



ITO

Agréé par décret du Ministère de la Santé depuis juillet 2007.

Mémoire en vue de l'obtention
du **Diplôme d'Ostéopathe***

**L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE
DU PATIENT DURANT SON TRAITEMENT
OSTÉOPATHIQUE**

*Quantifier et qualifier l'intervention du patient par sa focalisation sur ses
tissus à travers l'approche d'écoute ostéopathe.*

Soutenu le 30 juin 2021 à Labège

Par : **Diane DELCOUR**

Directeur de mémoire : **Bernard SCHMITT**
Ostéopathe D.O.

Année 2020-2021

*diplôme enregistré au niveau 7 au RNCP

Table des matières

Citation.....	5
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	7
1. Matériel et méthode.....	19
1.1. Matériel	19
1.1.1. Population source	19
1.1.1.1. Population incluse	19
1.1.1.2. Population non incluse	19
1.1.2. Outil de randomisation simple à affectation cachée.....	20
1.1.3. Évaluation de l'écoute palpatoire	21
1.1.3.1. Sondage sémantique	21
1.1.3.2. Stage de validation de l'écoute palpatoire (SVEP)	23
1.1.3.3. Échelle numérique de l'écoute palpatoire (ENEP).....	23
1.1.4. Suivi de l'efficacité des séances	24
1.1.4.1. Questionnaire rétro-analytique	24
1.1.4.2. Questionnaire d'évolution de santé	25
1.1.5. Test d'ampliation thoracique	25
1.2. Méthode	26
1.2.1. Groupes parallèles d'étude	26
1.2.1.1. Groupe témoin	26
1.2.1.2. Groupe étudié	26
1.2.2. Description de la méthodologie.....	27
1.2.2.1. Premier contact	27
1.2.2.2. Déroulement de l'étude	28
1.2.2.3. Organigramme du déroulement de l'étude	31
2. Résultats	32
2.1. Pré-étude : Sondage	32
2.1.1. Caractéristiques techniques	32
2.1.2. Caractéristiques sociodémographiques	33
2.1.3. L'écoute ostéopathique qualifiée par les ostéopathes	34
2.2. Population liée à l'étude principale.....	41
2.3. Caractères sociodémographiques.....	41
2.3.1. Sexe des patients.....	41

2.3.2.	Âge des patients.....	42
2.4.	Caractères socioprofessionnels	42
2.5.	Questionnaires Rétro-Analytique.....	44
2.5.1.	Motifs de consultation	44
2.5.2.	Réalisation de l'exercice perçue par les patients	45
2.5.3.	Zones ciblées	46
2.5.4.	Difficultés rencontrées lors de l'exercice	48
2.5.5.	Profitabilité de cette expérience perçue par les patients.....	49
2.6.	Questionnaires Inter-consultation	51
2.7.	ENEP.....	53
2.8.	Test d'ampliation thoracique	58
2.9.	L'analyse complexe	60
3.	Discussion	63
3.1.	Synthèse des résultats	63
3.2.	Biais	65
3.2.1.	Méthodologie et matériel.....	65
3.2.2.	Subjectivité.....	66
3.2.3.	Le biopsychosocial	66
3.3.	Ouverture	66
	CONCLUSION.....	69
	BIBLIOGRAPHIE	71
	De la page de garde :.....	71
	Des remerciements :.....	71
	De l'introduction :.....	71
	De la méthodologie :.....	75
	Des résultats :.....	75
	De la discussion :	75
	De la conclusion :.....	76
	RÉSUMÉ ET ABSTRACT.....	77

