaître les caractéristiques propres.

C'est bien LE patient qui va recevoir un thérapeute et pas le thérapeute qui reçoit UN patient.

Vu sous cet angle, « le message n'est rien, la cible est tout » prend tout son sens.

Le sous-titre de mon Mémoire est donc : « C'EST À TOI QUE TU M'ADRESSES »

Quelle cible s'adresse à mon message ?

Une cible se présente à nous en cherchant son « bon » message.

Cette cible recherche le bon message, notre compétence technique, mais aussi et surtout le bon messenger.

2. LA RENCONTRE THERAPEUTIQUE EN OSTEOPATHIE STRUCTURELLE

Etat des lieux :

L'ostéopathie a été créée aux États-Unis dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle par Andrew Taylor STILL, Médecin de formation. Cette thérapie est classée dans les Médecines Alternatives Complémentaires, dans l'étude philosophique de l'ostéopathie de HOGEDZ et GAUDREAU, réalisée en 2019 [9,p.156-166]. Elle peut également être identifiée comme une médecine manuelle non conventionnelle sous le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale réalisé par BARRY et FALISSARD à la demande du ministère de la santé, en 2012 [10].

L'ostéopathie est définie de manière différente en fonction des instances et organismes consultés.

L'Organisation Mondiale de la Santé donne une longue définition en 2010 dans un ouvrage intitulé « Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine » [11] : « L'ostéopathie (...) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. (...) »

Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. » [11,p.13]

Différents courants ostéopathiques :

S'appuyant sur le Mémoire de M. VANDER-GUCHT qui synthétise les travaux de M. LOISELET [12] : « Il n'existe pas de classification officielle des multiples courants existants. Les praticiens diplômés sont, par définition : "ostéopathes". Chacun est libre d'utiliser telle ou telle technique, issue de tel ou tel courant et formation. Il est tout de même d'usage, au sein de la profession, de distinguer deux grands courants : Les ostéopathes "structurels" et les ostéopathes "fonctionnels". » [3,p.8] « Traduit de l'anglais et tiré du Mémoire de fin d'étude d'ostéopathie d'Éric Le GROUMELLE, "Analyse des conditions juridiques des pratiques d'un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe", 2019 [13] : La pratique structurelle est couramment apparentée à des actes de manipulations articulaires. La technique la plus connue, est une Manipulation Directe, spécifique, rapide et de faible amplitude (High Velocity Low Amplitude - HVLA), aussi appelée traitement de mobilisation avec impulsion, ou « thrust ». Le bruit de craquement caractéristique qui peut accompagner une manipulation de ce type est lié à un phénomène de cavitation au sein d'une ou plusieurs articulations.

Le praticien fonctionnel utilise d'autres techniques plus lentes. Il peut s'agir par exemple, d'une méthode de traitement indirecte dans laquelle le praticien guide la procédure tout en palpant la zone en dysfonction, de façon à obtenir un feedback continu de la réponse physiologique à ce mouvement induit. Le praticien guide la partie en dysfonction pour créer une diminution de la sensation de résistance tissulaire.

Bien évidemment, il existe une multitude d'autres techniques utilisées par l'un ou l'autre courant. Certains ostéopathes définissent d'ailleurs leur pratique comme Mixte. D'autres courants plus spécifiques et à la marge ne seront pas détaillés ici. » [3,p.9]

Nous considérerons dans ce travail le courant structurel.

Constituants de soins ostéopathiques :

Les différents ouvrages de littérature technique s'accordent sur le point que, en complément de la mise en pratique d'un bagage technique qui se doit d'être maîtrisé, différents éléments communs nous sont identifiables dans les soins ostéopathiques.

- **Le message, le met sage :**

Le message est dans le courant structurel un test de résistance, un « slack » puis un « thrust » qui constituent le geste manipulatif.

Cette approche directe de corps à corps doit être digérée par l'organisme et le psycho-émotionnel du patient.

De manière réciproque le thérapeute doit être réceptif aux paramètres conjonctifs de l'organisme de celui-ci.

Ce message doit être proposé en conscience et avec légitimité thérapeutique.

Cette notion fait appel à la sagesse du thérapeute. Le geste est préparé et servi sur table. Le geste est modéré et réfléchi : un met sage.

- **Langage, lent gage :**

Lors d'un soin il y a la communication nécessaire et spontanée qui opère instantanément.

Un soin commence dès la première interaction par une forme de communication.

Communiquer : être, se mettre en relation. [13]

Langage : Fonction d'expression de la pensée et de la communication entre les humains, mise en œuvre par la parole, l'écriture ou tout système de signes permettant la communication. [13]

Lors d'une première rencontre cette communication nécessite un certain temps, nos premiers gestes d'approche nécessitent un certain temps et l'action de la séance va prendre un certain temps.

Il y a donc une notion de lenteur en opposition à une rapidité de ces différents temps.

Lent : qui met du temps à agir, à opérer, à s'accomplir. [13]

Cette entente scelle tacitement un pacte de confiance. Le patient (la cible) s'en remet à nous.

Nous lui proposons monnayant finance notre compétence intellectuelle et technique.

Il y a donc une forme de gage qui s'est installée. C'est l'objet du soin.

Gage : objet de valeur, bien mobilier remis pour garantir le paiement d'une dette. [13]

- **L'efficience :**

Dans notre pratique nous cherchons tous à optimiser nos actes, nos séances et donc à optimiser notre efficacité.

« Le moindre effort, le moindre est fort » [1,p.180] invite à la recherche de l'efficience.

Cette mesure du niveau de performance du résultat obtenu en fonction des ressources consommées est au cœur de cible de notre quête.

Pour rappel, nous avons vu dans le Mémoire de Mr Nicolas VANDER-GUCHT [3], que le message a un potentiel de 25% d'efficacité du soin. 25% sont d'ordre contextuel laissant le messager avec un potentiel de 50%.

Approche de la cible

- **Le « type » de patient :**

Pour recevoir les informations, nous disposons d'un système de perceptions global qui fait intervenir 5 sens (l'odorat, la vue, l'ouïe, le toucher, le goût).

Ce sont des canaux de perception.

Dans les années 1970, deux psychologues, Richard BANDLER et John GRINDER, proposent un travail appelé « La Structure de la Magie » sur un modèle reliant la perception sensorielle et l'état interne d'une personne. Ils mentionnent des canaux de perceptions sensoriels [14].

Dans la rencontre thérapeutique, puis le soin, 3 canaux sont naturellement privilégiés :

Visuel | Auditif | Kinesthésique

Ces canaux de perceptions sont dénommés : VAK (Visuel Auditif Kinesthésique),

D'après ce modèle, chaque être humain a intrinsèquement un canal sensoriel préférentiel.

Le thérapeute a son canal sensoriel préférentiel.

Le patient a son canal sensoriel préférentiel.

Ces constats a priori simplistes sont peut-être une des clés pour faire un bond dans l'efficience des soins proposés.

- **La communication thérapeutique :**

Au niveau anatomique, il est important de noter que nos canaux de perceptions sont physiologiquement les nerfs crâniens les plus courts et donc les plus rapides dans la réception d'informations :

- Nerf 1 : olfactif qui est une extension du cerveau jusqu'aux fosses nasales.
- Nerf 2 : optique sous forme de tractus optique qui est une extension du cerveau jusqu'aux yeux.
- Nerf 8 : vestibulo-cochléaire. « L'oreille interne est le point d'arrivée mécanique de la chaîne montante et le point de départ mécanique de la chaîne descendante ». [1,p.320-231]
- Nerf 9 : glosso-pharyngien. La corde du tympan provient du nerf facial 7 et innerve la langue.

Ces fonctions sont très primitives avec comme missions essentielles de sentir le danger combattre, fuir, s'alimenter ou se reproduire.

Ces canaux de perceptions sont donc très étroitement liés au système nerveux autonome, sympathique et para-sympathique. C'est un lien direct avec nos aires primitives.

Aires primitives du cerveau : Structures internes du cerveau localisées sous le cortex cérébral (dans l'aire sous corticale) régulant diverses fonctions primaires comme la respiration, la tension artérielle.

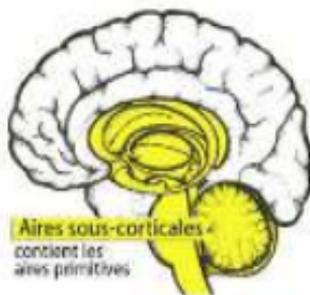


Fig. 1 - Lien entre le système vestibulaire et aires primitives du cerveau. [15]

Il est très intéressant d'associer à ce constat que le geste manipulatif structurel recherche dans son expression la plus efficace une réaction du système nerveux autonome.

Il est également intéressant de prendre en considération les principes de Mr Andrew Taylor STILL [16,p.16], fondateur de l'ostéopathie structurelle, qui prône le principe de l'artère qui est suprême avec une bonne perfusion pour une bonne santé : « ni trop ni trop peu ».

Nous remarquons également que nos nerfs sensoriels sont étroitement liés à la gestion des aires sous-corticales régulant la respiration et la tension artérielle.

La respiration du thérapeute superposée à celle du patient sont les véhicules du « slack », le test de résistance, et du « thrust », l'acte manipulatif, le message, que l'on aimerait le plus perfusant possible. Une relation directe et étroite existe entre nos gestes manipulatifs, les sens et le système nerveux autonome.

N'avons-nous tous pas déjà connu la sensation de stress sympathique avec suees intenses en tant que thérapeute lors d'un Grand Oral Pratique, ou alors en tant que patient chez le dentiste au moment où la turbine creuse notre pulpe dentaire et tutoie peu à peu notre nerf ?

Notre vue, nos sens proprioceptifs et notre ouïe nous renvoient très rapidement à ces réactions neuro-végétatives, et nous recherchons une communication de confiance d'urgence.

Vu sous cet angle, nous pouvons alors reprendre le travail de Marianne ADANDÉ [17], qui cite la phrase de la psychologue clinicienne de l'Université de Lyon, Mme Brigitte BLANQUET :

« La rencontre est l'acte thérapeutique par excellence » [18]

Mr Jean BOUHANA affine la réflexion sur LA rencontre thérapeutique, y inscrivant la démarche du patient qui attend du thérapeute une perception de sécurité et de confiance. La réponse va permettre, ou non, LA rencontre et l'évolution de la situation thérapeutique.

Ce Travail d'Étude et de Recherche approfondit dans sa seconde partie, les travaux de Mr BOUHANA qui détermine trois stades dans « la rencontre en ostéopathie structurelle » : celui de la séparabilité, celui de la non séparabilité et, lorsqu'il y a sécurité et confiance, alors celui du pôle de l'action.

Il souligne l'importance du thérapeute dans l'orientation de « la co-crédation de l'intercorporalité tissulaire et perceptive », utilisant pour le praticien la métaphore de « chef d'orchestre de la rencontre. » [5]

- **La communication**

En ostéopathie, le soin est composé de trois entités distinctes, l'acte technique, le cadre thérapeutique et la communication thérapeutique, comme l'énonce l'article d'étude de LAMBERT & BARLEY [8]. Cette dernière occupe une place significative dans le soin, constituant l'axe de notre travail. Nous pouvons la définir comme l'ensemble des interactions entre le patient et le thérapeute en dehors du geste technique. Ces interactions sont possibles par trois canaux de communications distincts :

- Le verbal (les mots),
- Le para-verbal (la voix : l'intonation, le rythme),
- Le non verbal (mimiques, positions des interlocuteurs, attitudes corporelles).

Axel BERDAT nous éclaire également dans son travail de fin d'étude en ostéopathie structurale en 2019 : « La communication thérapeutique a pour but de créer ce qu'on va appeler l'alliance thérapeutique. Dans un soin, le thérapeute et son patient doivent tous les deux travailler ensemble [...], pour aboutir aux objectifs du traitement. C'est donc une collaboration. Le soin dépend d'une motivation réciproque, de la confiance et de la coopération entre les différents protagonistes. » [19,p.11]

En conclusion, la communication thérapeutique prend tout son sens dans le soin et permet l'optimisation du geste technique grâce à l'alliance thérapeutique, et l'obtention d'une unité proactive. Existe-t-il des outils facilitateurs de création d'alliance thérapeutique ? Dans le cadre de ce travail, des recherches dans la littérature vont nous fournir des informations, bases de construction de réponses et d'une expérimentation objectivée. Nous allons en particulier étudier trois références de courants différents, porteurs d'une référence commune. Cette méthodologie est appliquée en adéquation avec le modèle fondamental ostéopathique structurel. Avec cette logique, la résultante de trois sources d'informations convergentes nous donne une précision d'action.

Par ce raisonnement nous allons ainsi étudier trois références :

Un article d'un enseignant de l'Institut de Formation Supérieur d'Ostéopathie de Rennes, sur la rencontre en ostéopathie structurale, un ouvrage d'une référente internationale sur le développement de l'enfant, et celui de référents dans la haute performance sportive.

De larges extraits sont cités en respectant les termes exacts des auteurs, permettant aux lecteurs de découvrir objectivement qu'apparaît une référence commune : le rapport de l'être humain à la gravité.

Tout commence par une rencontre...

2.1. La rencontre en ostéopathie structurelle.

Jean BOUHANA. Dimanche 8 décembre 2019



Fig. 2 - Portrait de Mr. BOUHANA.



Fig. 3 - Auscultation animale de Mr. BOUHANA.

Au bout du Finistère, en 2018, une patiente que je voyais en soin m'a un jour parlé d'un ostéopathe qu'elle a qualifié de « magicien ». Un certain « Jean BOUHANA » Annexe 3, p.77. À ma question, pourquoi cette qualification ? Sa réponse ne fût pas spontanément sur les résultats spectaculaires qu'ils avaient obtenus mais sur « sa manière d'aborder le soin et le patient » !

Le hasard fait que 3 ans plus tard, j'assiste à un cours donné par ce « magicien ». Puis, je participe à une clinique avec lui. Lors de celle-ci, il m'apprend qu'il travaille aussi avec des chiens, chats et chevaux. Ses outils thérapeutiques restent les mêmes mais c'est dans la rencontre que cela diffère.

L'être humain nous paraît être le seul mammifère qui a conscience que ses congénères peuvent le soigner par un corps à corps thérapeutique. Ce phénomène unique en fait une caractéristique très distincte. Elle implique une conscience, une confiance, une capacité à communiquer par de multiples sens.

Jean BOUHANA décrit les phases d'une rencontre en ostéopathie structurelle, leurs rôles fondamentaux et leurs impacts :

« L'homme est fondamentalement communicant. Il est organisé pour échanger avec son milieu extérieur, y évoluer, y assurer ses fonctions principales et s'y actualiser.

Les moyens de communication sont assurés par ses 5 sens perceptifs, dont le tact et les différentes fonctions qui lui permettent une interaction avec son milieu.

Mais c'est bien le « corps-conscience » qui perçoit.

Dans son ouvrage « Phénoménologie de la perception » [20], M.MERLEAU-PONTY précise :

« C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois les choses. » [5,p.2]

« La question qui se pose alors au thérapeute manuel est comment mettre en jeu cette rencontre de façon à permettre pleinement l'émergence de phénomènes qui intéressent la thérapie ; comment peut-il générer et utiliser cette co-construction nécessaire. » [5,p.2]

Jean BOUHANA caractérise 3 situations évolutives dans le déroulement de la rencontre thérapeutique, créant « l'unicité sensible » :

1. « La situation de séparabilité » [5,p.3], qui correspond aux périodes pendant lesquelles les protagonistes thérapeute et patient sont des entités indépendantes l'une de l'autre, en particulier quand ils se découvrent pour la première fois,
2. « La situation de non séparabilité » [5,p.3] qui correspond pour lui aux phases dans lesquelles le thérapeute et le patient ont dépassé le stade d'entités indépendantes et accèdent au « partage d'un espace sensible commun, vécu dans le présent de la rencontre, et qui dépasse la structure ». [5,p.3]
3. « Le pôle de l'Action » [5,p.3], qualifié ainsi par Mr BOUHANA lors de la création d'un nouvel équilibre, subtil et bref mais à fort potentiel, qu'influence directement la pondération variante des situations de séparabilité ou non,

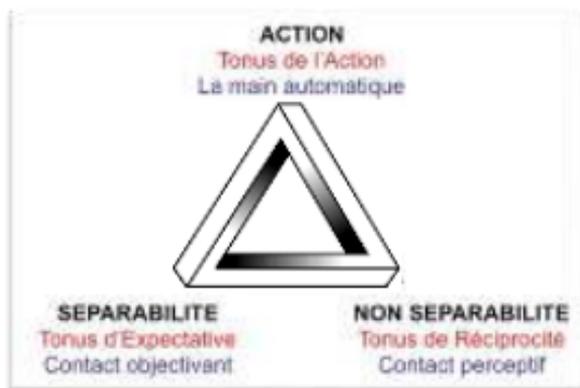


Fig. 4 - Tripode d'Action de M. BOUHANA. [5,p.3]

L'auteur associe à chacune des 3 situations une notion différenciée de tonus et de typologie de contact, comme l'illustre la figure ci-dessus.

En développant la phase de « pôle de l'Action », Mr BOUHANA établit que :

« Le propre du thérapeute est, entre autres, d'amener et de garder son patient dans le présent de ce qui se vit.

Le thérapeute dont le rôle est de générer la relation adéquate au but recherché, amène ainsi son patient dans « l'ici et maintenant », dans un présent vécu à deux.

Pour cela, le thérapeute maintient les éléments qui ancrent la relation :

- L'interface tactile : le contact perceptif.
- Son intentionnalité qui génère la conscience d'une réalité propre à cette rencontre particulière.
- Sa vigilance attentive aux phénomènes qui émergent du corps de cette rencontre
- Sa « présence » sécuritaire et soutenante et les différentes prises en compte pour y parvenir. » [5,p.8]

Ces deux pôles déterminés (séparabilité et non séparabilité) entraînent un espace vécu sensitivo-moteur commun et permettent l'apparition du troisième pôle « **créateur d'un nouvel équilibre** : Le pôle de l'Action. » [5,p.8]



Fig. 5 - Tripode Technique de M. BOUHANA. [5,p.8]

« Ainsi le rôle du thérapeute est de mettre toutes les conditions en place pour faire naître l'intercorporalité, suivre les phénomènes liés au concept de circularité, et faire en sorte que ce troisième pôle puisse émerger, au moment opportun (le kairos des grecs).

Le pôle de l'action n'est pas la résultante de la volonté du thérapeute, mais il naît de façon indéterminée de la co-construction vécue par le couple en présence. Il y a là une notion de « posture observante » et de « laisser faire » du thérapeute. » [5,p.9]

Cette phase est également décrite dans la Bible des préférences motrices dans laquelle les auteurs la nomment « État de flow. » [7,p.169]

Mr BOUHANA illustre par la figure ci-dessus une interprétation additionnelle à celle des 3 situations rencontrées lors d'une rencontre thérapeutique, sous l'angle de la perception technique du soin :

« Si, dans la situation de non séparabilité, l'ajustement de la main se fait par un circuit court d'adaptation au but perceptif recherché, dans le pôle de l'Action, l'adaptation du geste, de la main et de l'acte est « automatique », sans distinction de qui fait quoi ; Comme si le tissu se libère de lui-même. » [5,p.10]

Dans cette situation de pôle d'Action, le patient, notre cible, nous offre la manipulation efficace : « C'est à toi que tu m'adresses ».

Au niveau sémantique il est intéressant de savoir que la traduction du mot thrust est poussée, ébranlement. « Sans le « h », trust veut dire « confiance » en anglo-saxon. » [5,p.10]

En effet, d'une certaine façon, « le thérapeute doit faire confiance à ce qui va émerger de l'intercorporalité pour établir un nouvel équilibre meilleur que le précédent. » [5,p.10]

De manière synchrone, le patient et le thérapeute sont, en confiance, en état de « des équilibres » pour retrouver « un équilibre » nouveau.

« Si l'on considère l'acte manipulatif comme la sollicitation d'une co-construction thérapeutique, les différentes séquences de cet « acte perçu » se construisent en fonction de la phénoménologie liée aux situations de rencontre. » [5,p.13]

« L'intégration de la technique par le praticien résulte de la répétition et de l'entraînement. Ne plus monopoliser l'opérateur et le rendre disponible aux échanges et aux phénomènes qu'il doit vivre avec son patient est le véritable enjeu d'une pratique répétée. » [5,p.13]

« La technique est au service de la relation, et la relation crée l'espace de rencontre propice à l'expression de la technique.

Les trois situations de rencontre caractéristiques correspondent aux trois grandes phases de la gestuelle thérapeutique qui sont indissociables, intégrées, en continuité et ne sont séparées que dans un but didactique.

La première phase :

Elle correspond à la nécessité d'une démarche analytique du praticien. » [5,p.13]

La deuxième phase :

« Elle correspond à la mise en place d'une intercorporalité thérapeutique liée à la non séparabilité, et à l'organisation gestuelle de la technique à employer.

Elle traduit un renforcement de la polarité de non-séparabilité et un accès au présent de leur rencontre. » [5,p.14]

« Cette recherche du caractère opérant des lésions permet au thérapeute d'organiser son traitement en fonction de l'importance qu'il en déduit sur l'équilibre général de son patient. » [5,p.15]

« Cette démarche pratique permet de sérier les actions en les limitant au strict nécessaire et répondre ainsi à l'adage : « En techniques structurales, moins on en fait et mieux c'est. ». » [5,p.16]

La troisième phase organisationnelle : Le thrust

« Quand le thérapeute vit une expérience de rencontre avec son patient en mobilisant son intentionnalité, les conditions sont alors présentes pour que puisse apparaître le pôle de l'action dont le « thrust » est sa manifestation gestuelle. » [5,p.16]

« Ce n'est pas forcément un geste à « haute vélocité » qui s'inscrit dans une partie infime du présent ; ce geste vécu par les deux protagonistes possède, dans sa séquence d'exécution, un instant très court qui **va initier un nouvel équilibre.** » [5,p.16]

[Équi-libres]

« La réponse à ce geste particulier nécessite la mise en place de conditions non moins particulières à sa création. De ce fait, la sollicitation de la co-construction doit, dans la gestuelle, lui laisser toute liberté d'émerger.

Même si la structure est sollicitée de manière orientée, sa réponse doit pouvoir s'exprimer librement.

L'action dans le troisième pôle de la rencontre thérapeutique, est une « demande » à laquelle la co-construction (réalité commune sensitivo-motrice propre à la situation) répondra (ou non) d'une façon indéterminée, dans ses effets et dans un temps (instant) propre à lui.

Le thérapeute n'est là que pour permettre que la réponse de la co-construction existe. » [5,p.17]



La réponse

« Elle utilise également la phénoménologie qui découle d'une rencontre patient thérapeute et dépasse ainsi un aspect structurel basique. Cette rencontre phénoménologique ostéopathique prônée entre autres par Zachary Comeaux permet de donner sens à la rencontre thérapeutique ostéopathique. Les différentes situations de rencontre que nous empruntons avec notre patient nous permettent de toucher des mondes phénoménologiques différents. C'est bien grâce à cela qu'avec notre patient, nous pouvons explorer des chemins d'accès à ses possibilités de rétablissement :

La rencontre ostéopathique, vue sous cet angle, implique le thérapeute dans toutes les dimensions de son corps-conscience, percevant et sachant.

Les approches mécanistes et phénoménologiques ne sont pas antinomiques. Elles font partie des possibilités perceptives du thérapeute ostéopathe et nous devons les considérer en tant que possibilités humaines de relations thérapeutiques.

La mobilisation de l'intention perceptive devient alors l'acteur des modifications des structures concernées, module nos actions, et, les processus impliqués font partie des phénomènes entraînés par le type de situation emprunté.

Avant toute application technique, le thérapeute met en place les conditions nécessaires pour rendre ses actions efficaces.

Ceci implique qu'il dirige la relation avec son patient vers une situation qui permet l'efficacité de ses actes en adéquation avec l'intention perceptive qu'il veut mobiliser.

Dans ce type de préalables mis en place par le thérapeute, tout acte doit s'inscrire avec justesse dans la relation thérapeutique. Tout décalage, entre la situation que l'on initie, le contact tactile utilisé et la démarche intentionnelle, amène à coup sûr le clivage de la séparabilité et nous éloigne de ce fait d'une phénoménologie adaptée à la thérapie. »

[5.p.17-18]

Quels sont les éléments structurants de postures soignant-soigné permettant la naissance d'une relation et d'un nouvel équilibre...

2.2. Le grand livre des réflexes.

Sally GODDARD BLYTHE. 2022



Fig. 6 - Portrait de Mme. GODDARD BLYTHE
(Annexe 4, p.78)



Fig. 7 - Couverture du livre "Le Grand Livre Des Réflexes" de Sally GODDARD BLYTHE.

LES RÉFLEXES PRIMORDIAUX, TRAIT D'UNION ENTRE LES SCIENCES HUMAINES ET LES THÉRAPIES.

Partie 1

Un point anatomique : l'essence du « je » / les sens du jeu. [1,p.221]

Cet ouvrage, considéré comme la référence dans le monde scientifique et cognitivo comportemental, apporte des données précieuses sur nos systèmes et nos sens. Dans leur ordre chronologique d'émergence et de maturation, voici quelques points fondamentaux.

1. LE VESTIBULAIRE se référer au schéma Annexe 7 p.81 :

« Le vestibule est probablement le plus ancien et le plus primitif des systèmes sensoriels. L'oreille humaine est une excroissance ou un développement de l'un des premiers organes sensoriels complexes des vertébrés : le récepteur de la ligne latérale. » [6,p.124]

Ce système sensoriel est présent chez de nombreuses espèces de poissons et certains amphibiens. Il informe l'animal du mouvement de la peau par rapport à la surface du corps.

Nous apprenons grâce à Neil SHUBIN dans son ouvrage de 2009 [21], que notre origine humaine découle d'une évolution du Tiktaalik (poisson avec poignets et doigts), il y a 375 millions d'années.

« Chez les mammifères, l'oreille est devenue plus développée et se divise en deux structures :

1. L'appareil vestibulaire, le mécanisme de l'équilibre
2. La cochlée, l'appareil auditif. » [6,p.125].

Ces systèmes partagent une cavité commune, un fluide (endolymphe) et la transmission de l'information par un même nerf crânien, le VIII^e aussi appelé nerf vestibulo-cochléaire (nerf auditif). L'audition est forcément influencée par les informations qui passent par le vestibule, et le vestibule est forcément influencé par le son.

« Le système vestibulaire et le système réflexe sont tous deux étroitement alignés sur le système visuel, agissant comme les substrats sur lesquels les aptitudes oculomotrices et visio-perceptuelles sont construites. » [6,p.125]

2. TACTILITÉ :

« La première réponse observée à la stimulation tactile survient environ 5 semaines après la conception avec l'apparition des réflexes de retrait cutané. » [6,p.130]

« La première prise de conscience primitive du toucher est une **réaction défensive de retrait**. » [6,p.130]

« Le toucher précède à la fois l'ouïe et la vision comme principal canal d'apprentissage, les récepteurs tactiles couvrent tout le corps. » [6,p.130]

« L'enfant qui a un système de protection trop actif sera « défensif au toucher » et peut encore avoir des réflexes au retrait cutané non inhibés qui continuent d'influencer son système nerveux central. Si tel est le cas le toucher ne peut pas être, ni une source de confort instantané, ni un moyen de transmission d'information, car la réponse réflexe provoquera un retrait de la source de contact » [6,p.131] [...]

« Dans les cas extrêmes, cela peut jouer un rôle important dans la distorsion du schéma corporel, ce qui est caractéristique de l'anorexie. » [6,p.131]

« Des études sur les prématurés ont montré une augmentation de 45% du poids chez les enfants qui sont massés 15 minutes 3 fois par jour. » [6,p.132]

« Allan Schore dans son article de 1994 [22,p.109] suggère que « la mère joue le rôle de médiateur principal au cours des premiers mois pour la formation de connexions entre les différents niveaux du cerveau et de la mise en place des bases, pour le **fonctionnement émotionnel et la réponse immunitaire**. » [6,p.132]

3. AUDITION :

La cochlée et l'ensemble de l'appareil auditif permettent de percevoir des vibrations qui sont captées puis transmises par le nerf vestibulo-cochléaire vers les centres de traitement de ces stimuli nerveux. L'appareil auditif est étroitement **lié au vestibule**.

« Le réflexe de Moro, répond à des stimuli multisensoriels et peut être lié à des problèmes d'audition. » [6.p.144]

« Si le réflexe de Moro perdure, l'hyperexcitation et l'hypervigilance peuvent rendre le nourrisson plus sensible aux stimuli auditifs ; d'autre part, s'il y a eu des antécédents d'infections répétées de l'oreille, du nez, de la gorge ou de la poitrine au cours des premières années de vie, entraînant des périodes de surdité partielle intermittentes, lorsque l'audition est rétablie, le mécanisme de défense naturelle pour protéger l'oreille contre les sons forts ou indésirables (le réflexe acoustique stapédien) peut être sous-développé et le réflexe de Moro peut continuer à être déclenché en réponse à des bruits soudains ou forts ou à des fréquences sonores spécifiques. Il peut également y avoir un lien émotionnel entre ces systèmes si des sons spécifiques sont associés à un événement traumatique. » [6.p.145]

Ce passage me paraît fondamental lorsqu'un patient, chez qui le réflexe de Moro perdure, va vivre une manipulation avec phénomène cavitaire et un son : « CRAC ».

« Inversement, nous utilisons également l'écoute pour favoriser la conscience spatiale. Alors que l'équilibre et le contrôle postural fournissent le sens interne de notre centre dans l'espace, la vision fournit des informations sur ce qui se passe à l'extérieur, devant nous

L'écoute, elle, nous informe sur ce qui se passe dans le monde extérieur, derrière nous. » [6.p.145]

Ces informations sont très importantes pour toutes les techniques dans lesquelles le patient est installé à plat ventre, tête dans la tétière.

Les travaux du Docteur Audrey WISBEY montrent des effets spectaculaires entre l'écoute de musique acoustique et l'apprentissage scolaire chez les enfants, surtout pour la lecture [23].

« La valeur de la musique pour l'apprentissage est reconnue depuis longtemps, mais, avec les restrictions budgétaires et les changements dans les méthodes d'enseignement, la musique a été reléguée au second plan dans les premières années d'apprentissage de nombreux enfants. De vastes améliorations ont été apportées au matériel de sonorisation électronique. Parce qu'elle est si peu coûteuse et facilement disponible, la plupart de la musique que nous entendons est produite via des appareillages électroniques et numériques filtrant beaucoup de sons de haute fréquence pourtant bénéfiques. Malheureusement, la musique en concert est aujourd'hui une expérience rare pour les enfants. [...]

Le maître de chœur d'une cathédrale anglaise a déclaré que le niveau de lecture de tous ses garçons de chœur s'est amélioré de 12 mois dans les 6 mois suivant leur entrée dans le chœur, qu'ils fussent bons ou mauvais lecteurs au moment de leur adhésion à la chorale. On pourrait l'expliquer par la quantité de textes écrits qu'ils ont dû chanter, mais on pourrait aussi penser que c'est le double processus d'écoute, de vocalisation et d'apprentissage de la hauteur et du rythme qui a amélioré leurs compétences. [...] Les cathédrales et autres bâtiments publics anciens ont une acoustique riche en hautes fréquences, qui se perdent dans les plafonds bas, les moquettes et les bâtiments rembourrés de notre époque. Le son est une vibration, un mouvement et une énergie. Si nous n'entendons aucun son, nous ressentons du danger, car un monde totalement silencieux est un monde mort. Le son passe par tous les niveaux du cerveau, affectant non seulement l'oreille et le vestibule mais aussi notre corps par conduction osseuse. L'importance du son pour l'apprentissage est incommensurable. » [6,p.146]

Dans la rencontre thérapeutique les interfaces sonores sont très nombreuses :

- L'anamnèse orale.
- Les consignes du thérapeute.
- Les sons produits par les manipulations : thrust à haute vélocité.
- L'absence de son pendant un thrust lent ou pendant un travail intra-conjonctif.
- La musique dans la pièce.
- L'acoustique du lieu de travail.

4. VISION se référer à Annexe 8 p.82 :

La vision est l'acquisition de trois compétences :

- La convergence.
- L'accommodation.
- La poursuite.

Ces compétences requièrent une bonne conscience directionnelle.

La conscience directionnelle est une aptitude basée sur le vestibule.

« Le **système vestibulaire** agit comme une boussole interne pour nous donner un sens du « centre » à partir duquel nous pouvons automatiquement différencier le haut du bas, la gauche de la droite, le départ de l'arrivée. Le développement de la dominance cérébrale à l'âge de 7-8 ans cimente cette connaissance, mais les problèmes de direction peuvent encore persister après l'apparition de la dominance cérébrale si le fonctionnement vestibulaire est défaillant. » [6,p.151]

« Il faut se rappeler que l'œil n'est qu'un instrument de vision. Pour utiliser efficacement la vue que fournissent les yeux, l'enfant doit également faire appel à d'autres informations sensorielles. Les bases de ces interconnexions sont établies pendant la première année de vie, au moment où les voies neurales se forment entre l'œil, le cerveau et le corps. La vision dépend particulièrement d'une de ces voies, le réflexe oculo-vestibulaire (ROV).

L'interaction entre les composantes de cette boucle déterminera l'efficacité du système visuel plus tard dans la vie, c'est à dire l'échange rapide d'informations entre l'appareil vestibulaire, les yeux et le niveau de réponse réflexe aux stimuli entrants. Tout défaut de l'un de ces éléments affecte le bon fonctionnement de l'ensemble. » [6,p.153]

5. PROPRIOCEPTION (KINESTHÉSIE) :

Comme l'établit David LESONDAK dans son ouvrage intitulé "Le Fascia, un nouveau continent à explorer" (2019) [24], l'auteur nous indique en ce sens que : « Les propriocepteurs sont situés dans tout le corps, dans les articulations, les tendons, les muscles... Les informations qu'ils donnent sont traitées principalement par le **système vestibulaire**, mais sont également coordonnées avec les informations provenant de toutes les autres sources sensorielles. » [6,p.158]

« Le terme de proprioception englobe toutes les sensations impliquant la position du corps, au repos ou en mouvement, alors que le terme de kinesthésie ne fait référence qu'aux sensations survenant lorsque la contraction musculaire active est impliquée. Ainsi, certains enfants, qui ont peu d'apport proprioceptif lorsqu'ils sont assis sans bouger, peuvent avoir à se déplacer constamment parce qu'ils se fient à l'information provenant du mouvement des muscles pour connaître leur place dans l'espace. »

« Dans ce cas, il faut également vérifier les capacités visuelles. » [6,p.158]

« De nombreux enfants ayant une mauvaise perception sensorielle d'eux-mêmes tenteront d'utiliser la proprioception au lieu du principal canal d'apprentissage. C'est un peu comme utiliser un énorme filet pour tenter de capturer un seul poisson. L'apprentissage ne peut réussir de façon constante que si les yeux, les oreilles et le système d'équilibre fournissent également des informations précises sur les changements de circonstances. L'enfant qui tente d'utiliser la proprioception pour compenser une faiblesse dans un autre canal doit beaucoup s'entraîner pour peu de résultats. Parfois, il en produira d'excellents, sans lien apparent avec sa façon de faire. » [6,p.159]

LES POINTS IMPORTANTS POUR NOTRE TRAVAIL :

Le sens tactile est le tout premier sens qui a pour vocation de protéger l'organisme par réflexe de retrait puis il devient fondamental dans la constitution des bases émotionnelles et immunitaires. La vue, l'ouïe et la proprioception sont très impliqués et complémentaires dans leurs fonctions. Mais ces trois sens convergent vers le vestibule. Il existe une évidente complémentarité entre eux. Néanmoins un système apparaît comme le maître du jeu : Le système vestibulaire. « Le jeu est essentiel au mouvement, le mouvement est nécessaire à la vie, le jeu étant nécessaire au mouvement, on peut dire que le jeu est indispensable à la vie ! Ceci me semble tellement vrai, que je me demande si le but de ma vie n'est pas de trouver le (ou les) sens de mon jeu. » [1.p.194]

À travers ce paragraphe, l'auteur nous renseigne sur le rôle structurant du système vestibulaire chez l'être humain. Notre Travail d'Étude et de Recherche en corrélation avec cette dernière citation, de Jean François TERRAMORSI, nous encourage à rechercher « le sens » du ou des jeux du patient.

6. L'ÉQUILIBRE ET LE SYSTEME VESTIBULAIRE

« L'équilibre est au cœur de notre fonctionnement. Premier système à être complètement développé, il devient opérationnel à 16 semaines in utero et est myélinisé à la naissance.

Il fournit au fœtus un sens et une direction et une orientation à l'intérieur de l'utérus. » [6.p.122]

« Chaque créature vivante partage une relation avec la gravité. C'est la gravité qui nous fournit notre centre, que ce soit dans l'espace, le temps, le mouvement, la profondeur ou le sens du moi, agissant comme le centre à partir duquel toutes les opérations deviennent possibles. Des problèmes dans le système équilibre ont des répercussions sur tous les autres domaines de fonctionnement. De tels problèmes affectent les systèmes sensoriels, car toute sensation passe par le mécanisme vestibulaire au niveau du tronc cérébral avant d'être transmise ailleurs pour analyse. » [6.p.122]

« Einstein a énoncé que toutes les formes de vie partagent la caractéristique du mouvement. Parmi les sens essentiels à l'apprentissage, cinq partagent la perception du mouvement comme dénominateur commun. Là où il y a du mouvement, il y a « fréquence ». L'équilibre, le toucher, l'audition, la vision et la proprioception sont la résultante de la réaction au mouvement et à des fréquences variables ou par un moyen différent. » [6.p.212]

Le système vestibulaire en est le garant. Dans l'enseignement ostéopathique structurel enseigné à l'IFSO de Rennes, nous apprenons à manipuler en partageant, le temps de la technique, un centre de gravité commun en écoutant le « point CGT » [1.p.184-185]. Pourrions-nous penser que celui-ci serait le « point Centre de Gravité Temporaire » que nous écoutons mutuellement et réciproquement entre messenger et cible.

Pour ce faire, lors d'un soin, nous partageons les sensations de nos systèmes vestibulaires pour percevoir la notion décrite comme « **fenêtre d'opportunité** » [6,p.211] par l'auteur.

Depuis longtemps, l'être humain a une connaissance fine du lien inextricable entre les sens physiques et le psychique. Albert BIDERMAN, psychiatre américain, rédige un document de recherche en 1956 [25] décrivant les effets dévastateurs de torture basée sur la privation totale sensorielle ; appelée la torture blanche. C'est la torture la plus efficace car sans aucune chance de pouvoir s'y soustraire pour la victime, sans violence physique mais aux effets dévastateurs et irréversibles. [6.p.123–124]

En conclusion de la première partie de cet ouvrage, le modèle fondamental semble avoir un certain poids en mettant le système vestibulaire au centre de son concept.

Le jeu de ma vie ne serait-il pas de découvrir mon sens ?

L'enjeu thérapeutique ne serait-il pas de trouver son sens ?

Partie 2

Perceptions indissociables de nos émotions.

L'auteur explique que tous nos sens captent des stimuli du monde extérieur sous formes de fréquences. [6,p.100–101]

Ces fréquences sont adressées à notre cervelet qui traite les sons et perceptions visuelles, ainsi qu'au paléocervelet qui se dédie aux connexions tactiles et proprioceptives.

Ensuite ces informations sont dirigées vers un centre de traitement : notre thalamus, qui est un carrefour sensitivo-moteur incontournable.

Il traite les afférences sensorielles, les réponses motrices et celles hormonales, comme le décrit cet ouvrage [6,p.94].

Toutes ces informations sont dirigées vers une zone spécifique du tronc cérébral : la formation réticulée. C'est la structure nerveuse la plus primitive. Celle-ci régule les fonctions du système nerveux central, pilote l'homéostasie corporelle ainsi que les interactions avec l'environnement. Cette dernière, avec le système limbique (hypothalamus, thalamus, amygdale et hippocampe) crée l'émotion (voir Annexe 9 p.82). [26]

Il n'existe pas de scission entre le corps et le cerveau. Ils travaillent ensemble par l'intermédiaire du système nerveux central, et tous deux dépendent des sens pour toute information du monde extérieur.

Pour y parvenir, au moins trois systèmes de base doivent fonctionner efficacement :

1. La réception de l'information par les sens.
2. Le traitement de l'information dans le cerveau.
3. La réponse ou l'expression à cette information via le système éfférent.

« Le système réflexe peut affecter la performance au niveau traitement et réponse, provoquant des réactions du tronc cérébral pour diriger la réponse sans implication cérébrale supérieure. Un apport sensoriel déformé peut réveiller une nouvelle activité réflexe par ailleurs inhibée, créant ainsi un cercle vicieux « sensation déformée-réponse inappropriée ». [6,p.120]

« La vision et l'audition dépendent toutes deux de l'appareil vestibulaire donc il est essentiel de les étudier ensemble. Lorsque l'organisme est saturé, l'enfant peut réagir par une réaction de « choc », c'est à dire que le système nerveux sympathique bloque toute sensation et cesse de répondre aux stimuli. Par exemple, ce que l'on peut interpréter comme un manque de sensibilité n'est autre qu'une réaction extrême d'hypersensibilité. » [6,p.120]

Les interactions entre entrées sensorielles, réflexes/automatismes et vécu maturation redéfinissent les liens inextricables structurant les rapports de l'Homme avec son milieu.

Notre patient, notre cible, fonctionne avec ses structures d'enfance. Il me paraît plus qu'intéressant de les intégrer dans notre rencontre thérapeutique.

Pour imaginer cette complexité, repensons un instant au monde animal avec l'exemple d'un Lézard au soleil. Sous cette chaleur, cette condition animale nous donne presque envie d'appartenir à son espèce. Soudain, un félin domestique l'attrape par la queue ! Votre adorable chat le destine à une funeste fin. Mais sous haute intensité de stress le Lézard procède à une autotomie. Le stress situationnel amène ses sens à déclencher une mutilation par son système nerveux autonome qui lui ampute une partie de sa structure. Il perd sa queue. La fin est finalement un peu plus heureuse. Mais que penser de cette imbrication émotion physiologique incarnée ? Existe-t-il des phénomènes d'intensités similaires chez les êtres humains ?

Quel pouvoir a le milieu sur l'inconscient ?

« Le déni de grossesse se définit comme le fait d'être enceinte sans avoir conscience de l'être au-delà du troisième mois de grossesse. D'après l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse, il y aurait de 600 à 1.800 femmes concernées tous les ans en France, qui pour plus de 300 d'entre elles ne se rendent compte de leur état qu'au moment de l'accouchement. » [27,p.147]

« Ce sont donc les muscles posturaux tels que les abdominaux, contrôlés inconsciemment par le cerveau, qui contraignent l'utérus à s'allonger le long de la colonne vertébrale. Bien que les organes soient comprimés, la femme peut ne ressentir aucun symptôme, et ce remaniement peut rester invisible "même chez une femme maigre", précise le Pr NISAND.

[...] La moitié des femmes concernées ont déjà un ou plusieurs enfants, et ont donc déjà expérimenté la grossesse consciente [...]. » [28]

« La prise de conscience est d'autant plus difficile que dans la plupart des cas, les femmes en déni de grossesse continuent à avoir des pertes de sang régulières... Comme si elles avaient

encore leurs règles ! D'après le CNGOF et selon les études, 57 à 74% des femmes ayant vécu un déni de grossesse rapportent avoir eu leurs règles pendant plusieurs mois alors qu'elles étaient enceintes, et parfois, plus rarement, jusqu'au terme. Or, chez les femmes enceintes ne faisant pas de déni, elles sont seulement 1% à observer des saignements réguliers semblables aux règles ! » [28] (CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)

« Le pendant inverse du déni de grossesse est la grossesse nerveuse. Soumise à une pression importante pour tomber enceinte, certaines femmes peuvent voir leur ventre s'arrondir et leurs règles s'arrêter... Alors que leur utérus est vide. » [28]

Cette étude de l'article « Comment expliquer le déni de grossesse » [28] de Camille GAUBERT, nous amène à nous repencher sur les effets psycho-physio-comportementaux lors d'une rencontre thérapeutique.

Dans notre propre organisme qui est le messager et qui est la cible, sont-ils comme en physique quantique alternativement l'un, l'autre et les deux en même temps ?

Puisque ces réactions sont des événements vécus mais non ressentis, comme dans le cas du déni de grossesse, ou ressentis mais non vécus dans celui de la grossesse nerveuse, quelles en sont les bases et dans quel cadre peuvent-elles apparaître ?

Partie 3

Les réflexes : base et cadre de notre édifice structurel.

« Les réflexes primitifs/archaïques du nouveau-né ont le premier rôle dans notre posture et nos réactions émotionnelles. Ces réflexes sont primordiaux : ils établissent le lien entre le corps, la cognition et les émotions.

Ils démontrent que le corps et la cognition sont deux faces d'une même pièce de monnaie. » [6,p.5]

« Le contrôle du corps pose également les bases de la maîtrise de soi.

L'immaturation dans le fonctionnement du système nerveux est souvent accompagnée de signes d'immaturation émotionnelle tels qu'une mauvaise gestion des impulsions, des difficultés à lire le langage corporel des autres (indices sociaux) et des relations insatisfaisantes avec ses pairs. » [6,p.14]

L'auteur précise en s'appuyant sur l'étude de Louise AMES [29], qu'il y a un lien entre l'aptitude à la lecture et la perte des dents de lait. L'apparition de la seconde dent de lait donne des signes sur la maturité du système neurologique et des capacités à lire. [6.p.15]

« Des recherches indépendantes ont établi des liens similaires entre le contrôle de l'équilibre automatique et les capacités d'apprentissage ultérieures, et un certain nombre de tests comme le « Wobble Test » (étude de Nicolson et Fawcett en 1994) [30] et le « One Leg Stand » (étude de Schragr 2001) [31], ont été intégrés à des batteries de tests plus complètes pour identifier les enfants qui ont, ou risquent des troubles « dys » ou d'autres troubles d'apprentissage spécifiques. » [6.p.16]

« Lorsqu'un enfant naît, il quitte la contenance et la protection de l'utérus pour entrer dans un monde où il est assailli par de très nombreux stimuli sensoriels. Il ne peut pas interpréter les sensations qui l'entourent. Si elles sont trop fortes, ou trop soudaines, il y réagira, mais sans comprendre ses réactions. Il est passé d'un monde d'équilibre à un monde de chaos ; il a laissé la douceur pour le chaud et le froid. Pour survivre, il est doté d'un ensemble de réflexes primitifs conçus pour assurer une réponse immédiate à ce nouvel environnement et à ses besoins fluctuants. Les réflexes primitifs sont des mouvements automatiques et stéréotypés, dirigés depuis le tronc cérébral et exécutés sans implication corticale. » [6.p.17]

« Si ces réflexes primitifs restent actifs au-delà de 6 à 12 mois de vie, ils sont dits dysfonctionnels, et ils témoignent d'une faiblesse structurelle ou d'une immaturité du système nerveux central (SNC). Une activité réflexe primitive prolongée peut également empêcher le développement des réflexes posturaux subséquents, qui devraient apparaître pour permettre à l'enfant en plein développement d'interagir efficacement avec son environnement. [...]

Selon le degré d'activité réflexe persistante, cette mauvaise organisation des fibres nerveuses peut affecter un ou tous les domaines de fonctionnement : non seulement la coordination musculaire globale et fine, mais aussi la perception sensorielle, la cognition et les moyens d'expression. » [6.p.18]

« Si l'état de réflexes est légèrement anormal, il sera généralement suffisant d'adapter uniquement les stratégies d'enseignement (pédagogie). Les enfants présentant un degré modéré d'anomalies des réflexes peuvent bénéficier d'une combinaison de pédagogie spécifique et de certains entraînements conçus pour améliorer l'équilibre et la coordination. » [6.p.19]

En 2017, j'ai participé durant un an à la réalisation d'ateliers de patinage et de rink-hockey à SAN JUAN en Argentine avec des enfants autistes. En quelques mois nous avons observé des progrès spectaculaires en patinage, en équilibre et en coordination. Le groupe médical encadrant cette section a observé des évolutions en communication et en maturité émotionnelle sans précédent. Ces progrès permettent une amélioration considérable dans la socialisation. Beaucoup d'exercices de manèment de la crosse et de la balle en face à face, exercices en miroir, puis de passes, toujours face à face, sont une première source de communication et d'interaction avec l'autre. Nous sommes depuis notre naissance sous la gouverne de neurones miroirs qui nous permettent de reconnaître les actions d'autrui ainsi que les effets de nos actions sur lui. Ces neurones conduisent les bases de l'empathie et de la différenciation à l'autre comme le décrit Christian JULIEN dans son article intitulé « Sur les "neurones-miroirs". » où il écrit « Le pouvoir de la résonance émotionnelle permet de répondre aux menaces ou aux réelles opportunités. » [32,p.126]

Julie GREZES nous explique que « comprendre les messages émotionnels véhiculés par les gestes d'autrui et y répondre de façon adaptée déterminent la qualité de notre vie sociale. [33]

Ci-dessous, illustration des ateliers : Hockey para todos. SAN JUAN, club Olimpia. [34]



Fig. 8 - Image d'équipe & joueurs atteints d'autisme du club de rink hockey de San Juan.

Ces actions face à face nous ouvrent la réflexion sur le potentiel des neurones miroirs, qui, dans le cas de l'expérience en Argentine, a sans doute œuvré pour l'amélioration de la sociabilisation des enfants. Par mimétisme, les enfants semblent avoir eu un rétro contrôle sur des schèmes réflexes.

Sally GODDAR BLYTHE établit que « Chaque réflexe a un rôle essentiel à jouer pour préparer le terrain d'un fonctionnement ultérieur. In utero « l'embryon commence à montrer des signes de réponse aux stimuli externes. Un léger contact avec la lèvre supérieure entraînera le retrait immédiat de l'embryon (dans une réponse de type amblien).