Table des figures

Figure 1 - Méthodologie de la randomisation des patients	21
Figure 2 - Étalonnage des réponses au sondage " Ostéopathie et sémantique"	32
Figure 3 - Catégories socio-professionnelles du sondage " Ostéopathie et sémantique"	33
Figure 4 - Répartition des qualificatifs selon les catégories professionnelles les plus couramment employés lors d'une écoute ostéopathique.....	35
Figure 5 - Propension des approches proposées à la question 5 du sondage « Ostéopathie et sémantique ».....	40
Figure 6 - Répartition socioprofessionnelle selon la nomenclature des PCS 2003 de l'Insee .	43
Figure 7 - Répartition des motifs de consultation entre la 1 ^{re} et la 2 ^e consultation.....	44
Figure 8 - Réponses à la 1 ^{re} question des questionnaires rétro-analytiques réparties selon les groupes « Témoin » et « Testé »	45
Figure 9 - Zones ciblées hors « La main » selon les groupes « Témoin » et « Testé ».....	47
Figure 10 - Difficultés recensées selon les groupes « Témoin » et « Testé »	48
Figure 11 - Perception des patients sur la potentielle profitabilité de cette expérience dans la prise en charge de tensions et/ou douleurs subies par leur corps par la suite	49
Figure 12 - Résumé des données du questionnaire inter-consultation	51
Figure 13 -Évolution de la santé des patients selon les groupes « Témoin » et « Testé »	52
Figure 14 - Bilan des réactions tissulaires majeures (ENEP).....	54
Figure 15 - Dispersion des mesures de l'ampliation thoracique des consultations selon les groupes "Témoin" ou "Testé".....	59

Table des tableaux

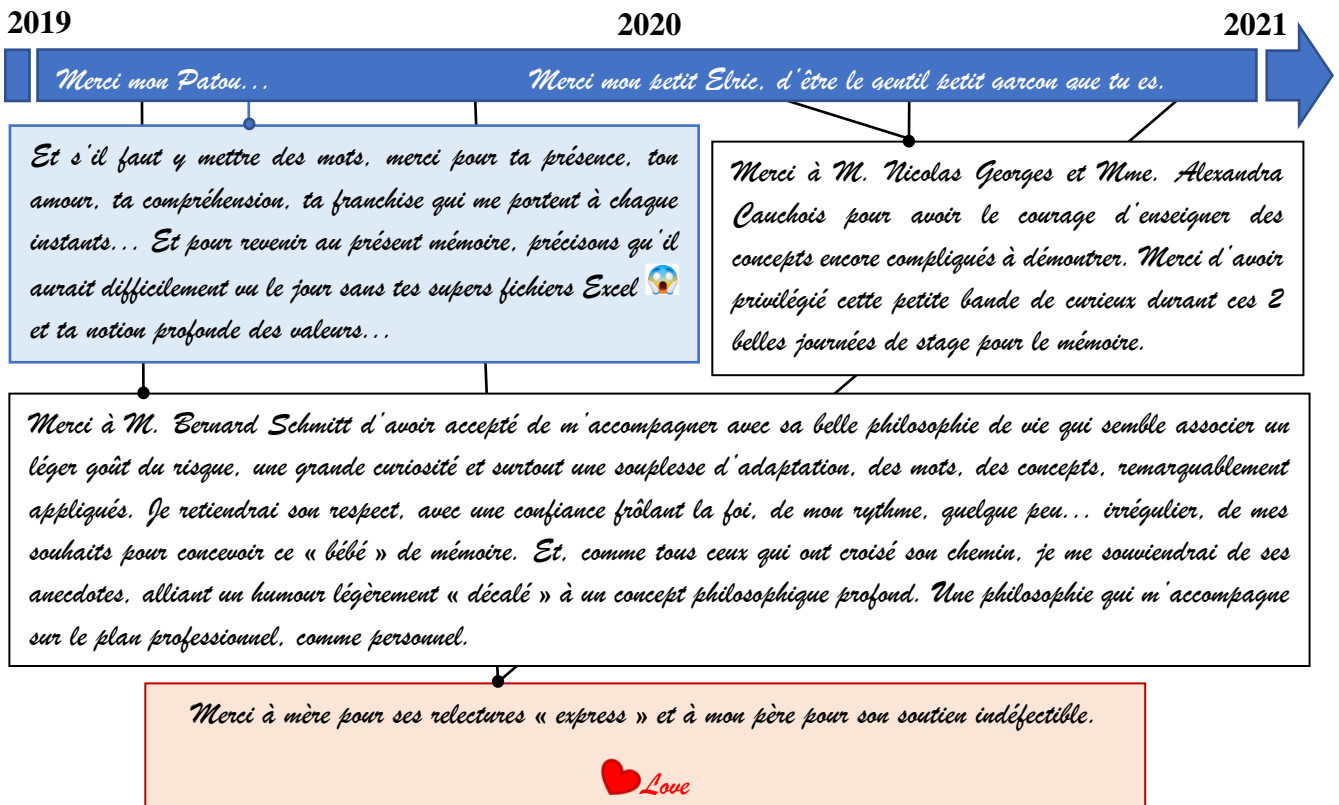
Tableau 1 - Lieux de publication du lien du sondage « Ostéopathie et sémantique »	21
Tableau 2 - Association des termes proposés par les sondés aux termes existants en question 2	36
Tableau 3 - Réponses exclues de la question 3	37
Tableau 4 - Répartition parmi les catégories socio-professionnelles de la méconnaissance de la structure « de puissance ».....	38
Tableau 5 - Remarques question 4 vis à vis de la structure dite « De puissance »	38
Tableau 6 - Propositions exclues des statistiques de par leur inadéquation.....	40
Tableau 7 - Ventilation de la population de l'étude principale	41
Tableau 8 - Répartition des âges de la population.....	42
Tableau 9 - Simplification des énoncés de réponses de la question 2.....	46
Tableau 10 - Zones ciblées hors « La main » énumérées dans la question 2 du questionnaire rétro-analytique	47
Tableau 11 - Récapitulatif de la difficulté primordiale rencontrée par les patients lors de l'exercice, réponses à la question 3bis	48
Tableau 12 - Remarques libres Q5 des patients sur la réalisation de l'étude.....	50
Tableau 13 - Commentaires liés à la question 4 du questionnaire inter-consultation.....	52
Tableau 14 - Valeurs des réactions tissulaires en fonction de l'intensité de la différence relevée	55
Tableau 15 - Corrélation question 1 du questionnaire rétro-analytique et remarques des praticiens à l'ENEP	56
Tableau 16 - Doublons et cotations semblables entre la 1 ^{re} et la 2 ^e consultation sur l'ENEP .	57
Tableau 17 - Bilan des cotations de l'ENEP selon les groupes « Témoin » et « Testé »	57
Tableau 18 - Cumul des bénéfices des patients durant l'étude	61