Quelques jours plus tard seulement, cette zone de sensibilité sera étendue pour inclure les paumes de mains et la plante des pieds, jusqu'à ce que toute la surface du corps soit finalement sensible au toucher. À ce stade, cependant, la réaction est toujours un retrait de la source de contact et est une réaction de l'organisme tout entier. Au fur et à mesure que la conscience tactile se développe, le retrait au contact diminue progressivement. » [6,p.22]
 « C'est lorsque le réflexe de retrait s'atténue progressivement, (vers 9 semaines in utero) que les premiers réflexes primitifs apparaissent. » [6,p.23]

Dans le tableau ci-dessous figure l'ordre d'apparition des réflexes chez l'être humain :

1. Réflexe de retrait	2. Réflexes primitifs	3. Réflexes posturaux
Réaction automatique impliquant tout le corps. (In utero)	Réponses stéréotypées automatiques. (Quelques mois après la naissance)	Réactions automatiques pour le maintien de l'équilibre. Base de réponses volontaires et adaptatives face aux changements environnementaux. (Entre un an et l'adolescence)

Tableau 1 - Evolution des réflexes.

« Les réflexes et le traitement sensoriel ne peuvent pas être séparés. Il existe des connexions entre les réflexes primitifs, les réflexes posturaux et les sens.

D'un point de vue fonctionnel, les réflexes posturaux font partie d'une grande autoroute de connexions entre le cortex moteur et les muscles. Si une partie de cette autoroute est encore en construction, cela peut nuire à la progression rapide de l'information le long de cet axe. On peut utiliser des déviations, mais celles-ci ne sont pas aussi efficaces ni aussi directes que la voie principale. Des liens directs entre les réflexes primitifs et posturaux et leurs connexions sensorielles existent au niveau du vestibule, du toucher, de l'audition et de la vision. » [6,p.89]
 In utéro, les voies motrices apparaissent vers 5 mois, puis vers 6 mois ce sont les voies sensorielles ainsi que l'analyse acoustique.

À la naissance apparaît la formation réticulée, centre des émotions avec le système limbique.

Deux points nous sont importants :

- Le lien physiologique entre nos sens et nos réactions corporelles. Il constitue des connexions entre les réflexes primitifs, posturaux et les sens. Ce lien structure notre patient, notre cible structurelle.

- La pertinence de la recherche de la lésion avec nos sens, la vision, le toucher et l'écoute du « point CGT » avec notre vestibule [1,p.184-185]. Trouver notre équilibre au travers de la lésion. Ce point CGT devient notre Centre de Gravité Temporaire mis en commun entre patient et thérapeute lors d'une manipulation. La gestuelle ostéopathique structurelle enseignée à l'IFSOR, utilise ce que nous avons de plus efficace, nos postures et nos sens, véhiculés par la gravité. Cela constitue les bases du messenger structurel.

Les réflexes archaïques, deux réflexes primitifs qui nous interpellent :

Deux grands réflexes du nouveau-né retiennent notre attention : le réflexe de Moro et le réflexe spinal de Galant, car ils peuvent être vécus et/ou déclenchés lors de manipulation avec thrust à haute vélocité.

LE REFLEXE DE MORO : Annexe 13, p.85

« Ce réflexe émerge à 9 semaines in utéro, est pleinement présent à la naissance puis doit s'inhiber vers 4 mois de vie au plus tard. » [6,p.24]

« Les déclencheurs du réflexe de Moro sont :

1. Les événements soudains et inattendus.
2. La stimulation du labyrinthe par changement de position de tête (vestibulaire).
3. Le bruit (vestibulo-cochléaire).
4. Mouvement ou changement soudain de lumière dans le champ visuel (visuel).
5. Douleur, changement de température ou manipulation trop brusque (proprioception-kinesthésie). » [6,p.24]

La réponse physique au réflexe de Moro :

- « 0. Réveil instantané (formation réticulée).
- 1. Inspiration rapide, « figement » ou « sursaut » momentané suivi d'une expiration, souvent accompagné d'un pleur. (Système sympathique)
- 2. Activation de la réponse « fuite ou lutte, qui alerte automatiquement le système nerveux sympathique qui entraîne : (axe hypothalamo-hypophyso-surénalien) :
 - a. La libération d'adrénaline et de cortisol dans l'organisme (hormone du stress) ;
 - b. L'augmentation du rythme respiratoire, en particulier dans les lobes supérieurs des poumons (hyperventilation) ;
 - c. L'augmentation du rythme cardiaque ;
- 3. Crise possible, par exemple colère ou larmes (émotions – formation réticulée et système limbique) » [6,p.25]

« Si le réflexe de Moro n'est pas inhibé à 2-4 mois de vie, l'enfant conservera une réaction de sursaut exagéré, ce qui peut entraîner une hypersensibilité d'un ou plusieurs canaux sensoriels et donc des réactions excessives à certains stimuli. Un bruit, une lumière, un mouvement, un changement de position soudain (n'importe lequel de ces éléments) peut

déclencher le réflexe à des moments inattendus, ce qui plonge constamment l'enfant en « alerte » et dans un état de vigilance accrue. L'enfant « sous l'influence du Moro » est en permanence en mode combat ou de fuite lors des moments d'éveil, pris dans un cercle vicieux où l'activité réflexe stimule la production d'adrénaline et de cortisol (hormones du stress). Ces mêmes hormones augmentent la sensibilité et la réactivité, de sorte que déclencheur et réaction sont tous deux inscrits simultanément dans l'organisme. Un tel enfant peut présenter un paradoxe : d'une part il est très sensible, observateur et imaginaire, mais d'autre part, il est immature et sur-réactif. » [6,p.26] Il est intéressant d'apprendre de cet ouvrage que les déclencheurs du réflexe de Moro peuvent s'appliquer lors d'une manipulation à haute vitesse chez un patient qui n'était pas « prêt ». Nous avons tous eu en soin un patient qui a du mal à relâcher la tête et qui nous confirme que « ça a toujours été difficile de se relâcher ». De plus l'auteur explique que, un enfant qui conserve le réflexe de Moro, donc jusqu'à l'âge adulte, est « saturé » par les stimuli externes. Nous comprenons alors qu'il ne peut pas digérer davantage de stimuli (manipulations multiples).

LE REFLEXE SPINAL DE GALANT ou REFLEXE DORSO-LOMBAIRE :

Voir Annexe 14, p.85.

Ce réflexe émerge à 20 semaines in utero, est actif à la naissance et doit s'inhiber à 9 mois au plus tard après la naissance. Le déclencheur du réflexe spinal de Galant dit réflexe dorso-lombaire est une stimulation de la peau en région dorso-lombaire. La réponse à cette stimulation est une contraction rapide des muscles dorsaux, une contre nutation du bassin, une flexion de hanche homolatérale et une rotation cervicale homolatérale.

« Les symptômes d'un réflexe spinal de Galant persistant chez l'enfant sont :

1. Bougeotte.
2. Pipi au lit.
3. Faible concentration.
4. Mauvaise mémoire à court terme.
5. Rotation de la hanche d'un côté lors de la marche. » [6,p.48]

Il a été suggéré par DICKONS en 1991 que « le Galant pourrait agir comme un conducteur primitif in utero, via les vibrations sonores qui passent dans l'environnement aquatique de l'utérus, et permettent de faire "ressentir" le son au fœtus et de faire remonter les vibrations sonores le long de la colonne vertébrale. Un certain poids a été apporté à cette hypothèse grâce à une étude menée par Butler Hall et Hadley sur l'effet de l'entraînement à l'intégration auditive (AIT : Auditory Integrative Technique) sur les réflexes primitifs et posturaux anormaux. » [6,p.47]

BUTLER HALL dans ses écrits de 1998, constate « que le réflexe de Galant de la colonne vertébrale était systématiquement réduit chez les enfants à la suite de l'entraînement par AIT, ce qui laisse supposer qu'il existe une relation fonctionnelle entre le réflexe de Galant de la colonne vertébrale et l'ouïe. » [35]

Lors d'une installation d'un patient pour une technique lombo-sacrée nous sommes dans la définition de l'expression du réflexe dorso-lombaire et nous stimulons la zone gâchette de celui-ci. Si le patient n'a pas intégré ce dernier alors il ne peut pas se relâcher dans cette installation. De plus toute tentative orale de type « Relâchez-vous », « Je vous tiens vous ne pouvez pas tomber », ne peut être entendue car la pleine expression de ce réflexe ne permet pas la pleine maturité du canal sensoriel auditif.

En résumé, un premier réflexe tactile de retrait évolue vers des réflexes primitifs qui évoluent eux-mêmes vers des réflexes posturaux.

Les réflexes primitifs posent les bases de tout fonctionnement ultérieur.

Puis les réflexes posturaux définissent nos cadres structurants, terrain de nos interactions efficaces avec le monde extérieur.

« Le passage de la réaction réflexe primitive au contrôle postural n'est pas automatique.

Les mouvements effectués en réaction à une action réflexe myélinisent les circuits neuronaux, tout comme le réseau routier d'un pays. » [6,p.65]

Chaque être humain est donc un édifice postural unique avec ses bases, son cadre, qui structurent le fonctionnement de ses systèmes. Cette cartographie des routes neuronales lui est propre. Identifier ses grands axes permettrait d'avoir un accès plus direct vers son centre. Reconnaître le système perceptif préférentiel de notre patient est un accès direct à sa base ; base qui est le point de départ de son cadre thérapeutique.



Pour les plus visuels d'entre nous voici une illustration de l'élaboration des réflexes primitifs puis des réflexes posturaux.

Fig. 9 - Les réflexes posturaux. [6,p.66]

Il est plaisant de voir que la métaphore du ressort spiralé est ici utilisée pour décrire la période de croissance des réflexes primitifs et posturaux, tout comme celle utilisée par Gilles BOUDEHEN pour représenter la déformabilité du tissu conjonctif répondant à la loi non newtonienne :

La courbe en « J » du ressort spiralé.

Il y a donc un concept identique entre la déformabilité conjonctive et l'évolution des réflexes.

Un modèle tensegrité s'applique entre le tissu conjonctif - les réflexes - les émotions. Il permet de comprendre différemment les rapports mis en tension entre un thérapeute et le patient avant de passer à un soin en compression ou en traction.

Cette découverte est une véritable co-naissance en préambule d'un soin.

Partie 4

Cognitif : co-naître.

La maturation cognitive du système préférentiel (Visuel-Auditif-Kinesthésique) nous donne des connaissances sur notre patient : son sens préférentiel et donc le sens de la séance.

La connaissance ne permet pas d'avoir une démarche holistique prétendant connaître LA solution qui convient au patient. Cette connaissance est une co-naissance dans l'idée de l'aboutissement d'une rencontre intime.

Cette notion lors du soin : Thérapeute / Patient fait intervenir la notion de messenger / cible.

Le temps d'une manipulation, la « fenêtre d'opportunité » que nous offre la cible va dépendre de 3 grands paramètres :

1. L'inhibition des réflexes primitifs.
2. Le développement et l'intégration des systèmes sensoriels qui permettent les réflexes posturaux.
3. La capacité du thérapeute à percevoir ceux-ci (chez lui mais aussi chez l'autre) puis à les intégrer dans son approche.

Ainsi nous pensons que nous optimisons les dimensions de la fenêtre d'opportunité que nous offre la cible et donc l'efficacité du soin, voir Annexe 30 p.95.

La cible (le patient) est sous l'effet de **3 facteurs initiaux** :

« La circonstance la plus sévèrement débilite résulte de la coexistence de trois facteurs : réflexes primitifs persistants, réflexes posturaux absents ou nettement sous-développés et désynchronisation vestibulaire-proprioceptive » [6,p.285]

« Les individus encore sous l'influence des premiers réflexes ne manquent pas de potentiel ; ils manquent de contrôle et de libération adéquate de leur potentiel. Plus les réflexes primitifs sont actifs, moins l'expression (et le contrôle) du potentiel est grand. » [6,p.300]

Les principes d'Andrew Taylor STILL prennent une nouvelle fois sens. Le corps est une unité, qui possède des mécanismes autorégulateurs, où structures et fonctions sont réciproquement reliées.

Il est évident que posséder un grand potentiel sans contrôle sur celui-ci n'offre aucune autonomie à l'individu pour jouir de cette liberté.

Dans notre cursus ostéopathique intervient la notion de potentiel (Potentiel Vital Originel : PVO/ Potentiel Vital Actuel : PVA) [1,p.83-105]. Cette notion aborde le versant anatomique structurel excluant le versant fonctionnel et émotionnel, qui pourtant semble régi par les mêmes lois.

La notion de Santé = Variable d'état [Ve] / Variable de terrain [Vt] nous amène à intégrer ces variables dans le protocole d'investigation de soin. [1,p.52-54]

Moins le terrain est bon et moins le patient peut supporter.

Moins la cible est en bonne santé et moins elle peut recevoir. [1,p.101]

Plus le terrain est bon et plus le patient peut supporter.

Plus la cible est en bonne santé plus elle peut recevoir.

Ces notions intègrent les variables sensorielles du sujet.

CONCEPT DE SURCHARGE :

« Les risques de surcharge sont reconnus depuis longtemps. Il y a surcharge lorsqu'un patient est surstimulé par un ou plusieurs programmes de remédiations, qui doivent être appréhendés par l'organisme. Le concept de surdosage est similaire au concept de surdosage de médicaments, concept connu mais souvent négligé dans les traitements psychiatriques. Si un patient reçoit le mauvais médicament ou une dose qui dépasse son niveau de tolérance, cela peut avoir un effet paradoxal et entraîner une augmentation des symptômes mêmes qu'il est censé traiter. » [6,p.268] Une séance d'ostéopathie structurelle va chercher à stimuler par contrainte mécanique la ou les structures au plus près de ce que nous pensons être la lésion structurelle structurant la dysfonction. Ce concept est cohérent, en théorie ; mais en pratique, la cible doit pouvoir nous renseigner sur son cadre thérapeutique et sur l'état de base de celle-ci. Henri LABORIT (1952), formule un concept qu'il nomme « inhibition de l'action », celui-ci engendre une incapacité à répondre à une situation stressante par la lutte ou la fuite.

« L'inhibition de l'action génère la sécrétion de noradrénaline et de cortisol ; le cortisol lui-même déclenche l'inhibition de l'action ; le résultat étant un cercle vicieux... la noradrénaline

contracte les vaisseaux sanguins, accélère le rythme cardiaque, et augmente la pression sanguine, or le cortisol a plusieurs effets à long terme comme la dépression du système immunitaire et la destruction du thymus. » [6,p.332]

Alors que nous recherchons la bonne perfusion du tissu conjonctif, si notre action est une surcharge pour notre cible il y a vasoconstriction des structures cibles. Une stimulation mécanique structurelle sur une base incapable de la recevoir va contre le principe de l'artère suprême de A.T STILL, de la bonne perfusion des tissus.

« S'il reçoit des messages contradictoires provenant d'autres canaux sensoriels, le traitement vestibulaire peut être altéré à cause de réflexes dysfonctionnels. La confusion engendrée peut l'empêcher de transmettre les messages sonores reçus de l'oreille aux centres de traitement du langage dans le cortex. Un autre exemple peut être observé chez certains enfants autistes qui ne réagissent pas à la communication par le canal auditif, bien qu'il n'y ait aucune preuve de perte auditive. Ces enfants peuvent déjà être dans un tel état d'excitation et d'éveil interne que, pour y faire face, ils doivent amputer un système de leur conscience. » [6,p.334]

L'oreille agit comme un organe collecteur non seulement pour les stimuli sonores, mais aussi pour les stimuli qui sont responsables de la coordination de la partie vestibulaire du labyrinthe mis en évidence par A.TOMATIS [36]. Nous imaginons qu'un patient en situation d'inhibition de l'action, que l'on manipule dans de multiples positions et pour qui nos consignes sont contradictoires, perd toute chance de recevoir notre message thérapeutique.

Lorsque nous sommes amenés à manipuler des régions qui modifient la position de la tête du patient, nous sommes sans le savoir dans le champ d'expression du réflexe tonique labyrinthique. « L'activation du Réflexe Tonique Labyrinthique (RTL) implique à la fois l'appareil vestibulaire et la formation réticulée. La formation réticulée est comme un réseau qui se situe dans la partie centrale du tronc cérébral. Elle fonctionne comme un système d'alerte, en envoyant des messages au cortex cérébral et aux voies afférentes, afin de maintenir le cerveau dans un état dans lequel la conscience peut se produire. [...] Dans la formation réticulée se trouvent des zones qui régulent les systèmes cardiovasculaire, respiratoire, endocrinien et gastro-intestinal. » [6,p.335]. Dans le cas où ce réflexe n'est pas inhibé alors le patient est déconnecté de ses émotions et de ses sensations, il subit la manipulation. Lors d'un soin avec un patient en « surcharge sensorielle » ou si la formation réticulée dysfonctionne, alors se crée une relation instable et déséquilibrée entre le thérapeute et son patient. Dans cet état le patient subit le soin et bascule dans un état où il n'a plus conscience de ce qui lui arrive et les manipulations sont «VIOLANT-es » [1,p.16].

Il ne digère pas le message alors que nous pensions lui servir sur table un met sage.

Apprendre à reconnaître ne permet pas de connaître, mais au moins à être dans l'attention et non pas dans la prétention. Être à la tension de la peau est la base de la naissance de notre geste manipulatif alors pourquoi ne pas commencer par être à l'attention de l'être qui vient chercher chez nous un nouvel équilibre. Cette confiance qu'il nous offre ne va pouvoir révéler son plein potentiel que si la séance prend tout son sens. Une séance est le condensé d'une vie. C'est un désir qui devient un besoin. Puis c'est un premier rendez-vous et enfin un passage à l'acte. Dans cette conception, autour du point « g », gravité, la « co-création » ne peut se faire que par une meilleure connaissance de nos bases structurelles.

Grâce aux travaux de Mme Sally GODDARD BLYTHE, nous avons le lien entre nos sens, nos potentiels et notre vécu des interactions avec le monde extérieur. Ce développement unique nous façonne et nous structure de manière totalement singulière. Chaque être humain devient donc une sommation de préférences qui lui sont propres.

Et si nos préférences ne dépendaient non pas du hasard mais trouvaient leurs origines dans la structuration de nos sens.

Sans aucune orientation religieuse, il serait de bon augure que de trouver une bible des préférences pour continuer à alimenter notre travail...

2.3. La bible des préférences motrices.

Bertrand THERAULAZ- Ralph HIPPOLYTE. 2021

Présentation Annexe 5 & 6, p.79 & 80.



Fig. 10 - Portrait de M. M. HIPPOLYTE. Fig. 11 - Portrait de M. THERAULAZ.

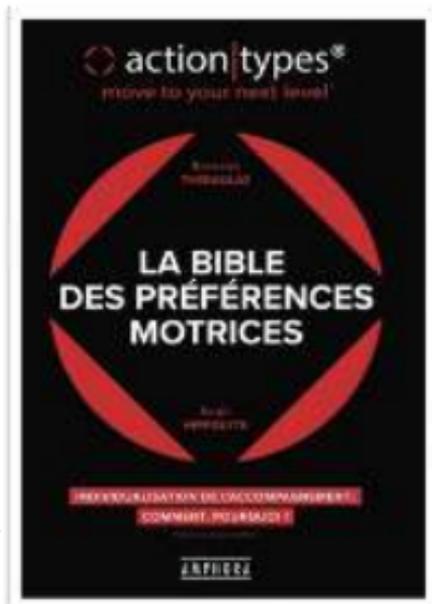


Fig. 12 - Première de couverture du livre "La Bible Des Préférences Motrices".

Ces deux auteurs sont référents dans le domaine du sport de haut niveau. Leurs travaux sont consacrés à la dynamique organique. Ce qui nous marque, ce sont les premières lignes de cet ouvrage qui correspondent en tout point avec le sujet de notre étude.

Percevoir et agir : « L'être humain extrait de son contexte tout ce que ses sens accrochent activement ; que ce soit **visuellement**, lorsqu'il saisit quelque chose avec son regard, **tactilement** quand il caresse l'être aimé ou quand il accepte de se laisser caresser, dans la violence, quand il frappe du poing sur la table, voir quand il se fait frapper. Il capte activement **ce qu'il entend** tout bas et qui attire son attention, ce qu'il goûte avec précaution et respire avec passion. Ainsi, grâce à des **mouvements** pleinement assumés, il intègre une **symphonie d'éléments sensoriels** tout en enrichissant sa mémoire. » [7,p.11-12]

Dans cet ouvrage [7,p.45] est rappelé que le psychothérapeute Thierry TOURNEBISE décrit le soin non pas comme un jeu de distance mais bien comme un jeu d'identité. Pour lui : « Le praticien n'amène pas vraiment le sujet à "aller vers lui-même" comme s'il parcourait une distance, mais à rouvrir ce contact avec lui-même, à révéler le fait que le sujet présent et le sujet antérieur sont tous deux contemporains dans le présent actuel. » [37]

Dans ce même passage, les auteurs sont en parfait accord avec les principes de capacité innée d'auto guérison d'Andrew Taylor STILL ainsi que celui du pôle d'action de Jean BOUHANA avec l'état d'un nouvel équilibre. Les auteurs poursuivent avec le rôle des neurones miroirs selon RAMACHANDRAN [38], qui permettent d'avoir accès à cet autre, autant que de valider notre différence qui nous sépare de lui. Cet ouvrage remet lui aussi, au centre de tout, l'intérêt de la notion gravitaire.

L'importance de la gravité

« Nous observons que notre corps n'a pas d'autre alternative que de se développer en intégrant complètement les contraintes liées à la gravité terrestre. [...] Cette position de référence offre déjà de multiples possibilités pour qu'un organisme vivant puisse structurer ses actions en utilisant et en intégrant les caractéristiques propres à cette force. » [7,p.63]

Dès la première seconde de notre conception, nos cellules, le fœtus se construisent en intégrant activement la gravité. Par la suite [...] « La maturation des systèmes perceptifs possède des « fenêtres sensibles » où les stimuli doivent non seulement être présents, mais également et surtout activement vécus par l'individu pour que le développement sensoriel puisse se réaliser harmonieusement par rapport à l'environnement. » [7,p.64] De ce développement apparaissent des préférences.

Pourquoi existe-il des préférences ?

« Tout comme nos réflexes archaïques préparent le terrain de notre motricité volontaire à notre naissance, nos préférences nous prépareraient à un développement personnel témoignant du potentiel évolutif acquis par les générations précédentes. » [7,p.79]

Les auteurs citent Jacques PAILLARD [39], qui nous propose un concept de fonctionnement des machines biologiques dotées d'un système nerveux qui possède deux aspects complémentaires et solidaires :

- « La machinerie bioénergétique qui regroupe l'ensemble des fonctions dites métaboliques des systèmes des vivants (elle traite de l'énergie).
- La machinerie bio-informationnelle qui est constituée par un système nerveux assimilateur, intégrateur, distributeur des signaux (elle traite de l'information). » [7,p.84]

Bien que d'un point de vue totalement fonctionnaliste, les auteurs décrivent des préférences stables qu'ils qualifient de structurelles et qui s'expriment dans :

- « Notre organisation face à la gravité, **verticale** ou **horizontale**, vraisemblablement suivant la prédominance d'utilisation de notre système vestibulaire. » [7,p.89]
- « Notre manière d'aborder un contexte en nous plaçant de face ou en diagonale. Nous verrons que nous avons toutes et tous soit une **coordination motrice associée** (les ceintures scapulaire et pelvienne bougent ensemble), soit une **coordination motrice dissociée** (les ceintures scapulaire et pelvienne sont plus indépendantes l'une et l'autre).
- Notre niveau d'activation réticulé descendant (SARD) qui participe au tonus musculaire et à l'émergence de ce que nous rappelons nos Motivations Profondes.

Nous possédons aussi des préférences qualifiées de **dynamiques** et **adaptatives** car elles peuvent basculer d'un extrême à l'autre en fonction des besoins.

Elles s'expriment dans :

- Une orientation de notre corps pour une manière de nous tenir debout, de marcher ou de courir : initiée **par le haut** (marche par le haut ou MH) ou **par le bas** (marche par le bas MB). C'est une préférence qui s'exprime également dans la manière de percevoir les informations : au moyen d'une prédominance **pour l'inconnu** d'abord (l'intuitif inconscient) ou **pour l'avéré et le connu** (le sensoriel conscient).
- Une différenciation de notre corps pour placer notre tête activement **en opposition à la gravité** (extension de la colonne) ou **avec le vecteur gravitaire** (compression de notre colonne). C'est une préférence qui s'exprime également dans la manière de prendre l'information visuelle : au moyen d'une **prédominance pour la vision centrale d'abord** ou **pour la vision périphérique d'abord** (utilisation privilégiée des hautes ou des basses fréquences).
- Le type préféré d'activation de notre système attentionnel au niveau de l'encéphale, haut ou bas : suivant la préférence liée à notre **Système d'Activation Réticulé Ascendant (SARA)**. C'est une préférence qui engendre respectivement une attitude **introvertie** ou **extravertie**.
- L'initiation de notre type préféré d'attention, soit **détaillée**, soit **globale** : suivant la prédominance pour un traitement attentionnel prioritaire par un de nos hémisphères cérébraux.