“Our deepest fear is not that we are inadequate. Our deepest fear is that we are powerful beyond measure. [...] Your playing small does not serve the world.”

Marianne Williamson [\[0\]](#)

REMERCIEMENTS

Avant tout, j'aimerais rendre honneur à M. Patrick GHOSSOUB¹[1] et me faire l'écho de sa vision concernant le fruit de notre imagination combinée à nos efforts, qu'il attribue, non pas à certaines personnes, mais à tous ces êtres qui ont partagé notre vie, de près ou de loin, et aux moments qui l'ont influencée, qui se retrouvent distillés, aujourd'hui, dans les lignes de ce mémoire. Cependant, un clin d'œil s'impose...



Un grand merci spécial aussi à tous les praticiens qui m'ont permis cette recherche grâce à leur belle volonté et leur générosité : Manon Boudot ! Maëlle Barret, Florent Bernard, Paul Bernardis, Corentin Couvreur, Julian De Waal, Florent Frochot, Julie Gasol, Audrey Lasserre, Laurie Serrano et Benoît Valette. Et dont l'intention de s'y investir était agréablement présente : Céline Albert, Éva Hoarau, Émilie Huriez, Audrey Marangon et Laurine Sénéchal.

Merci aux professeurs qui ont transmis leurs richesses, aux ostéopathes qui ont mis leur pierre à l'édifice en répondant au sondage et, évidemment, aux patients, d'avoir contribué à cette étude, corps et âme.