- Notre sens d'intégration sensorielle, horaire ou antihoraire : suivant la prédominance d'intégration de l'information perçue, particulièrement visuelle, correspondant aussi à l'organisation spiralée **lévogyre** (enroulement depuis la gauche vers la droite) ou **dextrogyre** (enroulement depuis la droite vers la gauche) de notre corps. » [7,p.90]

Les auteurs établissent qu'une préférence est un choix, conscient ou inconscient, une référence systématique qui permet de prendre position lors d'un dilemme, et ce avec le maximum de pertinence. « Nos préférences sont en quelques sorte les régisseurs d'une pièce de théâtre originale qui nous caractérise et dont nous sommes malgré nous autant l'auteur que le premier rôle. [...]C'est d'ailleurs pour cela que ces préférences sont fréquemment inconscientes, le fait d'être incorporées les rendant silencieuses et néanmoins efficaces. » [7,p.101]

Les auteurs réalisent des profilages « en références à la capacité que possède l'individu d'établir une posture économique, stable et équilibrée lorsqu'il exécute une tâche, c'est à dire à être prêt à agir. » [7,p.116] La base de leur concept réside sur le postulat que « notre corps est le seul à avoir accès aux ressources nécessaires pour lui permettre de se rééquilibrer sans effort apparent. » [7,p.135]

« En effet, dans les situations où nous avons la sensation de perdre pied, nous avons une tendance naturelle à vouloir recourir à notre volonté pour en quelque sorte compenser le sentiment de perdre le contrôle. De ce fait, nous avons également une propension à vouloir « forcer » les choses au lieu de tout simplement laisser faire ce que la nature a patiemment mis au point au cours des millénaires. C'est pour cela qu'un des principes que nous enseignons se décline en : **générer de la force sans forcer !** C'est en effet à notre capacité de coordonner naturellement notre corps que nous déléguons la production de force, de puissance et donc de vitesse. » [7,p.126]

Ce passage reprend mot pour mot certaines définitions des bases de notre modèle fondamental avec la « loi du moindre effort » [1,p.180] et de « laisser l'effet se faire » [40,p.74]. Si ce livre semble si bien correspondre au modèle fondamental structurel de notre école d'ostéopathie, il est intéressant de lire leur concept fonctionnel expliquant le fonctionnement de l'être humain.

Les auteurs proposent un modèle conceptuel de notre fonctionnement basé sur l'expression et la charge affective déclenchées par le monde extérieur (effet contextuel).

Nous aurions deux « **KIT** » :

- « Le **KIT d'Expression (KIT E)**, est la formulation que nous adoptons dans les situations à dominante constructive, où nos actions ne nécessitent pas de prises de risque inconsidérées et où la vie paraît dominer en créant les conditions du bien-être.
- Le **KIT de Survie (KIT S)**, est l'appellation adoptée dans les situations à haut risque, où nos actes peuvent avoir des répercussions sur notre qualité de vie et où il paraît beaucoup plus compliqué d'atteindre le bien être. La survie en devient l'objectif principal. » [7,p.131]

« Tout est donc une question de contexte ressenti. Quand l'ouverture est naturellement présente, nous bénéficions des bienfaits de notre **KIT E**. Quand notre expression devient par trop conditionnelle, c'est à dire quand nous nous fermons à la vie en enclenchant des réflexes de survie, c'est au tour de notre **KIT S** de prendre le relais. Nous cherchons ainsi à montrer que la recherche d'accueil au sein de notre vécu fait absolument toute la différence. Ouverts, nous accueillons ou créons les meilleures conditions possibles ; fermés, nous favorisons les conditions de lutte au bout de laquelle il n'y aura vraisemblablement aucun gagnant ! » [7,p.131-132]

De ce concept, les auteurs définissent deux états :

- Un état de cohérence totale, état optimal dans lequel nous accédons aux compétences motrices, émotionnelles et intellectuelles.
- Un état de transition ou de cohérence partielle, dans lequel rien ne nous est optimisé.

Dans l'état de cohérence totale tout est efficient. À contrario, dans un état de cohérence partielle, tout perd en efficacité. Ce qui différencie ces deux états serait l'attention. Lorsque notre sens préférentiel est attentif alors nous sommes en état cohérent. Quand nous ne sommes pas sur notre sens préférentiel alors nous passons en état de cohérence partielle.

Pour les plus visuels d'entre nous, les auteurs proposent un schéma de ces deux profils moteurs :

- Moteur primaire, **moteur I** ou KIT d'Expression (**KIT E**).
- Moteur secondaire, **moteur II** ou KIT de Survie (**KIT S**).

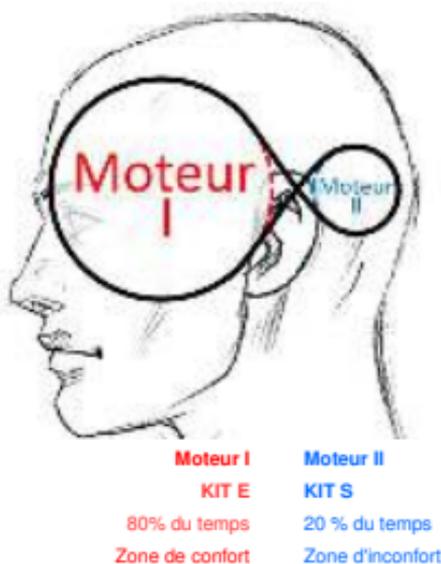


Fig. 13 - Schéma des deux profils moteur primaire / moteur secondaire. [7.p.125]

« Représentation schématique en double boucle de l'alternance de deux organisations motrices constituant un profil moteur. Le moteur I (MI) est le moteur principal et le moteur II (MII) en est le moteur secondaire dont le fonctionnement est opposé et complémentaire au premier. L'un et l'autre se passent la main en fonction des besoins d'adaptation rencontrés dans les différents contextes de vie. » [7.p.125]

Les auteurs ajoutent que des émotions qu'ils nomment comme « non accueillies » nous placent en état de cohérence partielle. Leur intuition est que le comportement de ce système dynamique s'apparente à l'attracteur étrange du météorologiste Edward LORENZ (1963) [41], connu sous le nom de Papillon de LORENZ.

Mr Jean Claude GUIMBERTEAU (cours du 7 Juillet 2023 IFSO RENNES) prend également ce modèle pour expliquer la loi du vivant après observations du tissu conjonctif in vivo. Il nous explique que la « loi du vivant serait celle de la théorie du chaos, celle de l'exception et de la non reproductibilité » mais parfaitement cohérente selon le modèle de LORENZ.

Ce même modèle est également repris en référence par Jean François TERRAMORSI afin de distinguer les sciences exactes et les sciences humaines dans lesquelles les « conditions sont multifactorielles et jamais identiques. » [1,p.12] [...] Il va jusqu'à nous préciser que : « rien de ce qui est indispensable à la Vie, n'est du domaine du conscient. » [1,p.13]

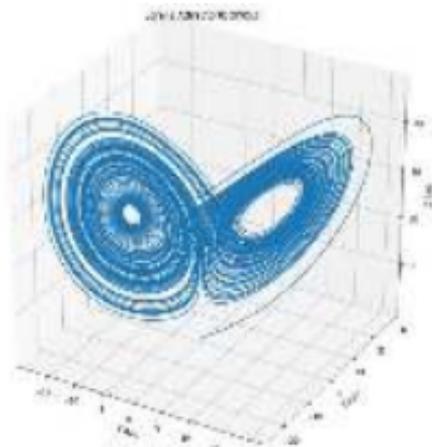


Fig. 14 - Graphique 3D du papillon de LORENZ. [7,p.125]

« Image représentant le papillon de Lorenz. Il s'agit de la représentation de deux attracteurs couplés de manière périodique. Un tel système possède deux états déterminés qui alternent entre eux. Nous pensons que le fonctionnement du cerveau humain s'apparente plus à celui d'un attracteur étrange ou chaotique dans lequel la double spirale ne se répète jamais. À ce moment, notre système rejoindrait ce que l'on nomme des fractales. Intuitivement, nous sommes plus portés à le comparer à un attracteur étrange puisqu'il n'est pas capable d'avoir deux fois de suite les mêmes conditions initiales. Cette incapacité à faire émerger deux fois de suite le même état correspond bien aux systèmes organiques tels que le corps humain en mouvement. » [7,p.125]

Si nous nous penchons sur la structure vestibulo-cochléaire, il semble que nous pourrions y retrouver des similarités : la forme, la structure et ses fonctions.

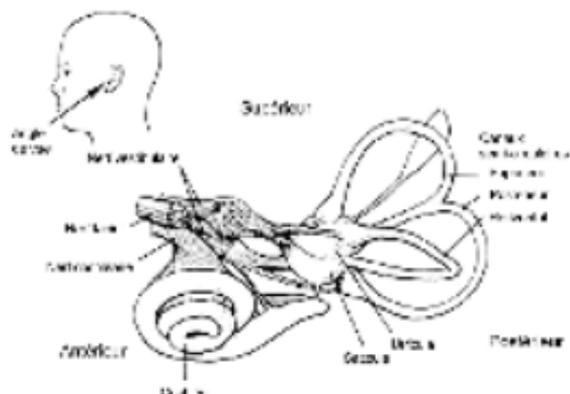


Fig. 15 - Système vestibulo-cochléaire et analogie visuelle avec le papillon de Lorenz (Source : Internet)

Pour simplifier et comprendre ce concept prenons l'exemple de l'étude de MADARY & GANGOPADHYAY, qui proposent l'expérience du port des « lunettes inversantes » [42] :

« On demande à des sujets de porter des lunettes qui inversent les images sur la rétine (soit gauche-droite, soit haut-bas). Les personnes qui les portent suffisamment longtemps, généralement de l'ordre de quelques jours à une semaine, et qui restent actifs malgré ce « handicap » voient leur vision se rétablir à la normale malgré le fait qu'ils portent encore ces lunettes inversantes. Autrement dit, vous voyez le monde à l'envers mais si vous agissez malgré cela, vous récupérez votre vision habituelle ! [...] Il s'agit de se rendre compte que ce sont nos projections, nos intentions, nos attentes qui en quelque sorte imposent (grâce au couplage perception-action) une décision perceptive qui est adaptée à nos besoins d'interaction avec l'environnement. En d'autres termes, nous voyons ce que nous voulons bien voir/faire et cette vision est contenue dans nos actions. » [7,p.150-151]

Ce constat est particulièrement intéressant pour notre sujet. N'est-ce pas ici, en d'autres termes, la reprise de l'adage : « le message n'est rien, la cible est tout ». Dans cette expérience, le message rétinien n'est rien puisque la cible décide d'inverser le sens de sa perception pour l'efficacité de ses actions avec le monde dans lequel elle interagit. Quel est alors le rôle du cerveau dans tout cela ?

LE RÔLE DU CERVEAU est d'ÉQUILIBRER les SENS :

« L'équilibre statique, c'est l'absence de mouvement, c'est la mort. Les statues sont en équilibre. La vie c'est le déséquilibre permanent mais contrôlé. Nous ne cherchons donc pas à équilibrer quoi que ce soit, mais à lever les barrières tissulaires qui entravent l'autonomie du tout, ou d'une partie de l'individu. » [1,p.42]

PAILLARD [43] indique que « l'apparition puis le perfectionnement d'un système nerveux chez les êtres vivants s'accompagne d'un accroissement à la fois de leur autonomie et de leurs capacités d'interaction avec le monde qui les entoure. Le système nerveux se développe, en effet, dans deux sphères fonctionnelles complémentaires : celle de la vie dite " végétative " au service de la cohésion interne de la machinerie métabolique et celle de la vie dite de " relation " où s'organise le dialogue sensori-moteur de l'organisme avec l'environnement. Dans ces deux secteurs d'intervention, le système nerveux apparaît essentiellement comme un instrument d'interconnexion des éléments de la communauté organique d'un côté, de mise en relation de l'organisme avec les éléments de son milieu de vie de l'autre. En ce sens, le système nerveux apparaît comme une véritable machine à communiquer qui recueille, traite, mémorise, distribue, engendre de l'information. Or, le fonctionnement de cette " machine informationnelle " va dépendre, au premier chef, de sa structure interne de " connectivité ", autrement dit, et pour utiliser le vocabulaire des électroniciens, de son " plan de câblage ". [...] Mais le système nerveux va aussi organiser et coordonner le jeu des instruments comportementaux qui viennent prolonger et amplifier celui des grandes fonctions physiologiques de base. [...] » [7.p.176]

Les travaux de C. LIEBERTZ [44] ajoutent que « notre capacité à focaliser et à penser se développe principalement pendant les dix premières années de vie tout en s'établissant fermement à partir des résultats de nos expériences mentales, émotionnelles et motrices. Le cerveau humain n'apprend que graduellement comment filtrer le flux des stimuli entrants et sélectionner les informations les plus importantes. » [7.p.175]

« Quel que soit votre sens d'intégration sensorielle, votre corps [...] ne demande qu'à fonctionner le plus naturellement et le plus économiquement possible par rapport à ses préférences. Pensez-y, il est toujours à la recherche de la cohérence totale dont nous avons parlé ci-dessus. Dès le moment où vous lui offrez cet " oasis d'oscillations naturelles ", ces " mouvements émergents ", il vous en sera toujours reconnaissant. Il peut à nouveau recréer les conditions de son expérience optimale, c'est à dire celles du flow qui a le pouvoir de lui fournir ce dont il a le besoin, de le nourrir de l'intérieur en remettant du " mouvement " là où peut-être la " stagnation " s'était implantée. » [7,p.173] ce passage reprend les apports des études de LEE, I. [45]

Donc notre cerveau ne recherche qu'un équilibre de nos sens, une sensation, un état.

Les auteurs nomment cet état d'équilibre : l'état de flow.

ETAT DE FLOW (Expérience optimale).

Cet état caractérise une situation où l'individu concerné se trouve dans une sorte d'état de grâce.

« L'image est trop belle pour ne pas être employée : c'est comme si un surfeur avait réussi à prendre « la » vague tout en se trouvant en pleine possession de ses moyens. Il a l'impression d'être le maître à bord, autant que le passager d'un voyage sans incident. Nous nous représentons l'expérience optimale, cet état de flow décrit par Mihaly Csikszentmihalyi dans ses différents ouvrages, (Csikszentmihalyi, M. 2014 [46], Csikszentmihalyi & Bouffard [47], et Servan- Schreiber, 2005 [48]), comme étant un système où l'inconditionnel et la cohérence corporelle règnent main dans la main. » [7,p.169]

Ce passage nous paraît particulièrement familier avec les notions décrites par Jean BOUHANA sur la notion d'intercorporalité et de pôle d'action.

L'état de flow serait l'état de cohérence totale décrit par le concept de moteur primaire et secondaire. Suite à cette proposition d'état d'expérience optimale nous pouvons nous demander quelle est la structure ou la fonction qui le détermine. Le docteur Karl H.PRIBRAM nous pose cette question dans une étude de 1998 :

« Qu'est-ce qui vient en premier, notre expérience du monde matériel ou le cerveau matériel qui rend l'expérience possible ? » [49]. Cette question nous renvoie au questionnement sur le rapport structure-fonction.

« Le corps recherche en effet sans arrêt cette fameuse cohérence totale qui va lui permettre de rétablir l'équilibre physiologique nécessaire à son expression économique et efficace [...]

La règle d'or pour lui est des plus simples : si la valeur vécue est positive, il peut se permettre de rester dans son moteur principal, notre zone de confort Moteur I (MI). Si cette valeur se situe dans un vécu négatif, ayant tendance à créer une attitude de lutte, il est indispensable d'adapter notre posture en allant " se réfugier " dans notre zone de régénération, notre moteur secondaire (MII). Il est tout désigné pour supporter les ambiguïtés sans rechigner. Il n'a que faire des valeurs attribuées par le vécu puisque son rôle est de "récupérer coûte que coûte". [...] Votre corps recherche, grâce au mouvement, la meilleure des postures à adopter en fonction du contenu qui est exprimé. C'est donc bien le corps et sa posture qui sont les garants d'une pensée cohérente et non l'inverse. » [7.p.174]

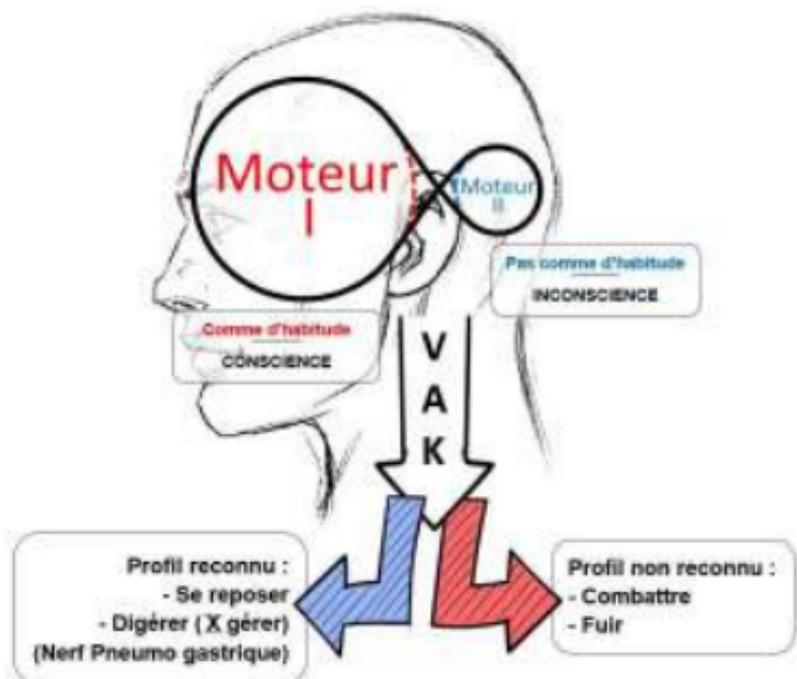


Fig. 16 - Schéma du fonctionnement de chaque être humain.

Ce schéma représente l'échange permanent entre les deux moteurs l'individu recherchant la prédominance du repos et équilibre par leur fonctionnement conjugué harmonieux : « état de cohérence totale ». En cas de dysharmonie apparaît un « état de cohérence partielle » source de déséquilibre. L'intégration sensorielle ne peut se faire que dans l'état de cohérence totale. [7.p.132]

Pour compléter cet extrait, les travaux de JACOBI proposent la loi des opposés : « Le psychisme étant un système autorégulateur, il n'y a aucun équilibre, aucun système d'autorégulation, sans opposition. » [7,p.184] Pour se nourrir de ces oppositions, il y a une structure qui fait le trait d'union entre ces deux sources d'opposition, entre ces deux hémisphères, permettant les confrontations sensorielles pour définir l'équilibre des situations :

Le corps calleux : il relie les deux hémisphères.

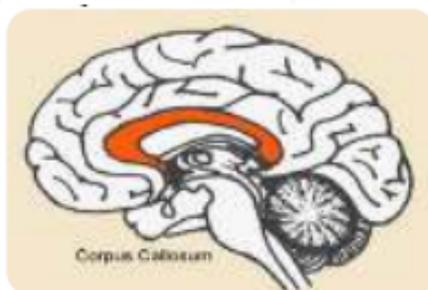


Fig. 17 - Corps calleux. (Source : Internet)

« Lorsque l'on observe la structure du corps calleux humain, ce pont de 200 à 300 millions de fibres nerveuses reliant nos deux hémisphères, nous sommes frappés par sa non homogénéité. En effet, la partie arrière reliant les lobes sensoriels est principalement composée de grosses fibres myélinisées (donc plus rapides), tandis que la partie avant reliant les lobes frontaux se distingue par une multitude de petites fibres moins, voire pas du tout myélinisées (donc plus lentes). Pourquoi cette disparité ? Nos suppositions vont dans le sens des avantages et propriétés recherchées par ces différences structurelles. Pour pouvoir connecter et coordonner les fonctions des lobes sensoriels (convexités postérieures) ensemble, il s'agit effectivement de pouvoir disposer de suffisamment de vitesse permettant la synchronisation des informations provenant de la droite et de la gauche de notre corps. D'après nous, les lobes frontaux n'ont pas autant besoin de vitesse et de synchronisation que les lobes sensoriels, car leur rôle est moins dans la connexion que dans la « déconnexion » permettant de faire émerger des contrastes. [...] Nous supposons que les lobes frontaux pourraient très bien bénéficier des propriétés émergentes obtenues par des échanges non plus synchrones comme dans les convexités postérieures, mais bien asynchrones entre eux deux. Ce qui semble perdu en vitesse pourrait très bien être en complexité, compensé par le nombre plus élevé de fibres, le caractère asynchrone et la richesse des échanges. » [7,p.311]

Si nous allons un tout petit peu plus loin nous pouvons observer une densification de ses fibres et une myélinisation hétérogène de celles-ci.

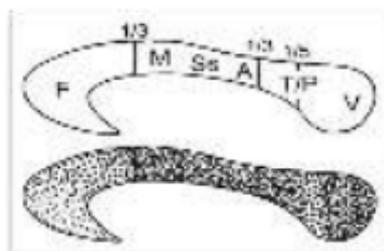


Fig. 18 - Illustration de la densification des fibres & myélinisation hétérogène. [7.p.312]

Schéma illustrant la distribution spatiale des fibres en fonction de leur diamètre.

F, frontal ; **M**, moteur ; **Ss**, somatosensoriel ; **A**, auditif ; **T/P**, temporo/pariétal ; **V**, visuel.

(ABOITIZ, LOPEZ, et MONTIEL, 2003) [7.p.312]

Le lobe Frontal et la partie Motrice sont responsables de la coordination motrice volontaire, de la parole, du langage, du raisonnement, de la prise de décision, de la personnalité et du jugement. Le Somatosensoriel est responsable du toucher et de la proprioception et kinesthésie. L'Auditif et le Temporo-Pariétal sont responsables de l'ouïe et de l'équilibre, le Visuel de la vue. Le Somatosensoriel, l'Auditif, le Temporo-Pariétal et le Visuel sont myélinisés, et de fortes représentations pour un échange très rapide d'informations. Ces particularités en font des sens particulièrement opérants (Visuel, Auditif, Kinesthésique).

Ces informations sont toutes transmises au système vestibulaire pour se synchroniser et optimiser l'équilibre situationnel. Le lobe frontal et moteur sont non myélinisés pour laisser plus de temps pour l'analyse des contrastes.

Ces structures physiologiquement observables confirment que nos sens visuel, auditif et kinesthésique ont un rôle manifeste sur notre rapport direct avec nos perceptions situationnelles. L'analyse consciente par le sujet ne se fera que dans une latence qui lui permet une analyse critique et un jugement personnel. Ces données sont pour nous fondamentales pour soutenir l'hypothèse de ce sujet d'étude et appuyer l'expérience proposée.

Cet ouvrage complète notre sujet par son approche de terrain, riche de l'observation de l'être s'exprimant. Les auteurs y proposent un concept basé sur nos préférences motrices. Celles-ci sont issues des solutions que nous avons confrontées à la gravité pour nous exprimer et qui structurent nos expressions et nos attitudes. En ce point il est passionnant de relever des passages entiers en totale adéquation avec les concepts du modèle fondamental de l'IFSOR

ou de Andrew Taylor STILL. La recherche d'équilibre des sens par notre cerveau est une des bases de notre école posturale ainsi que celle des deux ouvrages précédents.

L'état de flow, état de cohérence optimale, est l'état recherché par le thérapeute lors de sa manipulation. Jean BOUHANA le décrit comme étant le pôle d'action. Le principe d'unité du corps humain ainsi que sa capacité d'auto-guérison sont largement décrits dans cette source bibliographique. Ils s'accordent parfaitement avec les principes du père fondateur de l'ostéopathie structurelle, Andrew Taylor STILL.

Cependant, une notion nouvelle retient notre attention : l'état de cohérence totale a un pendant, celui de cohérence partielle dans lequel rien ne nous est économique.

Pour permettre de poursuivre la lecture de l'étude avec l'apport des données précédentes nous allons faire un point sur l'essentiel à retenir pour chacun des trois ouvrages cités. Ces synthèses vont nous servir à fonder l'hypothèse et construire l'expérience de ce travail.

Essentiel à retenir

La rencontre en ostéopathie structurelle de Jean BOUHANA [5]

L'ostéopathie structurelle a intégré la dimension humaine dans les rapports soignant-soigné car l'homme est fondamentalement et structurellement communicant.

C'est un « corps-conscience » qui perçoit grâce à tous ses sens.

L'art du thérapeute est de savoir comment mettre en jeu cette rencontre de façon à permettre pleinement l'émergence de phénomènes qui intéressent la thérapie.

Le thérapeute et le patient passent de situation de séparabilité (déséquilibre), à la situation de non séparabilité (des-équilibres) à la création du pôle de l'Action : **création d'un nouvel équilibre.**

Avant toute application technique, le thérapeute met en place les conditions nécessaires pour rendre ses actions efficaces. Ceci implique qu'il dirige la relation avec son patient vers une situation qui permet l'efficacité de ses actes.