¹ Kinésithérapeute, ostéopathe D.O., professeur. Dans son livre « *La résilience Tissulaire* », chapitre : « Remerciements », p.11

INTRODUCTION

Ce mémoire répond à un souci de retour à la source de l'ostéopathie, nécessaire en ces temps où celle-ci ne cesse de se développer. Deux raisons motivent cet élan de recentrage.

Premièrement, l'essor de l'ostéopathie en France stimule le besoin, sujet à discussion, de faire accepter par tous cette nouvelle médecine. On la métamorphose afin de lui permettre d'occuper la place qui lui est accordée. Dans l'effort d'intégrer un monde médical déjà fonctionnel et, incontestablement, une société mercantile, on semble oublier la **philosophie de l'ostéopathie**, berceau de notre pratique d'aujourd'hui.

Deuxièmement, on entend dire dans les coulisses du monde ostéopathique, qu'« il existe autant d'ostéopathies que d'ostéopathes ». Si cette affirmation semble reposer sur un fond de vérité, elle offre une justification, arrangeante, aux nombreuses « variations » naissantes de l'ostéopathie. Le décret de 2014 relatif à la formation spécifique à l'ostéopathie [2] a permis un tri certain de ces dernières. Cependant, l'ostéopathie reste riche et diversifiée au sein même d'une formation encadrée. Un retour aux fondements s'avère alors essentiel. Pierre Tricot² [3] met un point d'honneur à ce que l'intitulé de son œuvre *L'approche tissulaire de l'ostéopathie*, ne soit pas amalgamé en « ostéopathie tissulaire » qui insinuerait une variante de l'ostéopathie. Ce mémoire reposera sur cette vision qui implique **une seule et unique ostéopathie**, abordable via une multitude d'approches différentes.

Dans cette optique, cette étude tentera d'approfondir la notion ostéopathique de **globalité** en se basant sur les écrits d'Andrew Taylor Still, entre autres, son *Autobiographie* (1899) et son traité *Philosophy of Osteopathy* (1899) et *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy* (1892-1902).

La notion de « globalité » se dote d'une nuance récente au travers de l'ostéopathie. Une langue, dite vivante, fourmille de mouvements ; en constante évolution, elle s'intègre et se meut dans l'ère du temps. Ainsi, cette notion émerge vers la fin du 20^e siècle, définie comme un « Caractère de ce qui forme un tout, un ensemble. » [4]. Il semble se placer maladroitement en comparaison avec le terme plus ancien d'« unité ».

² Ostéopathe, traducteur et enseignant.

Le mot « unité » dispose d'une définition assurément plus riche, ayant eu le temps de mûrir et de se doter grassement de nuances. Il est défini comme « caractère de ce qui n'est ou ne fait qu'un ; caractère de ce qui forme un tout substantiel et cohérent ; [...] de ce qui forme un seul être ou une seule entité ; [...] de ce qui est indivisible ; [...] de ce qui se tient, de ce qui est cohérent, homogène ; [...] qui est commun à plusieurs personnes ou groupes ou qui est resté identique dans le temps. » [5].

Cette dernière définition semble plus refléter la perception de la vie de A. T. Still qui s'est exprimé à travers la terminologie d'« unité », « totalité » et « universalité » pour définir sa philosophie. Toutefois, force est de constater que la notion de « globalité » est aujourd'hui largement répandue dans le paysage ostéopathique moderne et sera le terme employé dans cette étude, contribuant ainsi, éventuellement, à enrichir davantage ce terme. [6]³

La médecine conventionnelle actuelle, héritière du courant de pensée alimenté par les penseurs tels que Platon [7] et Descartes [8] qui établit une dissociation du corps et de l'âme, de l'esprit, au profit de l'émancipation de la médecine « segmentaire », est une approche spécialisée, dans l'optique d'optimiser l'abord d'un segment anatomique, physiologique, chimique, technologique et bien d'autres. Si cette étape a permis de développer d'une manière incroyable les connaissances anatomo-physiologiques d'aujourd'hui et d'acquérir une technicité de pointe, cette évolution pourrait profiter du recul que peut apporter une approche globale.