Partie 1 : Anatomie de l'essence du « je » qui nous donne les sens du jeu.

La vue, l'ouïe et la proprioception sont inextricablement complémentaires et toutes leurs informations convergent vers le vestibule, ce qui en fait le maître du jeu (je).

Partie 2 : Les émotions sont indissociables de nos perceptions.

Toute perception génère une émotion.

Tous les sens convergent vers le vestibule qui est le premier système mature in utéro. Le vestibule est en interrelation avec la formation réticulée. Cette formation apparaît à la naissance. Dans cette formation se trouvent des zones qui régulent les émotions et les systèmes cardiovasculaire, respiratoire, endocrinien et gastro-intestinal.

Partie 3 : Les réflexes sont la base et cadre de notre édifice structurel.

Les réflexes primitifs/archaïques du nouveau-né ont le premier rôle dans notre posture et nos réactions émotionnelles.

Ces réflexes sont primordiaux : ils établissent le lien entre le corps, la cognition et les émotions. L'intégration du réflexe de retrait puis celle des réflexes primitifs puis celle des réflexes posturaux permet une maturation du système nerveux.

Des réflexes matures permettent une adaptation aux situations nouvelles.

Dans le cas contraire, il y a incapacité d'adaptations aux situations nouvelles.

Les réflexes primitifs/archaïques posent les bases de tout fonctionnement puis les réflexes posturaux forment le cadre dans lequel d'autres systèmes peuvent fonctionner efficacement.

Partie 4 : Cognitif : co-naître.

La maturation cognitive du système préférentiel (Visuel-Auditif-Kinesthésique) nous donne des connaissances sur notre patient. Cette connaissance, ou co-naissance lors d'un soin rappelle que lorsque l'organisme est saturé, le système nerveux sympathique bloque toute sensation et cesse de répondre aux stimuli. Il faut donc être attentif à l'état de la cible pour ne pas inhiber son action.

La cible est (un) TOUT :

C'est un corps avec les perceptions/sensations, la cognition entre ses réflexes et ses émotions ainsi que la synthèse de ses relations corps/environnement par ses voies cognitives.

La bible des préférences motrices de Bertrand THERAULAZ & Ralph HIPPOLYTE [7]

Le modèle de fonctionnement des machines biologiques dotées d'un système nerveux est basé sur deux machineries complémentaires et solidaires :

- La machinerie bioénergétique qui regroupe l'ensemble des fonctions dites métaboliques.
- La machinerie bio-informationnelle qui est constituée par un système nerveux assimilateur, intégrateur, distributeur des signaux ; qui traite l'information.

Dès notre conception, nous sommes soumis à la gravité et très tôt nous l'expérimentons dans le modelage de la structure du fœtus qui ne peut se construire sans l'intégrer activement.

Dès la naissance, nos préférences proviennent d'une loi : la loi du moindre effort.

C'est la relation potentiel / gravité qui donne nos préférences.

L'être humain extrait de son contexte tout ce que ses sens accrochent activement, visuellement, ce qu'il entend. Grâce à des mouvements pleinement assumés, il intègre une symphonie d'éléments sensoriels tout en enrichissant sa mémoire.

- Deux préférences motrices sont initiées par :
 - Le système vestibulaire [antépulsé / rétropulsé].
 - La vision [opposée/ associée ; à l'effet de la gravité].
- Deux paramètres structuraux sont :
 - L'organisation vestibulaire [verticale ou horizontale].
 - L'organisation relative des ceintures scapulaire et pelvienne [les dissociés et les associés].

Notre corps est le seul à avoir accès aux ressources nécessaires pour lui permettre de se rééquilibrer sans effort apparent.

Notre organisme recherche en permanence l'état de flow ou « expérience optimale », situation où l'individu concerné se trouve dans un état de grâce. Il a l'impression d'être le maître à bord, autant que le passager d'un voyage sans incident. Lorsqu'un patient se présente à nous il exprime sa meilleure solution face à la gravité.

La synthèse de ces 3 ouvrages, ainsi que celle des travaux de Adrien BARBE et Nicolas VANDER-GUCHT, nous engage à expérimenter l'influence de la qualité de la communication avec le patient lors de la rencontre en ostéopathie structurelle. Nous allons réaliser une expérience de reconnaissance des préférences d'intégrations sensorielles du patient et de l'éventuelle corrélation avec l'efficacité du soin.

3. HYPOTHESE

Les données anatomo-physiologiques recueillies précédemment ainsi que l'article de Jean BOUHANA convergent vers notre rapport personnel, subjectif, à la gravité. La force gravitationnelle est pourtant notre unique référence objective commune. Elle nous donne matière à penser : nos sens sont l'interface entre le monde extérieur objectivable et notre monde intérieur subjectif. La notion d'efficacité du soin se trouve entre deux subjectivités qui partagent une gravité commune. C'est par leurs sens que le thérapeute et le patient vont communiquer, échanger et partager un soin.

Notre hypothèse naît de ce constat et nous permet de l'énoncer :

La reconnaissance du canal sensoriel préférentiel du patient (Visuel – Auditif - Kinesthésique) par un ostéopathe structurel optimise-t-elle l'efficacité du soin ?

4. MATERIEL & METHODE :

Pour tenter de caractériser un type de patient nous nous inspirons des travaux de Richard BANDLER et John GRINDER [2], pionniers dans la caractérisation des profils.

4.1. Matériel

4.1.1. Population

L'expérience que nous réalisons est une expérience de terrain. Elle utilise des questionnaires et des réponses anonymes. Cette expérience se réalise lors de premiers rendez-vous entre des ostéopathes structurels et des patients qui ne se sont jamais vus. C'est en fin de séance que l'expérience est proposée au patient.

Les critères d'inclusion :

La population qui participe à cette étude est une population adulte et consentante pour réaliser cette étude.

Les thérapeutes :

Ce sont uniquement des thérapeutes issus de la formation d'ostéopathie structurelle et enseignant à l'école de Rennes.

L'option retenue a été de choisir aléatoirement six enseignants de l'IFSO Rennes pour ne pas induire de biais quant au concept et type d'ostéopathie. Le concept et les outils thérapeutiques sont ainsi communs aux acteurs de cette étude. Le choix est fait par tirage au sort parmi des praticiens confirmés, chacun d'eux ayant au moins cinq ans de pratique.

Les patients :

Cinq patients sont sollicités au hasard par chacun des six thérapeutes de l'étude. Ce sont de nouveaux patients. Ces patients doivent être autonomes, en capacité de savoir lire, d'entendre et de comprendre le thérapeute pour ensuite pouvoir répondre par écrit aux questionnaires.

Le choix de cette population de thérapeutes et de patients est volontaire. Cette option nous permet en effet de rapidement mettre en évidence une tendance, une pertinence d'axe de recherche. Si cette expérience s'avère concluante, elle pourra constituer la base d'une étude plus conséquente.

Les critères d'exclusion :

Le premier est la non volonté de participation du patient.

De par la nature de l'étude ne sont également pas inclus les patients non autonomes, les bébés, les enfants, les malentendants, les malvoyants, ou en incapacité de lire et d'écrire.

Nous considérons que toutes ces caractéristiques peuvent en effet biaiser les résultats.

4.1.2. Questionnaires

Pour cette étude, les questionnaires utilisés sont :

- ❖ Un questionnaire VAK (VAK signifie : Visuel Auditif Kinesthésique) de M. BERGERON & J. GOUDREAU [50] : Il permet d'évaluer le profil préférentiel de perception sensorielle du thérapeute et du patient. Les profils sont par suite identifiés comme étant soit visuel, auditif ou kinesthésique. Voir questionnaire 1 Thérapeute & questionnaire 2 patient (Annexe 32 à 37, p.97 à 102).

Nous avons retenu ce questionnaire car il propose des questions simples, sur des situations précises et communes, offrant une seule réponse possible.

- ❖ Pour le thérapeute, un questionnaire élaboré par nos soins qui lui permet d'évaluer le profil du patient qu'il vient de prendre en charge. Voir questionnaire 2 Thérapeute (Annexe 40, p.104).
- ❖ Pour le patient, un questionnaire sous forme d'échelle visuelle analogique allant de 0 à 10 pour noter l'efficacité qu'il a perçue de la séance. Voir questionnaire 1 patient (Annexe 38, p.103).

4.2. Méthode

4.2.1. Utilisation des questionnaires

Chaque thérapeute qui participe à l'expérience possède six enveloppes : une enveloppe dans laquelle il dépose, après les avoir remplis, son questionnaire personnel « profil thérapeute », et, cinq questionnaires correspondants aux « profils patients » qu'il aura identifié.

Les cinq autres enveloppes sont pour les cinq patients choisis et consentants à participer à l'étude.

Chacune des enveloppes « patient » contient deux parties :

Voir questionnaire patient 1 & 2, Annexe 35 à 38, p.100-103.

- Première partie : une échelle visuelle analogique évaluant l'efficacité du soin de zéro à dix.

- o Seconde partie : un questionnaire « profil patient » qui détermine son profil préférentiel : visuel, auditif, kinesthésique.

Ces questionnaires sont proposés uniquement à la fin de leur séance pour éviter un biais lors de celle-ci. Le thérapeute indique que ces questionnaires sont totalement anonymes, ce qui est de nouveau mentionné en entête de ceux-ci.

Ils sont remplis par chacun des patients dans la salle d'attente pour ne pas être sous influence de la présence du thérapeute qu'ils viennent de consulter. Une fois leurs deux questionnaires complétés, chacun des patients les remet dans l'enveloppe qu'ils doivent sceller. Puis, il la dépose au bureau, au secrétariat ou dans la boîte aux lettres du cabinet. Ces points constituent la condition pour des réponses objectives.

Chacune des enveloppes « thérapeute » contient deux parties :

Voir questionnaire thérapeute 1 & 2, Annexe 32 à 34, p.97 à 99 & Annexe 40, p.104.

- o Première partie : un questionnaire « profil thérapeute », qui va déterminer le profil préférentiel du thérapeute à ne remplir qu'une seule fois avant toutes les séances.
- o Seconde partie : un questionnaire lui permettant d'évaluer le profil du patient qu'il vient de prendre en charge.

Nous demandons dans un premier temps au thérapeute de remplir son questionnaire « profil thérapeute », seul, au calme et de le mettre de côté.

Dans un second temps, chaque thérapeute va mener l'expérience sur cinq premiers rendez-vous. À la fin de cette première séance, le thérapeute propose au nouveau patient de participer à l'expérience anonyme. S'il accepte, le thérapeute lui remet l'enveloppe et le laisse à ses deux questionnaires en salle d'attente. Parallèlement le thérapeute, lui, remplit le second questionnaire évaluant le profil du patient.

<p>Etape 1 :</p> 	<p>Le thérapeute remplit son questionnaire VAK (une seule fois) ce qui détermine son profil parmi les 3 possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visuel ○ Auditif ○ Kinesthésique
<p>Etape 2 :</p> 	<p>Le thérapeute et le patient se rencontrent pour la première fois.</p> <p>Réalisation de la séance d'ostéopathie structurée.</p>
<p>Etape 3 :</p> 	<p>Après séance réalisée :</p> <p>Le patient remplit 2 questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une EVA de 0 à 10 sur l'efficacité perçue du soin après cette première séance avec ce nouveau thérapeute. ○ Le questionnaire VAK qui déterminera son profil parmi les 3 possibilités: <ul style="list-style-type: none"> ● Visuel ● Auditif ● Kinesthésique <p>Le thérapeute remplit la deuxième partie de son questionnaire : celle qui définit selon lui le profil du patient qu'il vient de prendre en soin, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visuel ○ Auditif ○ Kinesthésique

Tableau 2 - Schéma chronologique récapitulatif de l'expérience.

4.2.2. Recueil des questionnaires remplis

Nous récupérons l'ensemble des enveloppes. Soit six lots de six enveloppes. Chaque lot comprend l'enveloppe thérapeute qui contient son profil et ses cinq évaluations de profil des patients vus en soin. Les cinq autres enveloppes sont les réponses des patients, sur l'efficacité de la séance ainsi que leur profil.

Après étude des documents recueillis, nous obtenons bien en résultats les profils VAK de tous les thérapeutes, les profils VAK évalués de tous les patients par leur thérapeute, les notes d'efficacité des séances et les profils VAK des patients. Les résultats issus du traitement de ces données sont utilisées pour analyses.

Chacun des questionnaires « thérapeute » et « patient » comporte une dernière case à renseigner avec la date et l'heure du début de séance.

Ces indications nous permettent à la fois de respecter l'anonymat et de recoupler les données du binôme patient et thérapeute.

Les résultats obtenus vont être présentés dans la partie suivante.

5. ANALYSE ET RESULTATS

5.1. Analyse

- Questionnaire VAK

Chaque questionnaire rempli est analysé avec la grille de correspondance. Voir résultat questionnaire VAK (Annexe 41, p.105).

- Echelle visuelle analogique (EVA)

Nous avons une règle graduée avec 10 intervalles équivalents. La superposition de celle-ci avec l'EVA du patient nous permet de chiffrer l'efficacité du soin de 0 à 10.

(Voir Annexe 39, p.103).

5.2. Résultats

5.2.1. Résultat des questionnaires VAK

(Voir résultats Tableau 4 à 9, p.106 à 107)

Les résultats que nous récoltons lors de l'analyse des questionnaires VAK nous indiquent dans un premier temps qu'il y a une représentation homogène des profils chez les thérapeutes. Celle des patients est relativement homogène avec une légère surreprésentation du profil kinesthésique. Il n'existe aucun profil majoritaire dans la population de l'expérience.

Les répartitions des profils sont représentées ci-dessous :

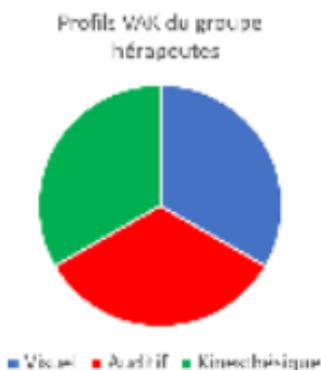


Fig. 19 - Profils VAK Thérapeutes.

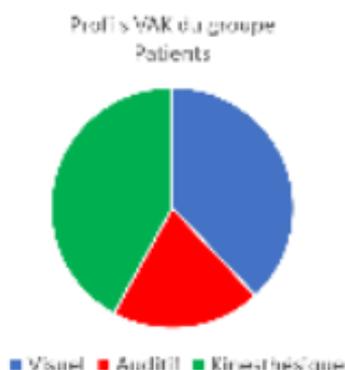


Fig. 20 - Profils VAK Patients.

5.2.2. Résultats des profils patients identifiés

(Voir résultats Tableau 4 à 9, p.106 à 107)

Sur trente profils de patients, quatorze ont été reconnus.

Il y a une grande hétérogénéité entre les thérapeutes :

- Un thérapeute n'a reconnu aucun profil,
- Trois thérapeutes ont reconnu deux profils sur cinq,
- Un thérapeute en a reconnu trois sur cinq,
- Un thérapeute a reconnu les cinq.

Les thérapeutes, quel que soit leur profil, identifient des profils identiques ou différents du leur. Les résultats sont reportés dans le diagramme ci-dessous.

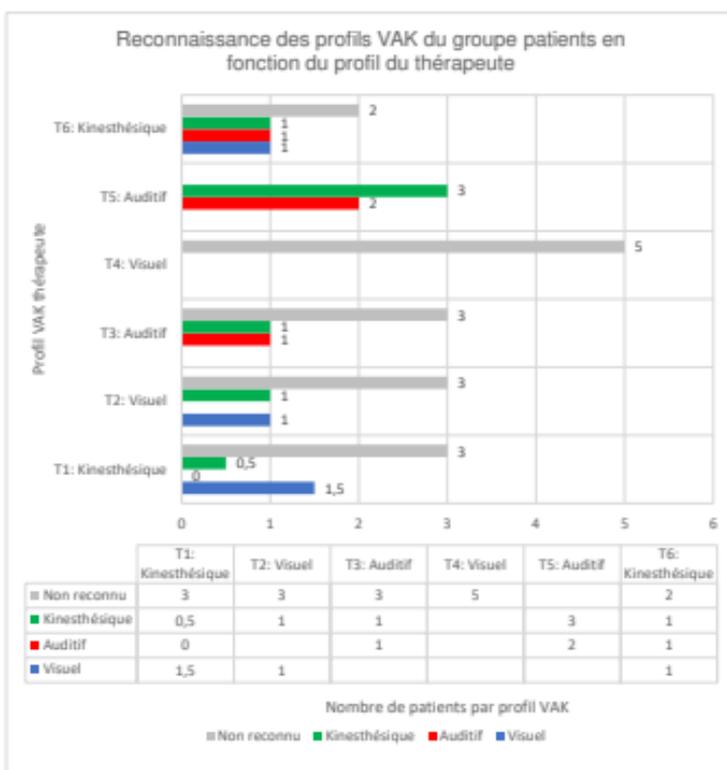


Fig. 21 - Graphique de reconnaissance des profils VAK.

5.2.3. Résultat des EVA

Les notes recueillies vont de 5 à 10, tout thérapeute confondu.

Les 10 profils visuels mettent des notes allant de 5 à 8, avec une note moyenne de 6,8.

Les 6 profils auditifs mettent des notes allant de 5 à 10, avec une note moyenne de 8.

Les 12 profils kinesthésiques mettent des notes allant de 6 à 10, avec une note moyenne de 7,5.

Il existe 2 patients aux profils mixtes, chacun avec un thérapeute différent :

un visuel-kinesthésique qui donne une note de 9 et un visuel-auditif qui donne une note de 7.

5.2.4. Relation entre reconnaissance du profil du patient et efficacité du soin

Le Tableau 10, p.108 présente les moyennes d'efficacité du soin perçu par les patients en fonction de la reconnaissance de leur profil par le thérapeute.

Nous relevons une note moyenne de 6,4 pour les profils non reconnus, tous thérapeutes confondus et une note moyenne de 8,4 pour les profils reconnus, tous thérapeutes confondus.

Ces résultats sont présentés dans le diagramme ci-dessous.



Fig. 22 - Comparaison des notes d'efficacité entre profils reconnus ou non.

Le Tableau 12, p.108 donne la note moyenne d'efficacité du soin par thérapeute et la confrontation avec le nombre de profils de patients que ce thérapeute a reconnu. Les résultats sont présentés dans le diagramme ci-dessous.



Fig. 23 - Diagramme de relation entre profil sensoriel et efficacité du soin.

5.2.5. Test statistique

Fig. 24 - Illustration graphique de l'interface du site BiostaTGV.

Afin d'objectiver les résultats obtenus par un outils statistique reconnu, nous utilisons le test ANOVA DE FRIEDMAN :

- Définition de l'hypothèse nulle : H_0 = La distribution de la variable ordinale est la même dans tous les groupes.
- Statistique : Moyennes des rangs des observations dans les différents groupes.
- Loi de la statistique sous H_0 : Loi du chi deux à K-1 groupes.
- Nombre de groupes : 6
- Nombre de sujets : 5
- Tableau de données :

Résultats du test :

- Données série 1 : 5L x 6C
- Méthode : Friedman rank sum test
- Statistique observée Q obs : 14.440789473684
- P Value : 0.013039085477396
- Paramètre du Test 5

Tableau de données 1						
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6
Sujet 1	7	7	7	6	10	6
Sujet 2	9	7	7	6	10	7
Sujet 3	7	6	9	6	9	8
Sujet 4	7	7	6	7	9	7
Sujet 5	8	8	10	5	9	5

Tableau 3 - Tableau de données du test de Friedman.

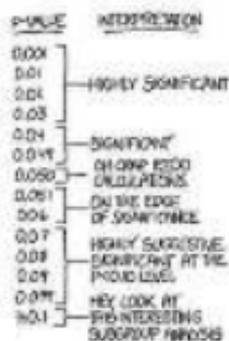


Fig. 25 - Interprétation des valeurs P-Value.

En utilisant Biosta TGV, logiciel de tests statistiques en ligne, nous obtenons une valeur p (P Value) de cette expérimentation qui est de 0.013039085477396.

Cette valeur place l'étude au rang d'expérience fortement significative. (Fig. 25)

6. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

6.1. Synthèse des résultats

Dans notre échantillon la répartition des profils est homogène chez les thérapeutes et relativement homogène chez les patients. Lors de ces premiers rendez-vous, le thérapeute a des consultants de profils variés et pas uniquement des profils identiques au sien. Il est intéressant de remarquer qu'un profil de thérapeute ne va pas reconnaître plus facilement un profil similaire au sien. Les résultats nous montrent également que les thérapeutes ne reconnaissent pas un profil plus qu'un autre.

La note la plus élevée, tous thérapeutes confondus, est de 10 ; la plus basse est de 5. Ces notes, toutes supérieures ou égales à 5, confirment l'efficacité des soins selon le concept ostéopathique de notre école.

Le Tableau 11, p.108 reporte les pourcentages montrant une optimisation significative de l'efficacité du soin lorsque le thérapeute reconnaît le profil VAK du patient qu'il prend en charge. Lorsque le thérapeute reconnaît le profil VAK, la note d'efficacité est plus forte que s'il ne le reconnaît pas. Voir Tableau 12, p.108. L'amélioration globale ainsi relevée est de 27%, voir Tableau 13, p.108.

6.2. Discussion

L'énoncé de Jean François TERRAMORSI « le message n'est rien, la cible est tout », nous est formulé dès les premiers pas dans la formation dispensée à l'IFSOR.

Nombreux sont les Travaux d'Étude et de Recherche qui le citent. Un des points forts de ce Mémoire est d'être le premier à inscrire la caractérisation de la cible dans la démarche de soin ostéopathique structurelle.

Les questionnaires VAK utilisés ont été constructifs. Les profilages VAK sont largement utilisés dans les domaines professionnels, en particulier lors de recrutements ou en matière éducative. Ainsi, même si Luc ROUSSEAU et Jeanne BRABANT-BEAULIEU expriment dans leurs travaux de 2020 qu'il n'y a aucune validité scientifique quant à l'amélioration des résultats scolaires quand existe un appariement des méthodes pédagogiques aux profils VAK des élèves [51], à aucun moment ils ne mettent en doute la pertinence des profils obtenus à partir des questionnaires VAK. Les questionnaires VAK utilisés pour cette expérimentation ont été fonctionnels car ils ont pu être complètement remplis par les thérapeutes et par les patients. Ces documents ont ainsi permis de catégoriser les profils des thérapeutes et des patients et de réaliser l'expérience de cette étude dans les conditions optimales.

Nous avons choisi une population de patients, critères d'exclusion compris, qui est représentative des patients consultant en ostéopathie structurelle. Il est entendu que ce concept pourrait aussi s'étendre aux enfants mais l'évaluation du profil par questionnaire ainsi que l'EVA en totale autonomie paraît plus difficile en-dessous d'un certain âge. Il en est de même pour tous les patients présentant les critères d'exclusion. Cette étude mérite d'être poursuivie avec une plus grande population de patients et de thérapeutes. Nous avons vu que les thérapeutes reconnaissent indépendamment des profils identiques aux leurs ou différents. Nous pouvons penser que LA rencontre thérapeutique a des caractéristiques qui lui sont propres. Les recherches les plus récentes en neurosciences s'intéressent de très près aux neurones miroirs ainsi qu'au système limbique comme colonne vertébrale d'un rapport à l'autre. Cet apport nous éclaire sur la notion de confiance qui dans un temps simultané nous renseigne sur les points communs autant que sur nos différences à l'autre. Cette prise d'informations passe par l'ensemble de nos sens et est maîtrisée par le système vestibulaire.

Sally GODDAR BLYTHE nous enseigne en amont que les sens participent largement au développement et la maturation du système nerveux de l'Homme.

B.THÉRAULAZ et R.HIPPOLYTE modélisent l'être humain selon ses préférences motrices. Celles-ci sont les modèles les plus efficaces dans les situations nouvelles, demandant une adaptation. Ces différentes données permettent de nous pencher sur la reproductibilité des résultats issus de cette étude.

En effet, nous pouvons nous questionner sur deux choses. Côté patient, son VAK de la séance est-il le reflet des préférences avec lesquelles il s'est construit ou de préférences propres à la rencontre thérapeutique. La rencontre définit-elle un profil patient propre à ce temps ? Les résultats du VAK du patient seraient-ils les mêmes un autre jour ou avec un autre thérapeute ?

Côté thérapeute, le VAK rempli en préambule est-il réellement son préférentiel ou conjonctuel.

Ces tests seraient-ils reproductibles intra-patients, intra-thérapeutes et inter-thérapeutes ? La liberté a été laissée aux thérapeutes quant à la date ou la période de l'étude comprise dans les trois mois de celle-ci. Cette variable peut être également ajustée pour proposer une période plus longue d'expérimentation avec des dates fixes, communes aux thérapeutes, pour plus d'objectivité.

Sans réponse à ces questions mais forts des résultats de notre expérience, le questionnaire VAK est un outil qui semble pertinent lors de la rencontre thérapeutique. En effet, nous avons montré dans cette étude qu'il y a une corrélation entre la reconnaissance du profil du patient par le thérapeute et l'efficacité à la sortie de la séance.