L'infiniment grand et l'infiniment petit nécessitent une vision d'ensemble afin de pouvoir y voir les corrélations et l'immensité de cette boucle qu'est la vie. « *Ainsi le fond survit quand la forme s'efface* », poétise Lucrèce [9]. La visée de ce mémoire serait d'accéder un peu plus au « fond » de notre système de fonctionnement, à nous, êtres vivants, et humains avant tout, par notre approche globale, tout en bénéficiant des acquis de la médecine actuelle, toutes origines confondues. Un travail sur l'infiniment petit, indissociable de l'infiniment grand.

C'est de cette pensée que naît la volonté de développer plus en profondeur cette « science » de l'**autoguérison**, une notion en accord avec la philosophie ostéopathique de son fondateur, A. T. Still [10] qui se proclamait soldat aux couleurs de la nature : « *Mais finalement,*

³ Marie Eckert propose une étude du terme « globalité » dans son livre intitulé « Le concept de globalité en ostéopathie » (2013).

je pris position sur ce rocher et sur ma confiance en la nature, où j'ai enduré et livré les batailles [...]. [notre traduction]⁴ »⁵

Le corps humain serait doté de toutes les armes pour se défendre.

Still décrit trois systèmes intégrant l'ensemble du corps humain : « body », « motion » et « mind », soit : le « corps », la matière, le « mouvement », l'écoulement, qui anime cette matière sous l'influence du « mental ». Il précise : « *L'ostéopathie est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement* » [11]. À nous, ostéopathes, de faire en sorte que ce corps déséquilibré réapprenne à s'écouter et à se gérer, et ce, sur tous ces fronts.

« Les mécanismes de la genèse des émotions et des pensées à partir des perceptions sensorielles sont [...] de mieux en mieux compris. Cependant, cela ne nous explique toujours pas comment ces émotions et ces pensées peuvent influencer la santé de notre corps »⁶, énonce Thierry Janssen⁷ [12].

Il serait ambitieux de prétendre résoudre ce mystère. Beaucoup se sont déjà laissé porter par cette voie et la sillonnent toujours [13]. Ceci étant dit, tel le colibri⁸ faisant sa part pour éteindre le feu, ce mémoire tentera d'apporter une pièce à ce puzzle mystérieux. Si, indirectement, une théorie peut être élaborée à l'issue de cette recherche, plus sobrement, l'objet de ce mémoire est, avant tout, de tenter de palper, dans tous les sens du terme, ce « lien » corps-esprit. D'y apposer, par l'écoute ostéopathique, des qualificatifs, apportant une preuve nouvelle de son existence au travers du regard ostéopathique.

L'état des lieux concernant le lien corps-esprit ne sera sciemment pas approfondi dans ce mémoire, ce travail ayant été effectué avec assiduité par M. Maxime Richard [14] au travers de son mémoire méta-analytique : « Le Souffle de Vie : Une autre vision du mécanisme respiratoire primaire ».

En mettant en parallèle la philosophie de Still, les auteurs ostéopathes de son époque et les plus modernes avec la recherche scientifique actuelle, il en ressort un rapprochement des pensées exprimées tendant à valider les concepts suivants :

⁴ Toutes les traductions d'anglais en français de textes datant du XIX^e siècle sont vérifiées à l'aide de l'outil de référence de cette même époque : *An American Dictionary of the English Language* de Noah Webster, « *Webster's Dictionary 1828* ». [cité le 26 mars 2021]. Disponible : <http://webstersdictionary1828.com/>

⁵ « But at last I took my stand on this rock and my confidence in nature, where I have stood and fought the battles [...] ».

⁶ **Thierry Janssen**. *La solution intérieure : Vers la nouvelle médecine du corps et de l'esprit*. p. 70.