Cette efficacité de la séance est évaluée grâce à une échelle visuelle analogique, largement utilisée dans le monde médical. Cependant, nous pouvons nous questionner sur la subjectivité de la notion d'efficacité juste à la sortie d'une séance. Peut-on réellement évaluer une efficacité sans lui consacrer un certain temps pour pouvoir confirmer dans la durée ? Il serait intéressant de compléter cette étude en y ajoutant la même évaluation, à froid après deux semaines.

Cette expérimentation, objectivée par un outil statistique réputé, donne des résultats hautement significatifs, apportant des éléments de réponse concrets à notre sujet. Notre hypothèse de départ selon laquelle reconnaître le canal sensoriel préférentiel du patient (Visuel – Auditif – Kinesthésique) optimise l'efficacité du soin est validée, hypothèse par ailleurs corroborée par des apports anatomo-physiologiques fiables.

Un autre point important issu de ce travail est la proposition d'un outil pour les thérapeutes issus de notre école. Voir Fig. 29 & 30, p.70-71.

Notre métier est un métier artisanal. Cet art thérapeutique est extra-ordinaire en réalisant un soin particulier à chaque rencontre. Chacune d'elle est intrinsèquement unique. Nous n'avons pas d'autre choix que d'y mettre notre peau en jeu. Le patient en fait de même. Ce « peau à peau » nous renvoie à l'enfance avec des schèmes neuronaux et émotionnels qui rendent cet art si complexe et si merveilleux.

Sensations et émotions sont indissociables. Nos émotions nous structurent sur les bases de réflexes primitifs et posturaux. La rencontre thérapeutique est basée sur un état des lieux, cohérent, de la situation de « gravité ». Cette proposition d'identification de profil Visuel, Auditif ou Kinesthésique n'est bien sûr pas exhaustive et ne se veut aucunement réductrice pour définir un type de patient. Chaque patient est une version unique et extra-ordinaire de l'expression humaine. La proposition de ce travail est juste de contribuer à améliorer notre soin structurel et comprendre les enjeux qui se jouent entre un soin technique et un soin thérapeutique.

Notre concept ostéopathique privilégie les techniques directes. Utilisons le sens privilégié du patient non pas pour chercher à le satisfaire mais à faire dans sa perception la plus directe. Nous n'adaptions pas notre message thérapeutique comme une expression éloignée de notre art mais nous nous profilons messenger pour frapper à la bonne porte.

Sous cet angle, il me semble que nous ajoutons une dimension au soin ostéopathique structurel non pas en y ajoutant une contrainte mais bien en y allégeant le soin pour être à l'attention du patient, à la tension de la cible.

L'humilité dans le soin est d'avoir conscience que nous sommes du même niveau de complexité que le patient, que rien ne se passe chez l'autre, tout se passe chez nous.

La formation à l'école IFSOR nous fait vivre un grand voyage intérieur.

Tout se passe en nous et uniquement chez nous. Nos professeurs sont les messagers, nous sommes les cibles.

Élèves de l'IFSOR, nous avons choisi cette école non pas par hasard mais pour nous offrir l'opportunité de grandir.

En relisant le paragraphe qui aborde l'autonomie du thérapeute du point de vue de J. F. TERRAMORSI [1.p.18–19], nous comprenons que notre école, basée sur l'attention portée à notre équilibre, nous amène à travailler notre coordination pour précisément l'améliorer. Cet enseignement est un changement d'état vécu de l'intérieur.

Un travail sur nos reliquats de réflexes posturaux semble être passage obligé pour rendre cette évolution possible. La loi du moindre effort, du moindre est fort est une quête. [1.p.180] L'état de Flow, de cohérence totale, de grâce, de bonheur est ce que nous recherchons tous. Ce défi est notre raison d'être depuis les cinq premières semaines de notre conception. Le concept de l'école en est totalement inspiré. Le soin doit en être imprégné.

La cible, décrite comme tout, s'articule autour de la communication verbale, non verbale et para verbale. Elle porte la moitié du potentiel d'efficacité. La proposition d'outils questionnaires VAK constitue un premier pas pour que la cible nous reçoive chez elle en respectant son évolution. Sa lésion est sa meilleure expression du moment face à la gravité de sa situation mais ne lui permet pas de trouver un équilibre. Nous avons le pouvoir de jouer avec la gravité ce qui peut changer les équilibres.

Ce Mémoire d'études est ainsi une tentative d'optimisation de l'intégration physique du message ostéopathique structurel, du point de vue du patient. Ce travail m'a passionné et m'a donné des pistes de réflexions nouvelles pour structurer encore un peu plus mon soin. Adhérant totalement au message de l'école, j'en ai appris l'adage et j'en ressors avec une proposition d'interprétation paronymique de celui-ci.

Message de l'IFSOR :

« Le message n'est rien, la cible est tout. »

Ma proposition après ce sujet d'étude :

« Le message naît rien, la cible le rend tout. »

7. CONCLUSION

Notre travail confirme l'hypothèse que reconnaître le canal sensoriel préférentiel d'un patient induit une optimisation de l'efficacité du soin. Cette valeur est mesurée à 27% d'amélioration. Cette optimisation du soin rentre dans les 50% des effets de la communication sur l'efficacité d'un soin.

Trois nouvelles ouvertures apparaissent :

1. C'est parce que le thérapeute est totalement à l'écoute de son patient qu'il le reconnaît en lui lors du contact opérant. Cette totale disponibilité envers son patient optimise la sensation d'efficacité spontanément.
2. Le thérapeute le reconnaît dès l'anamnèse et inconsciemment adapte sa communication à celui-ci et optimise de ce fait la sensation d'efficacité.
3. Ce sont les deux qui opèrent de manière indissociable.

Base d'étude et recherche pour ce travail, la bibliographie étudiée met le système vestibulaire et la gestion de l'équilibre au centre des réflexes primitifs, posturaux, au centre des préférences motrices et à la base des émotions.

Elle assoit un peu plus le concept de l'école d'ostéopathie structurale sur un modèle fondamental partagé et étayé par les données scientifiques issues de points de vue et d'approches différents.

Le système vestibulaire est le maître du jeu (je).

La poursuite de ce travail serait intéressante en choisissant deux groupes :

- Un premier groupe de patients témoins ayant des soins d'ostéopathie structurale avec des thérapeutes de l'école en anonymat de profil VAK. L'efficacité du soin en serait évaluée via l'échelle visuelle analogique en fin de séance. [Groupe 1]
- Plus tard, un second groupe avec les mêmes thérapeutes cette fois utilisant l'outil que nous proposons (voir Fig. 29 & Fig. 30, p.70 & 71). Ce groupe de patients remplirait en fin de séance uniquement l'échelle visuelle analogique d'efficacité de soins. [Groupe 2]

La comparaison des résultats d'efficacité de soins entre groupe 1 et groupe 2 permettrait d'approfondir le thème de ce travail.

Si nous nous mettons à la place du patient, il est important de garder en tête qu'il vient chercher chez un thérapeute un outil thérapeutique qui lui permettrait de retrouver un équilibre. Il vient en conscience. Il recherche une confiance.

Nous allons, thérapeute et patient, vivre une rencontre qui est déterminante pour la séance.

« Vous n'aurez jamais une deuxième chance de faire une bonne première impression. »

David SWANSON

Pour les plus visuels d'entre nous, voici la conclusion schématique :



Fig. 26 - Schéma du VAK patient.

Profil du patient

SANTÉ = ÉQUI-LIBRE(S)



LESION = perte d'équilibre (DES-ÉQUILIBRES)



Découvrir le SENS du JE(U)

(Visuel-Auditif-Kinesthésique)



Fig. 27 - Illustration du marteau et de la clé.



■ Sens Visuel | ■ Sens Auditif | ■ Sens Kinesthésique

Fig. 28 - Exemple de diagramme 3D à secteurs présentant le pourcentage des sens du patient exprimé avec l'outil Pro Feel.

OUTILS : Pro Feel

(Anamnèse – Séance – Synthèse de fin de séance)

8. OUTILS DE PROPOSITION

8.1. Outils Pro Feel patient



Feel LLL

Nom (je) :

Prénom (je) :

Date :

Mon cur, dans le cadre de notre projet sera soumis à votre avis. Les quelques phrases que nous proposons ont été soigneusement réfléchies. Pour chacune des phrases suivantes, cochez la case appropriée en fonction de la réaction qui vous dicte le mieux.

- 1- Lorsque je réfléchis en détail pour la première fois, mon attention est d'abord attirée :
- Par les détails les plus ou les moins raffinés.
 - Par les grandes lignes, le schéma global, l'ensemble des lieux.
 - Par l'atmosphère de l'endroit, le confort des meubles.
- 2- Quand j'imagine, je vois une personne :
- Plus jeune que moi.
 - Souvent d'origine.
 - Américain.
- 3- Quand j'entre en communication avec quelqu'un :
- Je m'efforce de comprendre l'opinion de l'autre.
 - Je m'attache à lui expliquer la situation en détail.
 - Je m'attache à donner au message.
- 4- Lorsque je parle à quelqu'un :
- Sans revenir sur moi.
 - Je tente de ce qui me regarde.
 - Je tente de le savoir près de moi.
- 5- Quand j'ai un problème, je cherche d'abord :
- Des solutions à court terme.
 - Des solutions à long terme.
 - Pendant quelques instants, je suis dépassé(e) et je me laisse dépasser par ce problème.
- 6- J'ai tendance à exprimer ce que je ressens :
- A ce que je pense et que je ressens.
 - Soitement à des amis intimes.
 - Je garde tout pour moi.
- 7- Quand on m'explique des notions importantes :
- Je comprends facile ment et m'importe peu quand la personne réalise qu'il n'est plus le temps à questionner.
 - Je m'efforce de me faire un dossier et de noter ce que j'ai pu comprendre.
 - Je me prends immédiatement des notes dans le livre.
- 8- Devant un nouvel appareil, j'ai tendance :
- A lire le manuel d'instructions avant de m'en servir.
 - A essayer de le faire fonctionner avant d'avoir lu le manuel d'instructions.
 - A demander de l'aide à quelqu'un.
- 9- Pour me débarrasser, j'ai tendance :
- A lire le manuel.
 - A consulter de la documentation.
 - A m'adresser dans un bon baroque.
- 10- Devant un échec :
- Je reviens immédiatement dans un bureau le page et j'essaie de résoudre le problème.
 - Je suis déprimé(e) et j'ai du mal à recommencer.
 - Je me souviens très facilement de ce que j'ai fait pendant plusieurs jours et je reviens à la tâche si le problème persiste.

Vous pouvez peaufiner votre questionnaire en fonction de votre situation personnelle et de vos besoins.

Fig. 29 - Outils Pro Feel Patient.

8.2. Outils Pro Feel Thérapeute



Nom(s) :		Prénom(s) :				Date :					
Profil V A K	Numéro de la question										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	V	A	V	V	A	V	V	A	V	V	A
	V	A	K	V	A	A	V	A	A	V	
Nombre de : V			Nombre de : A				Nombre de : K				

Entourez le canal sensoriel préférentiel de ce patient :

VISUEL	AUDITIF	KINE-SENSI-MOTIF
Préférent à ce qu'il voit. Sensible à l'expression du visage.	Le message verbal se passe indépendamment de l'expression du visage.	Intrinsèquement sensible à l'émotion véhiculée par le ton et l'intensité de la voix. Aime que le thérapeute soit proche.
Un besoin d'être regardé lorsqu'il parle.	On abrège, on synthétise, on va droit aux faits, on cesse d'expliquer.	Parler tranquillement au risque de le perdre si nous parlons trop rapidement.
Comprend mieux si on lui fait un dessin, un schéma, présente une image. Aime agir - contrôler les situations.	Il reste souvent longtemps avant d'agir, préfère réfléchir et avoir tous les outils en main.	Le faire agir pour mieux comprendre le message qu'il lui présente. Aime prendre son temps, procéder à son rythme, à son « timing » à lui.
Patient acteur de sa séance	Séance qui va à l'essentiel	Séance au rythme du patient

Fig. 30 - Outils Pro Feel Thérapeute.

9. BIBLIOGRAPHIE

Le style de citation utilisé pour ce document est : « Advances in Oceanography and Limnology », très proche du style « Vancouver » il permet d'y associer le numéro de pages de l'œuvre directement dans la citation, ce qui facilite la lecture et le référencement.

- [1] Terramorsi J-F, Terramorsi R, Pinto S, et al. Ostéopathie structurée : lésion structurée, concepts structurants. Bastia Monthey (Suisse) : Éolienne Gépro; 2013.
- [2] La structure de la magie t.2 ; communication et changement - John Grinder, Richard Bandler - InterÉditions - Grand format - Librairie Gallimard PARIS [Internet]. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.librairie-gallimard.com/livre/9782729618612-la-structure-de-la-magie-t-2-communication-et-changement-john-grinder-richard-bandler/>.
- [3] VANDER-GUCHT N. Durée de consultation en ostéopathie : État des lieux et incidences. [TER]. IFSO Rennes; 2021.
- [4] Barbe A. LIENS CONCEPTUELS ENTRE REFLEXES ARCHAÏQUE ET OSTÉOPATHIE : ACTIONS & INFLUENCES CROISEES ? [TER]. IFSO Rennes; 2022.
- [5] Bouhana J. La rencontre en ostéopathie structurée [Internet]. <https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu>. 2019 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu/spip.php?article2336&lang=fr>.
- [6] Blythe SG, Landon P. Le grand livre des réflexes : l'impact des réflexes primitifs et posturaux sur l'apprentissage et le comportement. Caen: Ressources primordiales; 2020.
- [7] Théraulaz B, Hippolyte R. La bible des préférences motrices : individualisation de l'accompagnement comment ? pourquoi. Paris: Amphora; 2021.
- [8] Michael L, Barley D. Research Summary of the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2001;38:357–361.
- [9] Hogedez B, Gaudreault N. Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-based medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie. *Ethics Med Public Health*. 2019;8:156–166.
- [10] Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie.
- [11] World Health Organization. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy. 2010 [cited 2023 Oct 4]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44356>.
- [12] Loiselet P. Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie. 2019;65.
- [13] Groumellec L. Analyse des conditions juridiques des pratiques d'un masseur-kinésithérapeute- ostéopathe.
- [14] Bandler R, Grinder J. La structure de la magie. Malakoff: InterÉditions; 2020.
- [15] Glossaire_Cerveau_APC.pdf [Internet]. [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/glossaire/Glossaire_Cerveau_APC.pdf.

- [16] Still AT. *Philosophy of Osteopathy*. Academy of Applied Osteopathy; 1899.
- [17] Adanodé M. Être en confiance dans la rencontre thérapeutique. *Cah Gestalt-Thérapie*. 2014;33:29-52.
- [18] Blanquet E. D'un commencement qui n'en finirait pas... exister...La posture thérapeutique du point de vue du champ et de la phénoménologie. *Cah Gestalt-Thérapie*. 2002;11:112-127.
- [19] BERDAT A. *Induction Thérapeutique en Ostéopathie Structurale [TER]*. IFSO Rennes; 2019.
- [20] MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception* [Internet]. [cited 2023 Oct 4]. Available from: <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Tel/Phenomenologie-de-la-perception>.
- [21] *Au Commencement était le Poisson - Neil Shubin* [Internet]. Babelio. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.babelio.com/livres/Shubin-Au-Commencement-etait-le-Poisson/121219>.
- [22] Schore AN. *Developing Right Brain: Origins of Pathological Dissociation*.
- [23] Wisbey AS. *Music as a Source of Learning: Consultant in Early Childhood and Remedial Education and Educational Technology*. Lancaster: Kluwer Academic Publishers; 1980.
- [24] *Le Fascia un nouveau continent à explorer David Lesondak - Ressources Primordiales* [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.ressources-primordiales.fr/boutique/livres/le-fascia-un-nouveau-continent-a-explorer-de-david-lesondak/>.
- [25] Biderman AD. Communist Attempts to Elicit False Confessions from Air Force Prisoners of War. *Bull N Y Acad Med*. 1957;33:616-625.
- [26] *Les circuits du stress* [Internet]. [cited 2023 Oct 18]. Available from: <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module3/pec/apprentissage/neuroana/stress/stress2.htm>.
- [27] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2005;34:513.
- [28] Gaubert C. Comment expliquer le déni de grossesse ? [Internet]. *Sci. Avenir*. 2018 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/question-de-la-semaine-comment-expliquer-le-deni-de-grossesse_126905.
- [29] Ames Louise. *Is Your Child in the Wrong Grade?* First Edition edition. Harper & Row;
- [30] Fawcett A, Nicolson R. Performance of Dyslexic Children on Cerebellar and Cognitive Tests. *J Mot Behav*. 1999;31:68-78.
- [31] Schragr OL. *Posture and balance: important markers for the children's learning development*. 2001.
- [32] Julien C. Sur les « neurones-miroirs »: *Lett SPF*. 2008;N° 20:121-141.
- [33] Grèzes J. Les émotions, modes d'action et de communication. *médecine/sciences*. 2011;27:683-684.

- [34] HOCKEY PARA TODOS-OLIMPIA | Facebook [Internet]. [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.facebook.com/groups/509896639116278>.
- [35] Butler Hall B. Discovering the hidden treasures in the ear. 1998.
- [36] Van Jaarsveld PE, Du Plessis WF. Audio-Psycho-Phonology at Potchefstroom: A Review. *South Afr J Psychol.* 1988;18:136–143.
- [37] Tournebise T. Art d'être communicant - Avec les autres et soi même. Labège Escalquens: DANGLES; 2008.
- [38] Ramachandran VS, Delporte C. Le cerveau fait de l'esprit: enquêtes sur les neurones miroirs. Paris: Dunod; 2011.
- [39] Paillard J. La machine organisée et la machine organisante: CONCEPTIONS RECENTES SUR LA NEUROBIOLOGIE DES FONCTIONS MOTRICES.
- [40] Boudéhen G. Ostéopathie crânienne structurelle: la tenségrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens. Vannes: Sully; 2011.
- [41] Lorenz EN. Deterministic Nonperiodic Flow. *J Atmospheric Sci.* 1963;20:130–141.
- [42] Gangopadhyay N, Madary M, Spicer F, editors. Perception, action, and consciousness: sensorimotor dynamics and two visual systems. New York: Oxford University Press, USA; 2010.
- [43] Paillard J. La machine organisée et la machine organisante: CONCEPTIONS RECENTES SUR LA NEUROBIOLOGIE DES FONCTIONS MOTRICES. Pap Present Conférence Inaugurale Congrès Int Dédication Phys Liège. 1977;
- [44] Liebertz C. Learning to Focus [Internet]. *Sci. Am. Online Issue N°27.* 2006 [cited 2023 Oct 7]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/learning-to-focus/>.
- [45] Lee I. La synchronisation des ondes cérébrales: retrouvez le rythme d'une vie saine et heureuse. Brossard (Québec) [Ivry-sur-Seine]: un Monde différent [diff. Interforum]; 2009.
- [46] Csikszentmihalyi M. Applications of flow in human development and education: The collected works of Mihaly Csikszentmihalyi. New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2014. p. xxii, 494.
- [47] Csikszentmihályi M, Bouffard L. Vivre: la psychologie du bonheur. Paris: R. Laffont; 2004.
- [48] Une nouvelle psychologie positive (Servan-Schreiber, 2005) - Bloc notes de Jean Heutte : sérénité, phronésis et ataraxie sont les trois mamelles qui nourrissent l'Épicurien de la connaissance :-) [Internet]. [cited 2023 Oct 19]. Available from: <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article73>.
- [49] Pribram KH. Brain and perception: holonomy and structure in figural processing. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
- [50] Bergeron M, Goudreault J. Programme pairs tuteurs. London Ontario M; 2003.
- [51] Rousseau L, Brabant-Beaulieu J. Le neuromythe des « styles d'apprentissage » VAK (visuel, auditif, kinesthésique) : une tentative de démystification auprès d'apprentis enseignants franco-ontariens. *Neuroeducation.* 2020;6:65–91.

10. ANNEXES

Annexe 1 - La rencontre en ostéopathie structurelle. [5.p.3].....	76
Annexe 2 - La rencontre en ostéopathie structurelle 2. [5.p.8].....	76
Annexe 3 - Présentation de Jean BOUHANA	77
Annexe 4 - Présentation Sally GODDARD BLYTHE.....	78
Annexe 5 - Présentation de Ralph HIPPOLYTE.....	79
Annexe 6 - Présentation Bertrand THÉRAULAZ.....	80
Annexe 7 - Schéma de l'organisation du système vestibulaire. [6.p.53].....	81
Annexe 8 - Schéma du lien occulo-vestibulaire. [6.p.152].....	82
Annexe 9 - Relation Hippocampe / Comportement. [26].....	82
Annexe 10 - Difficultés sensorielles. [6.p.212]	83
Annexe 11 - Myélinisation des système neuronaux. [6.p.20]	84
Annexe 12 - Chronologie des réflexes primitifs. [6.p.21].....	84
Annexe 13 - Réflexe de Moro [6.p.24]	85
Annexe 14 - Réflexe spinal de galant [6.p.45]	85
Annexe 15 - Réflexe de retrait au développement normal – système vestibulaire. [6.p.72]..	86
Annexe 16 – Développement cérébral et réflexes. [6.p.95].....	86
Annexe 17 - Réflexes primitifs au contrôle postural. [6.p.85]	87
Annexe 18 - Réflexes immatures. [6.p.84]	87
Annexe 19 - Réflexe archaïque et contrôle postural. [6.p.89].....	88
Annexe 20 - SAR-système vestibulaire. [6.p.99].....	88
Annexe 21 - Réflexes sous-développement. [6.p.86].....	89
Annexe 22 - Système d'activation réticulaire. [7.p.238].....	90
Annexe 23 – Développement cérébral et réflexes. [6.p.115].....	91
Annexe 24 - Rétroaction des informations. [6.p.106]	91
Annexe 25 - Niveau de développement. [6.p.116]	92
Annexe 26 - Indices de problèmes Visuels. [6.p.157]	93
Annexe 27 - Niveau de développement. [6.p.117]	93
Annexe 28 - Indices de problèmes auditifs. [6.p.147]	94
Annexe 29 - Indices de problèmes de proprioception. [6.p.160]	94
Annexe 30 - Maturation du système nerveux central. [6.p.210]	95
Annexe 31 - Maturation des réflexes un processus continu 2. [6.p.86].....	96
Annexe 32 - Questionnaire 1 thérapeute : Profil thérapeute (Feuille 1/3).....	97
Annexe 33 - Questionnaire 1 thérapeute : Profil thérapeute (Feuille 2/3).....	98
Annexe 34 - Questionnaire 1 thérapeute : Profil thérapeute (Feuille 3/3).....	99
Annexe 35 – Questionnaire 2 patient : Profil patient (Feuille 1/3)	100
Annexe 36 - Questionnaire 2 patient : Profil patient (Feuille 2/3)	101
Annexe 37 - Questionnaire 2 patient : Profil patient (Feuille 3/3)	102
Annexe 38 - Questionnaire 1 patient : EVA	103
Annexe 39 - Outils de mesure du score d'efficacité patient.....	103
Annexe 40 - Questionnaire 2 thérapeute : Évaluation profil patient	104
Annexe 41 - Résultat questionnaire VAK.....	105

Annexe 1 - La rencontre en ostéopathie structurelle. [5.p.3]



Annexe 2 - La rencontre en ostéopathie structurelle 2. [5.p.8]





Jean BOUHANA, étiope puis ostéopathe exerçait dans son cabinet en Bretagne, et enseignait depuis plus de 15 ans l'ostéopathie appliquée aux tissus conjonctifs. Il a débuté cet enseignement à l'Ecole d'Ostéopathie de Genève (anciennement collège d'Étiopathie), où il a été chargé de cours pendant une dizaine d'années. Depuis 1990, il a développé une pédagogie du toucher adaptée aux méthodes tissulaires structurelles. Il est co-auteur d'un livre sur la méthode « Jean Moneyron » qu'il a enseignée avec sa fille Françoise pendant près de 10 ans en France et en Europe.

Il a été très impliqué dans le développement de BRETAGNE-OSTÉOPATHIE et a assuré des responsabilités tant au niveau de la formation au titre d'ostéopathe (IFSO - Rennes), qu'en formation continue ou encore en assurant l'encadrement des jeunes professionnels dans le cadre des cliniques ostéopathiques.

Suite à des conférences et ateliers organisés à Rennes et en Ariège (Saint-Girons) ayant pour thème les « TECHNIQUES TISSULAIRES STRUCTURELLES ADAPTÉES EN OSTÉOPATHIE ANIMALIÈRE », et devant l'intérêt suscité, il eut organisé plusieurs formations pour les ostéopathes animalier.



Sally GODDARD BLYTHE (Royaume-Uni) est une experte de réputation internationale en apprentissage, périnatalité et réflexes.

Elle est considérée comme la plus grande spécialiste sur les réflexes.

Elle est directrice depuis 1988 de l'institut de psychologie neurophysiologique (INPP) en UK dans la région du Grand Cheshire ouest et Chester.

Auteur, conférencière et consultante en éducation neurodéveloppementale.

Elle est également directrice de l'institut de psychologie neurophysiologie (INPP SA) et enseignant-chercheur à l'université de la côte californienne (M Sc Psychologie).

Elle est membre de « The Unique Childhood Network ».

Elle utilise la méthode INPP d'évaluation et de remédiation pour détecter les signes d'immaturité neuromotrice chez les enfants présentant des difficultés d'apprentissage, des problèmes de comportement et des résultats insuffisants.

Elle œuvre au développement et à la standardisation de la formation à la méthode INPP dans le monde entier et dispense des formations aux métiers liés à l'Éducation, à la Médecine et à la Psychologie.

Auteur de plus de 10 livres sur le développement de l'enfant dont la publication du programme INPP pour les écoles.



Annexe 5 - Présentation de Ralph HIPPOLYTE.

Notre corps s'oriente (intention) et se différencie (posture) pour mieux nous permettre de rechercher l'équilibre (direction de l'énergie, action, efficacité) »

- Ralph Hippolyte

Ralph HIPPOLYTE, né le 14 février 1949 à Port-au-Prince en Haïti, est un ancien athlète (lancer du poids et volley-ball) et entraîneur de volley-ball. Enseignant en Méthodologie de l'entraînement à l'INSEP de 1998 à 2012, il est désormais consultant, intervenant dans les domaines du sport et de l'entreprise. Ralph HIPPOLYTE est le cofondateur de l'approche ActionTypes® (ATA) - (avec Bertrand THERAULAZ), une approche d'individualisation de la performance basée sur les préférences motrices et cognitives des individus. Il a également créé le concept des "motivations profondes" (en anglais : deep motivational drivers). Ralph Hippolyte est ainsi à l'origine du concept de signature motrice. Ralph HIPPOLYTE commença sa carrière par l'athlétisme et plus particulièrement le lancer du poids. Il est par ailleurs toujours recordman d'Haïti avec un jet à 14,13 m réalisé en 1968. Il devint ensuite joueur de volley-ball, réalisant l'ensemble de sa carrière aux États-Unis, dont notamment une année à l'université Pepperdine en Californie. Entraîneur, Ralph HIPPOLYTE entraîna entre 1976 et 2002, de nombreux clubs et sélections de volley-ball aux États-Unis, en Chine et en Europe. Il fut également instructeur de la Fédération internationale de volley-ball de 1987 à 2001 et intervenant dans la formation des entraîneurs nationaux (Pays-Bas, Suisse, Grèce, États-Unis, Canada, etc.). Ralph HIPPOLYTE fut enseignant en Méthodologie de l'Entraînement à l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP) de 1998 à 2012. En parallèle, il accompagne et conseille les cadres et les athlètes lors de grands championnats de France dans différentes disciplines (judo, sabre, canoë et tir, badminton et karaté).

L'Approche ActionTypes® (ATA) : Les bases de l'approche ActionTypes® (ATA) furent établies dès 1989 à la suite de la rencontre avec Bertrand THERAULAZ (1984). L'approche ActionTypes® analyse l'organisation posturale et la manière de bouger des individus, principalement la part naturelle et inconsciente. La motricité de chacun révèle de façon fiable les coordinations préférées qui en sont à l'origine. ActionTypes® met en évidence que les préférences cognitives et les préférences motrices sont intimement liées et indissociables. Un neuromodèle original a été créé afin de rendre compte des différentes coordinations rencontrées.

Les Motivations profondes (Deep motivational drivers) : Les Motivations profondes, à l'image des profils ActionTypes® ont une origine physique ; elles se testent et se vérifient via des mouvements corporels individuels. Ralph HIPPOLYTE enseigne et utilise ainsi les Motivations profondes dans l'accompagnement des sportifs de haut niveau et dans le coaching en entreprise. Elles proviennent des échanges réalisés avec un ami, Philippe GRAF, praticien en SEÏTAI, fondé par Haruchika NOGUCHI, et de l'étude des divers écrits du SEÏTAI (Itsuo Tsuda, Mammine).



Bertrand THÉRAULAZ est né le 28 décembre 1962, à Lausanne, en Suisse où il étudie la biologie et l'éducation physique. Il est également entraîneur de volley-ball.

Il reçoit le premier prix de l'Association suisse d'éducation physique à l'école en 1994. Puis il est décoré de la distinction pour ses performances en tant qu'entraîneur des espoirs du Comité olympique suisse en 1996.

Il sera entraîneur des équipes de Suisse pendant 10 ans et du Lausanne Université Club pendant 15 années.

Il est responsable de la formation en volley-ball en Suisse de 2000 à 2007 et responsable de la formation professionnelle francophone des entraîneurs à l'Office fédéral du sport à Macolin de 2000 à 2017.

Bertrand THÉRAULAZ se consacre désormais au développement et au rayonnement de l'approche Action Types© (ATA) dans le sport, l'entreprise, l'éducation et la santé, approche qu'il a cocrée et initiée dès 1989 avec Ralph HIPPOLYTE.

LES REFLEXES ET LEUR IMPACT SUR LA SCOLARITÉ

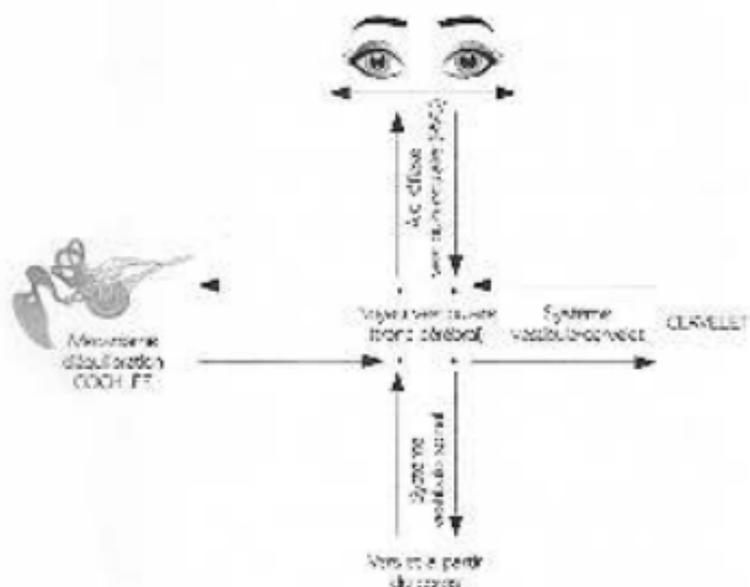
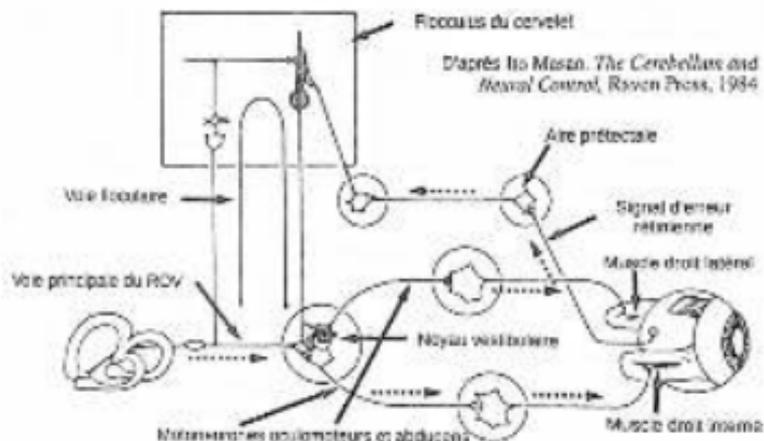


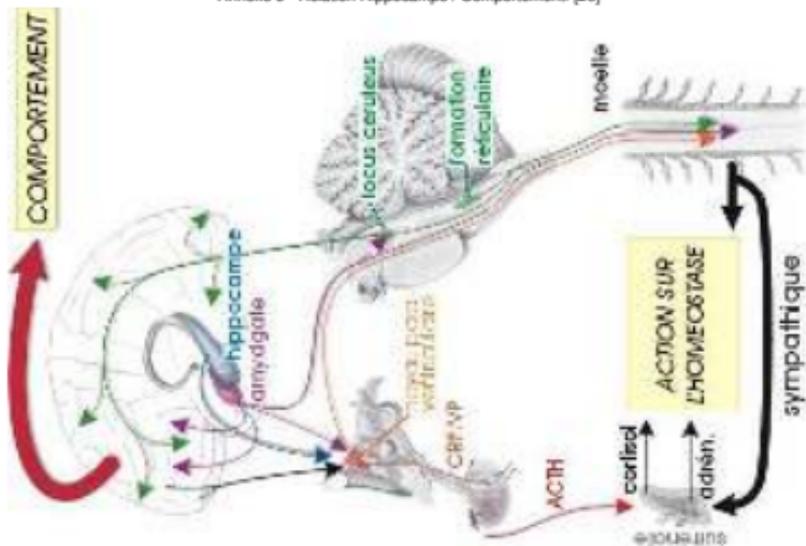
Schéma de l'organisation du système vestibulaire

Les mécanismes d'équilibration et les yeux font partie du même circuit. Les messages en provenance du corps passent par le nerf vestibulaire puis s'acheminent vers les yeux. Les messages provenant des yeux passent dans le nerf vestibulaire puis par les propriocepteurs corporels afin de fournir les ajustements appropriés.

Annexe 8 - Schéma du lien oculo-vestibulaire. [6.p.152]



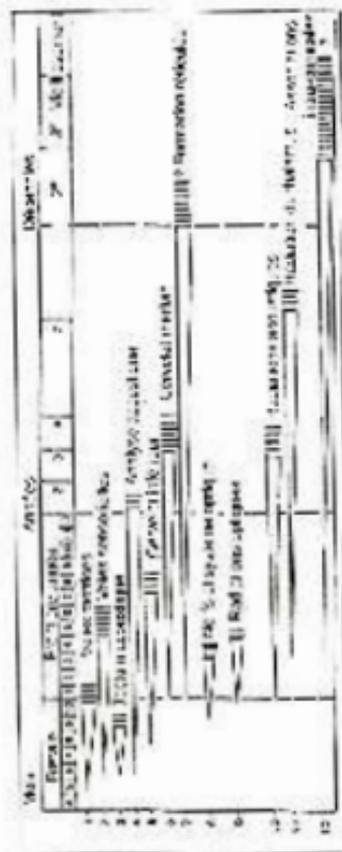
Annexe 9 - Relation Hippocampe / Comportement. [26]



DIFFICULTÉS SENSORIELLES

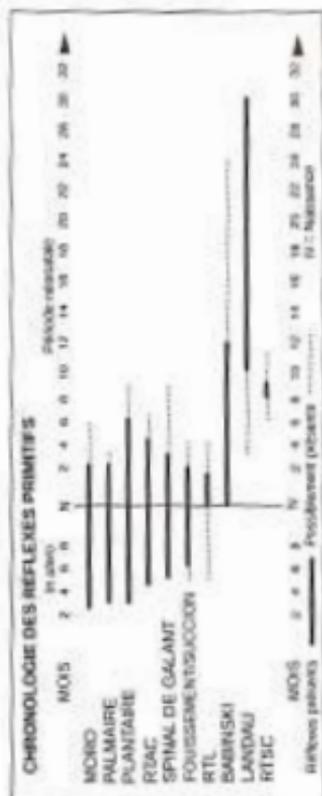
Enfin, il faut tenir les formes de vie, surtout le caractère de nouveauté. Parmi les sens associés à l'apprentissage, c'est par exemple la perception du mouvement excessif ou insuffisant comme, là où il y a du mouvement, il y a un déplacement. Cependant, le toucher, l'audition, le vision et le comportement sont tous le résultat de la réaction au mouvement à des intensités variables du par le moyen de bases, le système spatial (la base) répond aux mouvements (la stimulation) comme il peut le système vestibulaire et le système sensoriel (Gagne, 1966). Le sens du toucher est associé par le mouvement du tactile (cette stimulation dans le sens de la peau) du par le système spatial (ce qui est la base) des sens de cette fréquence sont parties, souvent à partir d'un système tactile (par exemple vibrations et ce n'est pas lorsque la fréquence des vibrations perçues de [10] augmente que le sens de l'audition est plus dans la perception des sons, la durée est la réponse du sens, ou mouvement, car souvent le la durée d'une fréquence est plus élevée, la capacité de le donner un sens au mouvement à travers les sections sensorielles et le caractère de l'apprentissage, le sens et système de développement, sans référence à l'apprentissage, est le système vestibulaire.

LES REFLEXES ET LEUR IMPACT SUR LA SCOLARITE



Formes de myélinisation normale dans différents systèmes neuronaux
 variant le plus souvent jusqu'à 6-8% de la population générale
 Extrait de Yves Sauer de M. H. et R. B. 2003

LES REFLEXES ET LEUR IMPACT SUR LA SCOLARITE



21

LE RÉFLEXE SPINAL DU GALANT



Fonction : équilibre et
Niveau : médulla oblongata
Matrice : 12-18 mois environ

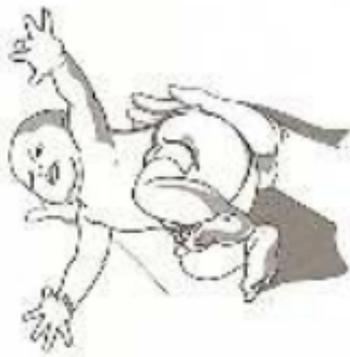
Il se présente comme une « réaction de fuite » de la posture ou de l'orientation du bébé, déclenchée quand on le sollicite latéralement (à gauche ou à droite).

Il est présent chez le nouveau-né et persiste jusqu'à 18 mois environ. Il est déclenché par une stimulation latérale de la nuque ou du dos.

Il est présent chez le bébé et disparaît vers 18 mois.

LE SPINAL DES TÊTES

LE RÉFLEXE DE MORO

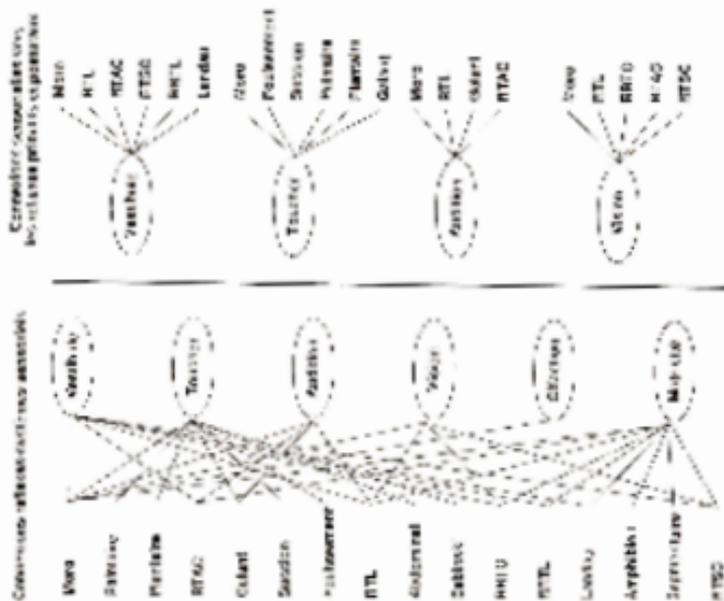


Fonction : équilibre et
Niveau : médulla oblongata
Matrice : 12-18 mois environ

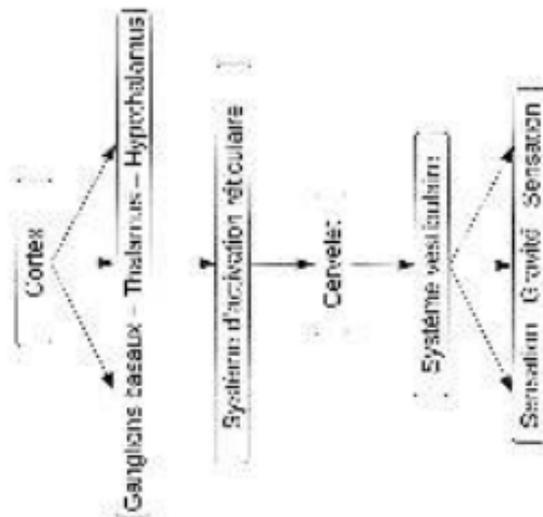
DECLINAIRES DU RÉFLEXE DE MORO

1. Équilibre et orientation de la tête
2. Stimulation de la tête par déplacement de position et de la tête (rotation)
3. Bras tendus
4. Mouvement de changement de la tête de la tête droite à gauche (rotation)
5. Bras tendus et rotation de la tête de la tête droite à gauche (rotation)

DES PULSÉES A LA MARCHÉ AU DOUBLE PIED



ROULEMENT CÉRÉBELEUX



LE GRAND LIVRE DES RÉFLEXES

Des problèmes courants dans ce groupe d'âge plus mature peuvent inclure :

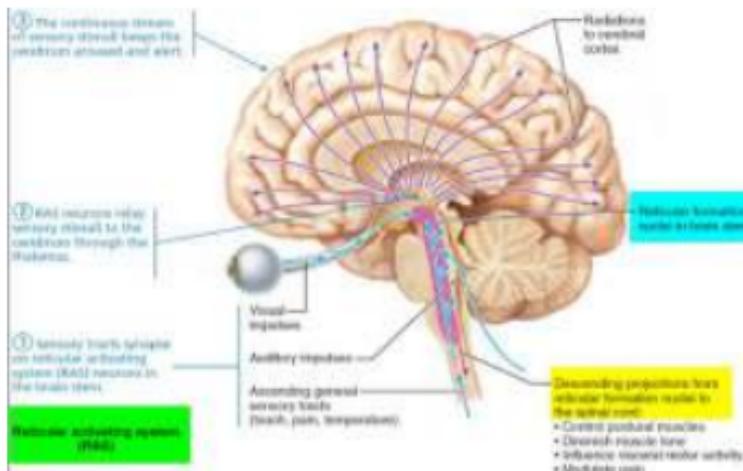
- un antécédent de problème de confiance en soi ;
- un faible niveau d'empathie (risque de penser à la dépression / absence de réaction aux médicaments) ;
- un manque de sensibilité du tacte (indigestion du tact) ;
- des difficultés à effectuer des séquences motrices complexes tels que ceux requis dans les arts martiaux ou les jeux de drapeau. Souvent, ces individus disent qu'ils croient « réfléchir » à chaque séquence de mouvement et ils ont de la difficulté à s'adapter aux changements rapides d'habitudes.

L'absence de réflexes posturaux sous-développés est un peu comme utiliser un « vocabulaire » limité au niveau social et environnemental. L'individu peut s'en sortir tant que les règles restent les mêmes et qu'il peut continuer à utiliser une compétence acquise. Si les règles sont amenées à évoluer pour s'adapter à une situation donnée, il doit « apprendre et pratiquer » les nouvelles règles plutôt que de pouvoir s'adapter et modifier son fonctionnement pour répondre aux nouvelles circonstances. Il peut en résulter un malaise, un sentiment d'insécurité personnelle et sociale et une propension accrue à souffrir d'anxiété.

Schéma

Le Système Réticulé-Activateur se situe dans la partie reptilienne inconsciente.

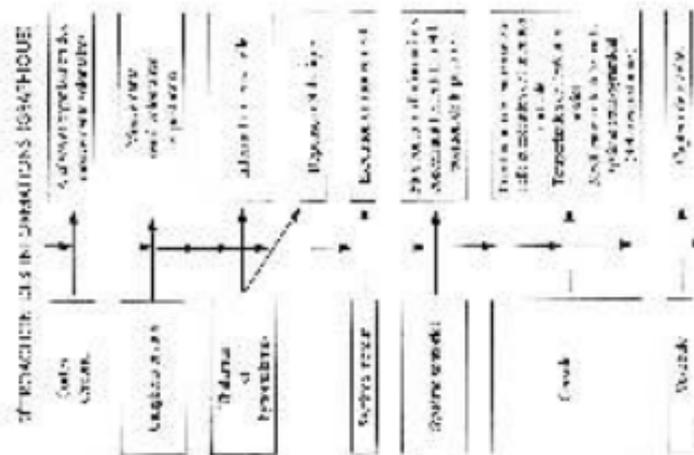
L'inconscient fonctionne 500 mille fois plus vite que le conscient.



Représentation du système d'activation réticulé (SAR) ou formation réticulée qui se trouve dans le tronc cérébral et qui possède de riches ramifications dans l'ensemble du cortex (branche ascendante). Il comprend aussi une partie descendante responsable de la modulation de notre tonus musculaire et de notre sensibilité sensori-motrice. Reproduit et modifié d'après Pearson Education, Inc. 2017.

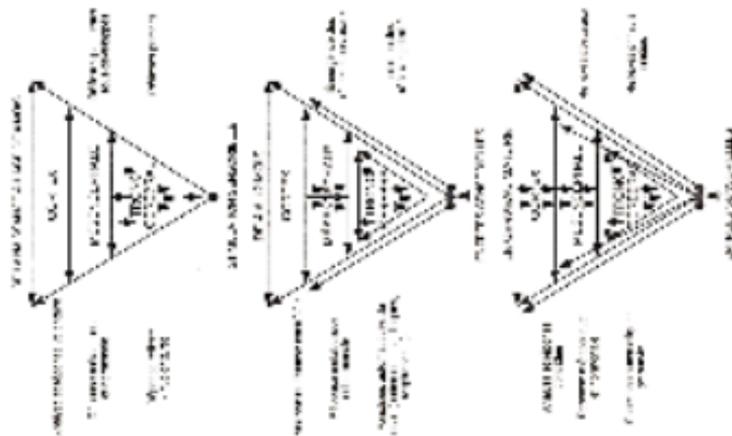
Annexe 24 - Rétroaction des Informations. (6.p.106)

La rétroaction des Informations



Annexe 23 - Développement de réflexes. (6.p.116)

Le développement de réflexes



LE GRAND LIVRE DES RÉFLEXES

NIVEAUX DE DÉVELOPPEMENT

Niveaux	Caractéristiques	Réflexes
0. Réflexes spinaux : niveau poisson	Actifs dans l'utérus, contrôlés progressivement par les centres supérieurs après la naissance (environnement basé sur la gravité).	Réflexes croisés. Réaction de retrait des fémoraux. Réflexe d'extension croisée.
1. Apode : niveau reptilien	Prédominance des réflexes primitifs de la colonne vertébrale et du noyau cérébral. Le développement moteur est comparable à celui des animaux qui ont le ventre ou le dos à terre.	Réflexe de Moro. RTL. RTAC. Réf. oraux : succion et succion, réaction de Babkin. Réf. d'agrippement : palmaires et plantaires. Réflexes spinaux (Galant).
2. Quadrupède : niveau mammifère	Prédominance des structures du <i>mésoencéphale</i> qui implique les réactions de redressement. Le développement moteur est celui d'un enfant qui peut se retourner et se mettre en position assise et à quatre pattes.	Redressement de la tête labyrinthique (RRTL). Réflexes de redressement du cou. Réflexe amphibien. Réflexe de retournement segmentaire. Réaction de parachute. Réflexe tonique symétrique du cou. Réflexe de Landau. Réflexe de Bobinski.
Simien	Niveau de développement postural d'un enfant qui peut se mettre en position redressée mais qui a encore besoin de ses bras et de ses mains pour l'équilibre (il marche).	RTSC

DEVELOPPEMENT CEREBRAL ET REFLEXES

Niveaux	Caractéristiques	Réflexes
3. Bipedal niveau humide	Mis en œuvre au niveau cérébral et impliquant de nombreux centres dont les ganglions basaux et le cerveau. Les mécanismes d'équilibre se développent lorsque le tonus musculaire est normal, et facilitent l'adaptation du corps aux changements du centre de gravité.	Réduction de la tête oculaire (TRIC). Réflexe de Babinski marquée. Réfl. de Landouzy (p-p) à l'âge de 3,5 ans.

117

SENS ET RÉFLEXES

INDICES INDIQUANT UN STRESS VISUEL

1. Mauvaise lecture des mots.
2. Manque ou répétition de mots ou de lignes.
3. Lecture lente.
4. Besoin d'utiliser le doigt ou un stylo comme pointeur.
5. Incapacité à se souvenir de ce qui a été lu.
6. Mauvaise concentration.
7. Vision floue des lettres, qui « bougent », « sautent ».
8. Lecture à très courte distance.
9. Lecture avec un œil couvert ou en position latérale.
10. Distractibilité [effet lié au stimulus].
11. Mauvaise posture en lecture ou en écriture.
12. Travail mal espacé.
13. Écriture de travers, ou inclinée dans différentes directions, lettres mal équilibrées.
14. Maladresse.
15. Difficulté avec les jeux de balle et ballon.
16. Maux de tête.