⁷ Ancien chirurgien. Psychothérapeute spécialisé dans l'accompagnement des patients atteints de maladies physiques. Enseignant à l'université Sigmund Freud (Paris).

⁸ **Denis Kormann**. *La légende du colibri*. éd. Arles: Actes Sud Junior ; 2016.

- « 1) La création consiste en deux dynamiques : force vitale et substance matérielle.
2) Toutes deux échangent mutuellement pour produire forme vivante en mouvement.
3) Le schéma invisible de la force vitale, dirigé par la conscience, infiltre la substance matérielle terrestre pour la vitaliser avec la pensée, l'émotion, le métabolisme et le comportement.
4) Les liquides sont le médium utilisé pour la transmission de la force vitale au sein de la substance matérielle. »⁹

La globalité en ostéopathie et l'autoguérison sont des concepts relativement admis par la société ostéopathique. Effectivement, les ouvrages de A. T. Still, W. G. Sutherland, R. E. Becker, P. Tricot, pour n'en citer que quelques-uns, nous livrent une quantité d'informations sur la façon de pouvoir accéder **aux données que le corps du patient exprime**. Des données, perpétuellement en mouvement, illustrant la vie, mais également modulables à travers le **fulcrum¹⁰ que peut proposer le praticien**. Mais, qu'en est-il de **l'implication du patient ?**

On peut supposer qu'un processus d'autoguérison s'illustre par un enclenchement de la régénération cellulaire. L'autoguérison est, dans notre imaginaire d'homme occidental, une asymptote à l'immortalité, quête centrale et grand défi à relever depuis le développement de la technologie médicale. La recherche sur les cellules souches tend à : « [...] *comprendre quels sont les signaux qui activent les cellules souches quand la régénération est nécessaire et les désactivent quand elles ne sont plus nécessaires.* » [15].

Trois nuances d'autoguérison pourraient être explicitées : l'autoguérison induite par le praticien, l'autoguérison induite par le patient et l'autoguérison inhérente à la Vie.

Becker [16] révèle dans un de ses articles trois problèmes à chaque prise en charge d'un patient : « *Il y a les idées et convictions des patients, de ce qu'ils considèrent être le problème ; il y a le concept des médecins, sur ce qu'ils considèrent être le problème du patient ; et, enfin, il existe le problème de ce que l'ensemble anatomo-physiologique du corps du patient sait être le problème* [notre traduction]. »¹¹ Or, nous pouvons constater que lors d'une consultation

⁹ Chapitre 3.1.1.5 Synthèse, page 33.

¹⁰ Du latin signifiant « point d'appui », également comparé à un point pivot par Webster ou encore un point d'équilibre de tensions par W. G. Sutherland. Se référer au chapitre « III-6 - NOTIONS DE FULCRUMS » du mémoire de Claire Borrien. [17]

¹¹ « There are the patient's ideas and beliefs of what he considers his problem to be; there is the physician's concept of what he considers the patient's problem to be; and, finally, there is the problem of what the anatomical-physiological wholeness of the patient's body knows the problem to be. »

ostéopathique de pratique courante, le praticien agit et le corps du patient réagit avec la latitude qui lui est laissée. Le patient, de par son activité physiologique à tous les niveaux, serait l'acteur véritable de son traitement, et le thérapeute, un éclaireur et un pivot pour l'homéostasie du patient. L'équipe d'Erich Blechschmidt explique, entre autres, ce mécanisme par le biais du principe newtonien d' « action – réaction ». Elle suppose et défend, que l'être humain, depuis sa fécondation, réagit et se façonne via l'action des liquides et de leur diffusion. Sans prendre en compte la donnée spirituelle qu'elle semble accepter comme faisant incontestablement partie de l'embryon, dès sa fécondation, mais qui ne peut être exploitable comme donnée car scientifiquement non recevable.