SENS ET RÉFLEXES

INDICES DE PROBLÈMES AUDITIFS

1. Courte capacité d'attention.
2. Oubli de mots.
3. Hypersensibilité aux sons.
4. Mauvaise interprétation des questions.
5. Confusion de mots à consonance similaire, besoin fréquent de faire répéter un mot.
6. Incapacité à suivre des instructions séquentielles.
7. Voix plate et monotone.
8. Discours hésitant.
9. Vocabulaire faible.
10. Structures de phrase médiocres.
11. Incapacité à chanter à l'unisson.
12. Confusion du sens des lettres.
13. Mauvaise compréhension de la lecture.
14. Mauvaise lecture à voix haute.
15. Mauvaise orthographe.
16. Déficience auditive.

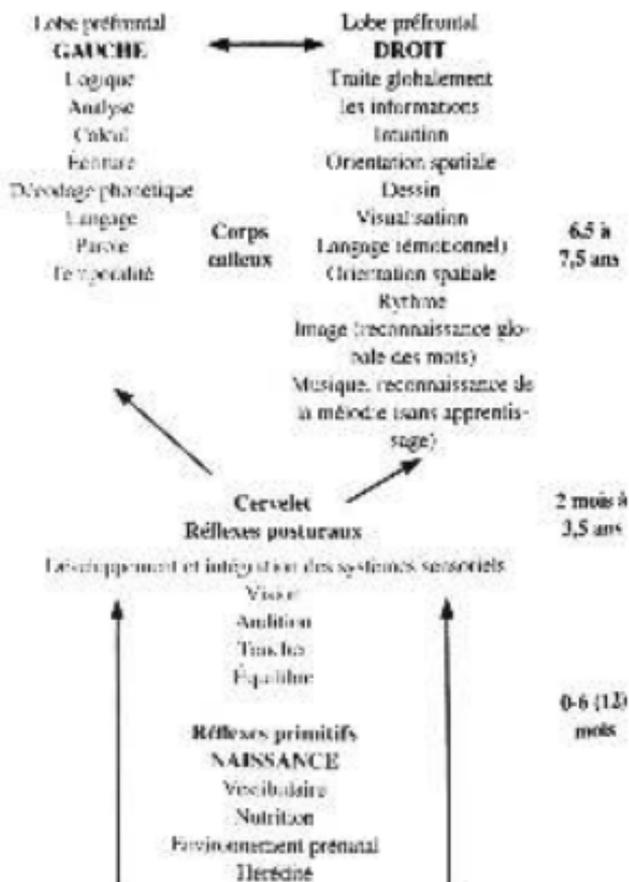
LE GRAND LIVRE DES RÉFLEXES

INDICES D'UNE MAUVAISE PROPRIOCEPTION

1. Mauvaise posture.
2. Bouffarde et manie du déplacement.
3. Désir excessif d'être maintenu.
4. Propension aux bagarres pour obtenir des informations sensorielles.
5. Possibles problèmes visuels.
6. Connaissance peu développée de l'endroit où se trouvent les différentes parties de son corps dans l'espace.

LE GRAND LIVRE DES RÉFLEXES

STADES DE DÉVELOPPEMENT DE LA MÂTURATION
DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL



LE GRAND LIVRE DES RÉFLEXES

Des problèmes comportementaux de groupe d'âge plus matures peuvent résulter :

- de l'existence de problèmes de motricité fine,
- de faits aussi étranges comme une auto-agression (blessure de l'oreille ou mordement) ;
- de niveaux de souplesse de torsion (rotation de la tête) ;
- de difficultés d'effectuer des actions motrices complexes à la suite répétitive de ces réflexes ou au cours d'une séance. Souvent, quand ils se libèrent, qu'ils soient à l'école ou à chaque séance de mouvement et d'art de la danse, ils réagissent à l'activité en étant généralement hyper-émotifs.

Cette liste de réflexes posturaux non-développés est un peu comme avoir un « compteur » dans votre voiture qui ne fonctionne pas. Il indique que vous n'avez pas encore appris à conduire la voiture et qu'il peut continuer à utiliser une compétence acquise. Si les règles comportementales à suivre pour conduire à une vitesse donnée, il doit les apprendre postérieurement à votre horloge, plutôt que de passer à l'étape suivante sans forcément avoir répondu aux besoins comportementaux. Il peut en résulter un niveau de sentiment d'insécurité personnelle et sociale et une absence d'auto-évaluation d'identité.

LA MATURATION DES RÉFLEXES UN PROCESSUS CONTINU

Outre les réflexes posturaux décrits précédemment, il existe de nombreux autres réflexes qui ont un impact sur le fonctionnement moteur et sensoriel. Un exemple de réflexe non postural ultérieur est le réflexe acoustique (ou réflexe stapédien). Le muscle de l'étrier (ou muscle stapédien) de l'oreille interne, attaché à l'étrier, est le plus petit muscle du corps humain.

SE Les réflexes posturaux non-développés (dans le groupe d'âge plus mature) peuvent résulter de l'existence de problèmes de motricité fine, de faits aussi étranges comme une auto-agression (blessure de l'oreille ou mordement) ou de niveaux de souplesse de torsion (rotation de la tête) ; de difficultés d'effectuer des actions motrices complexes à la suite répétitive de ces réflexes ou au cours d'une séance. Souvent, quand ils se libèrent, qu'ils soient à l'école ou à chaque séance de mouvement et d'art de la danse, ils réagissent à l'activité en étant généralement hyper-émotifs.

Bonjour,
je suis Sébastien FURSTENBERGER.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'Orthoptiste, je vous sollicite pour remplir ce questionnaire. Par avance, je vous remercie pour les quelques minutes que vous me consacrez et à l'importance de votre contribution pour ce projet. Je vous laisse remplir ce questionnaire de 25 questions. Je vous demande de mettre une seule croix entre les parenthèses de la réponse qui se rapproche le plus de la vôtre. Il est donc important qu'il y ait une croix (réponse) par question. Je vous remercie par avance pour le temps que vous prenez pour remplir ce questionnaire.

Sébastien

Voici la liste des 25 questions :

1. Je peux mieux me rappeler des choses que :
A () je lis
B () j'entends
C () je vois
2. Lorsque j'ai quelque chose de nouveau à apprendre, je peux mieux le retenir :
A () en le faisant moi-même
B () si quelqu'un me l'explique
C () si quelqu'un me le montre
3. Lorsque que je lis :
A () je peux me concentrer et j'apprécie les descriptions des personnages, des environnements et des objets
B () je bouge mes lèvres ; j'évite les descriptions longues, je ne remarque pas les illustrations
C () je bouge et je suis agité ; j'arrête les lectures quand il y a de l'action dès le début
4. Mon écriture peut être décrite comme :
A () irrégulière ; j'écris à l'aveugle la plupart du temps
B () très nette perçue
C () belle mais qui exprime j'appuie fort sur le crayon
5. Lorsque j'essaie de me rappeler de quelqu'un, j'ai tendance à me souvenir :
A () des visages mais j'oublie les noms
B () des noms mais j'oublie les visages
C () de ce que j'ai fait et non ce que j'ai vu ou des discussions...
6. Lorsqu'un enseignant me donne des directives, je m'en souviens mieux si :
A () c'est écrit ou tableau
B () c'est démontré par un exemple
C () c'est verbalisé
7. Lorsque j'essaie de me concentrer, je peux être :
A () facilement distrait
B () distrait par des mouvements mais je ne suis pas conscient des sons
C () facilement distrait par les sons mais pas des mouvements autour de moi
8. Lorsque je ne suis pas satisfait, je vais parfois :
A () essayer de faire des dessins ou trouver quelque chose à regarder
B () chanter, me parler ou parler aux autres
C () gigoter ou trouver une raison de bouger

9. Mon langage peut être décrit comme :

- A () propre et soigné
- B () propre mais fripé
- C () souvent non coordonné

10. Je peux me rappeler comment épeler des mots :

- A () par la façon dont ils sonnent
- B () en les écrivant
- C () en les visualisant dans ma tête

11. En travaillant en groupe :

- A () je préfère être silencieux et plutôt passer mon temps à dessiner
- B () je prends habituellement des notes afin de tenir compte de notre travail
- C () j'aime beaucoup parler de sujets et écouter les autres points de vue

12. Lorsque je marche dans une salle ou dans une situation je préfère :

- A () parler de la salle ou de la situation
- B () regarder autour et prendre note dans ma tête de l'endroit de certaines choses
- C () toucher des choses

13. Lorsque j'imagine quelque chose j'aime :

- A () penser en terme d'images et imaginer plusieurs détails
- B () penser à des scènes et mouvements
- C () me parler parce que les détails ne sont pas importants

14. Lorsque je suis dans une automobile :

- A () j'aime écouter la radio
- B () j'aime regarder à l'extérieur
- C () je change constamment de position, je suis inconfortable

15. Les gens peuvent généralement deviner comment je me sens par :

- A () les mouvements de mon corps
- B () le ton de ma voix
- C () mon expression faciale

16. Lorsque j'ai un problème à résoudre, je préfère :

- A () faire une liste de solutions possibles afin de pouvoir les voir
- B () parler à voix haute afin de pouvoir organiser mes pensées
- C () me mettre tout suite à la tâche afin d'essayer différentes solutions possibles

17. Durant mes temps libres, je préfère :

- A () écouter la radio, des cassettes ou jouer d'un instrument
- B () prendre part à une activité physique
- C () lire, regarder la télévision, aller voir un film ou une pièce de théâtre

18. En tant qu'étudiant, j'aime être récompensé avec :

- A () des commentaires positifs écrits sur mes dissertations ou devoirs
- B () un contact physique comme une poignée de main ou autre action physique
- C () des commentaires positifs qui me sont verbalisés ou à la classe

19. La meilleure façon pour un(e) enseignant(e) de discipliner un élève est :

- A () d'utiliser une forme acceptable de punition physique
- B () de discuter avec l'élève et de le raisonner
- C () d'isoler l'élève en le séparant du groupe ou de la classe

20. Lorsque j'ai des choses à faire avec une personne, je préfère :

- A () parler à la personne en allant marcher, en participant une activité ensemble
- B () l'appeler au téléphone
- C () lui écrire un message

21. Je me tiens au courant de l'actualité en :

- A () lisant ou quelques minutes les nouvelles quotidiennement
- B () lisant les gros titres brièvement pendant mes activités
- C () écoutant la radio ou la télévision

22. En groupe, ...

- A () j'ai toujours hâte de parler, j'aime m'entendre parler ou écouter les autres parler
- B () je fais des gestes en parlant et j'ai de la difficulté à écouter les autres parler
- C () je suis silencieux(e), je ne parle pas beaucoup

23. Lorsque je suis en classe, je vais habituellement :

- A () ouvrir mes poings, tenir quelque chose de façon serrée ou je vais partir
- B () laisser savoir aux autres tout de suite ce qui me dérange en l'exprimant oralement
- C () me la s'insérer s et entrer dans un silence étonnant d'un lieu de classe interne

24. J'apprends le mieux :

- A () en ayant vu ou regardant des démonstrations
- B () en écoutant des instructions verbales
- C () en ayant l'occasion de participer activement à l'activité ou à la tâche

25. Je :

- A () j'aime la musique et en parle facilement
- B () réag physiquement à la musique en mettant à danser naturellement
- C () ne suis pas particulièrement intéressé par la musique mais plutôt par le fait regarder d'autres types d'art

Source de questionnaire : Programme pairs tuteurs 1995 - 1997 Mirielle Bergeron & Josée Gauthier, London Ontario Mise en page: Gaëtan M. Noël - 2003 www.caphumain.com, 819.612.1109, Sherbrooke, Québec.

MERCI

Je vous laisse remplir ce questionnaire de 25 questions. Je vous demande de mettre une seule croix entre les parenthèses de la réponse qui se rapproche le plus de la vôtre.
Il est donc important qu'il y ait une croix (réponse) par question.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous prenez pour remplir ce questionnaire.

Sebastien

Voici la liste des 25 questions :

1. Je peux mieux me rappeler des choses que :

- A () je lis
- B () j'entends
- C () je fais

2. Lorsque j'ai quelque chose de nouveau à apprendre, je peux mieux le retenir :

- A () en le faisant moi-même
- B () si quelqu'un me l'explique
- C () si quelqu'un me le montre

3. Lorsque que je lis :

- A () je peux me concentrer et j'apprécie les descriptions des personnages, des environnements et des objets
- B () je bouge mes lèvres; j'évite les descriptions longues; je ne remarque pas les illustrations
- C () je bouge et je suis agité; j'aime les histoires quand il y a de l'action dès le début

4. Mon écriture peut être décrite comme :

- A () négligée, j'écris vite la plupart du temps
- B () toujours propre
- C () belle mais qui empâte, j'appuie fort sur le crayon

5. Lorsque j'essaie de me rappeler de quelqu'un, j'ai tendance à me souvenir :

- A () des visages mais j'oublie les noms
- B () des noms mais j'oublie les visages
- C () de ce que j'ai fait et non ce que j'ai vu ou des discussions...

6. Lorsqu'un enseignant me donne des directives, je m'en souviens mieux si :

- A () c'est écrit au tableau
- B () c'est démontré par un exemple
- C () c'est verbalisé

7. Lorsque j'essaie de me concentrer, je peux être :

- A () facilement distrait
- B () distrait par des mouvements mais je ne suis pas conscient des sons
- C () facilement distrait par les sons mais pas des mouvements autour de moi

8. Lorsque je ne suis pas actif, je vais parfois :

- A () chantonner, faire des dessins ou trouver quelque chose à regarder
- B () chantonner, me parler ou parler aux autres
- C () gigoter ou trouver une raison de bouger

9. Mon linge peut être décrit comme :

- A () propre et soigné
- B () propre mais fêlé
- C () souvent non coordonné

10. Je peux me rappeler comment épeler des mots :

- A () par la façon dont ils sonnent
- B () en les écrivant
- C () en les visualisant dans ma tête

11. En travaillant en groupe :

- A () je préfère être ailleurs et plutôt passer mon temps à deviser
- B () je prends habituellement des notes afin de tenir compte de notre travail
- C () j'aime beaucoup parler de sujets et écouter les autres points de vue

12. Lorsque je marche dans une salle ou dans une situation je préfère :

- A () parler de la salle ou de la situation
- B () regarder autour et prendre note dans ma tête de l'endroit de certaines choses
- C () toucher des choses

13. Lorsque j'imagine quelque chose j'aime :

- A () penser en terme d'images et imaginer plusieurs détails
- B () penser à des scènes en mouvements
- C () me parler parce que les détails ne sont pas importants

14. Lorsque je vais dans une automobile :

- A () j'aime écouter la radio
- B () j'aime regarder à l'extérieur
- C () je change constamment de position, je suis inconfortable

15. Les gens peuvent généralement deviner comment je me sens par :

- A () les mouvements de mon corps
- B () le ton de ma voix
- C () mon expression faciale

16. Lorsque j'ai un problème à résoudre, je préfère :

- A () faire une liste de solutions possibles afin de pouvoir les voir
- B () parler à voix haute afin de pouvoir organiser mes pensées
- C () me mettre tout suite à la tâche afin d'essayer différentes solutions possibles

17. Durant mes temps libres, je préfère :

- A () écouter la radio, des cassettes ou jouer d'un instrument
- B () prendre part à une activité physique
- C () lire, regarder la télévision, aller voir un film ou une pièce de théâtre

18. En tant qu'étudiant, j'aime être récompensé avec :

- A () des commentaires positifs écrits sur mes dissertations ou devoirs
- B () un contact physique comme une poignée de main ou autre action physique
- C () des commentaires positifs qui me sont verbalisés ou à la classe

19. La meilleure façon pour un(e) enseignant(e) de discipliner un élève est :

- A () d'utiliser une forme acceptable de punition physique
 B () de discuter avec l'élève et de le raisonner
 C () d'isoler l'élève en le séparant du groupe ou de la classe

20. Lorsque j'ai des choses à faire avec une personne, je préfère :

- A () parler à la personne en allant marcher, en pratiquant une activité ensemble
 B () l'appeler au téléphone
 C () lui écrire un message

21. Je me tiens au courant de l'actualité en :

- A () lisant en quelques minutes les nouvelles quotidiennement
 B () lisant les gros titres brièvement pendant mes activités
 C () écoutant la radio ou la télévision

22. En groupe, ...

- A () j'ai toujours hâte de parler. J'aime m'entendre parler ou écouter les autres parler
 B () je fais des poses en parlant et j'ai de la difficulté à écouter les autres parler
 C () je suis silencieux(e), je ne parle pas beaucoup

23. Lorsque je suis en colère, je suis habituellement :

- A () serrer mes poings, tenir quelque chose de façon serrée ou je suis paillard
 B () laisser savoir aux autres tout de suite ce qui me dérange en l'exprimant verbalement
 C () me la « boucler » et entrer dans un silence témoignant d'un état de colère intense

24. J'apprends le mieux :

- A () en ayant vu ou regardant des démonstrations
 B () en écoutant des instructions verbales
 C () en ayant l'occasion de participer activement à l'activité ou à la tâche

25. Je :

- A () j'aime la musique et en parle facilement
 B () réagi physiquement à la musique en mettant à danser naturellement
 C () ne suis pas particulièrement intéressé par la musique mais plutôt par le fait regarder d'autres types d'art

Source du questionnaire : Programme pain tuteurs 1996 - 1997 Mireille Bergeron & Josée Goudreau. London Ontario Mise en page: Gabriele M. Noël - 2001 www.captainain.com/R19/6121309_Sherbrooke_Quebec

Date de la séance :/...../.....

Heure de la séance : H min

MERCI

Bonjour,

Je suis Sylvain FURSTENBERGER.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'ostéopathe,

je vous sollicite pour remplir ce questionnaire (anonyme et sans lecture du thérapeute).

Par avance, je vous remercie pour la confiance et les minutes que vous me consacrez.

MERCI

Vous venez de terminer votre première séance d'ostéopathe avec ce thérapeute.

Sur cette première feuille, je vous laisse mettre une croix sur cette échelle.

Placez cette croix en fonction de votre sensation d'efficacité de cette séance.

A la naissance de la flèche (à gauche) : inefficace.

A la pointe (à droite) : très efficace.



inefficace

très efficace

Annexe 39 - Outils de mesure du score d'efficacité patient.



V A K : Visuel / Auditif / Kinesthésique

Le modèle VAK s'applique aux profils de communication et de compréhension du patient et du thérapeute, c'est à dire le canal sensoriel par lequel l'individu intègre les informations, et le canal sensoriel qu'il privilégie pour comprendre l'information.

« Le Visuel » : est celui qui est sensible à ce qu'il voit.

Il mémorise plus facilement les images, les schémas, les photos, les personnes...

Il est souvent une personne organisée, qui planifie tout à l'avance, il aime contrôler la situation et agir.

« L'Auditif » : est celui qui est sensible surtout à ce qu'il entend.

L'auditif retient aisément les sons, les bruit, tout ce qu'il peut entendre.

Il réfléchit longuement avant d'agir et préfère être sûr de son coup.

« Le Kinesthésique » : est celui qui est sensible aux sens du toucher (mouvement du corps compris), goût et odorat.

Il associe souvenir, mémoire à des sensations : une odeur, une émotion, un goût, une atmosphère. Il doit vivre les choses, les pratiquer et pose des questions : « pourquoi ci ou pourquoi ça ? ». Il aime une bonne atmosphère.

Vous venez de réaliser la première séance avec ce nouveau patient.

Avec les quelques informations ci-dessus je vous demande de mettre une croix dans la case qui vous semble correspondre au profil sensoriel de ce patient :

Visuel	Auditif	Kinesthésique

Date de la séance : / /

Heure de la séance :Hmin

MERCI

RESULTATS

- 1) Reporte tes réponses A B C dans la partie questionnaire et encadre le V A K.
 2) Dans la partie « réponse » fais un crochet à la colonne de ce que tu viens d'encadrer V A K.
 3) Fais le total de chaque colonne V - A - K.
 La réponse la plus élevée de V, A, K, détermine ton profil préférentiel.
 La page suivante, tu trouveras des trucs pour t'aider à étudier plus facilement, selon ton profil préférentiel = Visuel / Auditif / Kinesthésique.

Exemple :

- 1) Si ta réponse du numéro 1 est « C », dans la partie questionnaire tu encadres le « K ».
 2) Ensuite, dans la partie réponse (voir 3) tu fais un crochet à la 3^e colonne (K).
 3) Fais la même chose pour toutes les autres réponses.

RÉPONSE DU QUESTIONNAIRE				RÉPONSE		
	A	B	C	V	A	K
1 -	V	A	K			
2 -	K	A	V			
3 -	V	A	K			
4 -	A	V	K			
5 -	V	A	K			
6 -	V	K	A			
7 -	K	V	A			
8 -	V	A	K			
9 -	V	K	A			
10 -	A	K	V			
11 -	K	V	A			
12 -	A	V	K			
13 -	V	K	A			
14 -	A	V	K			
15 -	K	A	V			
16 -	V	A	K			
17 -	A	K	V			
18 -	V	K	A			
19 -	K	A	V			
20 -	K	A	V			
21 -	V	K	A			
22 -	A	K	V			
23 -	K	A	V			
24 -	V	A	K			
25 -	A	K	V			
TOTAL						

Thérapeute 1 : Profil Kinesthésique

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Kinesthésique	Non	7/10
2	Visuel-Kinesthésique	Oui	9/10
3	Visuel	Non	7/10
4	Visuel	Non	7/10
5	Visuel	Oui	8/10

Tableau 4 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 1

Thérapeute 2 : Profil Visuel

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Visuel-Auditif	Non	7/10
2	Kinesthésique	Non	7/10
3	Auditif	Non	6/10
4	Kinesthésique	Oui	7/10
5	Visuel	Oui	8/10

Tableau 5 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 2

Thérapeute 3 : Profil Auditif

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Kinesthésique	Non	7/10
2	Auditif	Non	7/10
3	Kinesthésique	Oui	9/10
4	Visuel	Non	6/10
5	Auditif	Oui	10/10

Tableau 6 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 3

Thérapeute 4 : Profil Visuel

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Kinesthésique	Non	6/10
2	Kinesthésique	Non	6/10
3	Kinesthésique	Non	6/10
4	Visuel	Non	7/10
5	Visuel	Non	5/10

Tableau 7 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 4

Thérapeute 5 : Profil Auditif

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Auditif	Oui	10/10
2	Auditif	Oui	10/10
3	Kinesthésique	Oui	9/10
4	Kinesthésique	Oui	9/10
5	Kinesthésique	Oui	9/10

Tableau 8 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 5

Thérapeute 6 : Profil kinesthésique

Patient	Profil VAK du patient	Profil du patient reconnu par le thérapeute	Efficacité du soin perçue par le patient
1	Visuel	Non	6/10
2	Visuel	Oui	7/10
3	Kinesthésique	Oui	8/10
4	Visuel	Oui	7/10
5	Auditif	Non	5/10

Tableau 9 - Efficacité du soin perçue / Thérapeute 6

Analyse

Thérapeute	Moyenne d'efficacité perçue /10 Profil du patient non reconnu	Moyenne d'efficacité perçue /10 Profil du patient reconnu
1	7	8,5
2	6,7	7,5
3	6,7	9,5
4	6	
5		9,4
6	5,5	7,3

Tableau 10 - Moyenne d'efficacité perçue : profil du patient reconnu ou non.

Thérapeute	Pourcentage de différence sur la moyenne d'efficacité perçue
1	21%
2	12%
3	42%
4	
5	
6	33%

Tableau 11 - Différence d'efficacité perçue en fonction de la reconnaissance du profil du patient.

Thérapeute	Nombre de profil de patients reconnus / 5	Note moyenne globale d'efficacité perçue /10
1	2	7,6
2	2	7
3	2	7,8
4	0	6
5	5	9,4
6	3	6,6

Tableau 12 - Note moyenne d'efficacité perçue en fonction du nombre de profils reconnus.

Moyenne générale du pourcentage de différence sur la moyenne d'efficacité perçue	27% d'efficacité supplémentaire
--	---------------------------------

Tableau 13 - Moyenne générale du pourcentage de différence sur la moyenne d'efficacité perçue.

11. RESUME

Ce Travail d'Étude et Recherche propose d'inscrire l'expression du canal sensoriel préférentiel de nos patients, nos cibles, lors de la rencontre thérapeutique en soin ostéopathique structurel. La littérature nous apporte en effet les éléments anatomo-physiologiques expliquant pourquoi le système vestibulaire est le carrefour entre les sens - vue, audition, kinesthésie - et les émotions. Ce système conditionne l'équilibre, élément au cœur de l'enseignement ostéopathique structurel proposé à l'école de Rennes. Ce système structure également chaque être humain en laissant s'exprimer un canal préférentiel sensoriel, visuel ou auditif ou kinesthésique. Cette caractéristique profile notre identité. L'intégrer dans le soin constitue une individualisation majeure, établissant un nouvel équilibre lors de la rencontre thérapeutique. L'hypothèse selon laquelle la reconnaissance du canal sensoriel préférentiel du patient par un ostéopathe structurel optimise le soin, trouve par l'expérience menée dans ce travail, une réponse positive.

Cette étude peut être illustrée par la figure ci-dessous, plaçant l'incarnation de la lésion mécanique au sein du système sensitif qui nous rend, par définition, fondamentalement communicant.



Fig. 31 - Lésion mécanique au sein du système sensitif.