Parallèlement, P. Tricot développe la notion de conscience animant les cellules de l'être vivant. Il intitule sa formation initiatique de l'approche tissulaire de l'ostéopathie « Libérer la vie ». Via le « modèle du cône », il remonte au plus près de la cause d'où découlent les effets : dysfonctions menant le patient à solliciter de l'aide afin de recouvrer la santé. Cette théorie nous permet de travailler en profondeur les tissus et l'être. Le patient semble, cependant, y jouer un rôle conscient relativement passif.

L'ostéopathie peut être considérée comme étant une science qui accompagne le corps du patient à user de ses ressources naturelles pour pallier aux aléas qu'il rencontre. Ce en travaillant main dans la main avec la nature, artisanne parfaitement optimale lui offrant un point d'appui autour duquel le corps du patient peut se mouvoir afin de trouver une voie pour son retour à la santé. Cette science peut s'apparenter à l'approche de la psychologie. Le psychologue va aiguiller le patient vers la santé en le laissant dicter son propre cheminement et trouver ses réponses à ses questions. On peut imaginer que le psychothérapeute appose un fulcrum au corps psychique du patient par les mots qu'il peut évoquer au cours de la séance. Fulcrum ajustable, tout comme en ostéopathie, en fonction de l'évolution du patient.

La corrélation entre ostéopathie et psychothérapie pose la question de l'importance que peut avoir l'implication du patient dans son traitement. Cette recherche a pour objectif principal de pouvoir **quantifier et qualifier l'intervention du patient sur ses tissus par son psychisme** via l'information palpatoire.

Au milieu du XIX^e siècle, Claude Bernard révèle le concept de « milieu intérieur », s'apparentant au système nourricier et d'échanges internes liquidiens, inspirant à sa suite Walter Bradford Cannon qui conçoit le terme d'« homéostasie », l'équilibre statique sain au sein du corps. Les informations des flux permettant les transferts nutritifs et de communication entre

les divers éléments internes au corps nous seraient accessibles par l'**intéroception**, sciemment distinguée de la « proprioception », plus couramment attribuée à la dimension mécanique du système musculosquelettique dans la discipline de la posturologie [\[18\]](#).

Larousse définit l'intéroception comme étant le « domaine de la sensibilité concernant la perception par le système nerveux des modifications ou des signaux provenant des viscères par le système nerveux végétatif, et des muscles, tendons et articulations par le système nerveux central. » [\[19\]](#).

Amener un patient à réaliser une intéroception implique de l'accompagner dans la découverte de l'écoute de son propre corps et de le sensibiliser à son fonctionnement global. Être à l'écoute de soi-même n'est pas aisé pour la majorité des gens qui ont oublié, par la force des choses et le rythme de notre société, de prendre le temps de se recentrer sur eux-mêmes et d'accorder confiance en leurs ressentis. Manifestement, c'est un acte de foi envers la nature. Et pourtant, le patient n'est-il pas le plus à même de dénouer ses déséquilibres ?

La présente étude s'intéresse à l'intéroception comme moyen permettant de rendre le patient **actif lors de son traitement**.

Il est nécessaire, avant tout développement du mécanisme de ce processus, de définir les termes d'« attention », d'« intention », de « présence » et de « mise au neutre » qui seront les outils nécessaires au patient et au praticien pour appréhender l'intéroception.

La notion de « présence » peut être attribuée à plusieurs sphères. Une sphère matérielle : « fait pour quelqu'un, quelque chose de se trouver physiquement, matériellement en un lieu déterminé [...] » ou plus immatérielle : « fait d'être présent en esprit, [...] », « [...], qualité de quelqu'un dont la personnalité exerce un puissant attrait, un rayonnement. » [\[20\]](#)

Ce seront ces deux qualités qui seront exigées lors de cette étude. La présence matérielle et d'esprit. En ce qui concerne le rayonnement d'une personnalité, la présence se devra d'être là sans pour autant impacter négativement le patient.

« L'attention » est définie comme étant la « capacité de concentrer volontairement son esprit sur un objet déterminé [...]. » [\[21\]](#). On pourrait parler de concentration, mais aussi de marque d'intérêt, voire d'empathie finement dosée.

« L'intention », reposant solidement sur le socle de la « présence », pourrait être considérée comme étant le chef d'orchestre de « l'attention ». C'est l'« action de tendre vers un

objet, une fin » [\[22\]](#), la « disposition d'esprit par laquelle on se propose délibérément un but » [\[23\]](#). « L'intention » inspire un dessein, l'établit et, par extension, le symbolise.

Le caractère crucial que semble incarner cette notion au sein de la pratique ostéopathique est loin de se cantonner à cette dernière. Elle semble être considérée comme étant un des piliers des pratiques médicinales, toutes confondues.

Il peut être également simplement assumé que pratiquer une thérapie, quelle qu'elle soit, incarne une « intention » d'apporter une amélioration de la santé.

À plus petite échelle, au sein même de la pratique à visée thérapeutique, on semble relever l'intérêt d'une intention bien calibrée.

Le docteur Pierre-Noël Delatte, par sa pratique de la Psycho-Bio-Acupressure (PBA), tente d'expliquer le mécanisme de l'intention à travers certaines études et concepts. Ses réflexions sont intéressantes car elles s'avèrent transposables à l'ostéopathie. Il développe notamment l'étude de Masaru Emoto qui porte sur les formes différentes des cristaux d'une même eau, congelée après avoir subi diverses expériences chargées d'intention, grossièrement résumées ici comme « négatives » ou « positives ». Si les études de M. Emoto font l'objet de débats aujourd'hui en raison de leur manque de rigueur, elles questionnent. Le docteur Delatte transpose à cette étude le fait que l'on soit composé à 80 % d'eau.

Une autre intention, évoquée dans un contexte plus philosophique, est celle mentionnée dans l'essai d'Henri Bergson [\[24\]](#) :

« La société humaine aura beau progresser, se compliquer et se spiritualiser : le statut de sa fondation demeurera, ou plutôt l'intention de la nature. »

Une définition qui rejoint la perception de Still selon laquelle nous ne sommes que des outils au service de la Nature.

La notion de « neutralité » ou de « mise au neutre » permettrait de canaliser cette présence à un degré adapté à la circonstance et de calibrer la présence avec l'attention et l'intention afin d'atteindre un équilibre optimal de ces forces.

Un parallèle avec le monde de l'électricité serait loin d'être un simple concours de circonstances. En électricité, on distingue la phase, le neutre et la terre. La phase serait représentée par le corps du patient qui véhiculerait de l'énergie sous forme de joules. Le rôle du praticien avec la « mise au neutre » aurait pour rôle de canaliser les informations perçues

avec le moins de jugements et d'attente possible et d'offrir une « mise à la terre », une voie de sortie. Cette mise à la terre, en électricité, également nommée « conducteur de protection ».

Dans le cadre de cette étude, il est primordial de définir « l'écoute ostéopathique ». On pourrait faire une différence entre « l'écoute passive » et « l'écoute active ». Une des conceptions de cette « écoute » pourrait se faire à travers la vision du fulcrum que partage Rollin Becker¹² [25] établissant une définition de « l'écoute passive » à travers ces lignes :

« Le praticien doit établir un mécanisme de levier immobile à partir duquel il pourra ressentir le stress et la tension existant au sein des tissus sous sa main et ses doigts et trouver le potentiel inhérent ou la zone d'immobilité existant au sein de cette zone de stress. Il fait cela en plaçant sa ou ses mains près de la zone dont se plaint le patient et en établissant un point d'appui avec son coude, son avant-bras, ses doigts croisés, ou n'importe quelle autre partie de lui convenant en la circonstance. À partir de ce point d'appui, ses doigts deviennent l'extrémité du levier et ils peuvent noter tout changement survenant au sein du corps ».

Et l'on pourrait la distinguer de « l'écoute active » qui débiterait à partir du moment où l'on « active » cette « écoute » en variant le « point d'appui » :

« Son point d'appui peut être déplacé de temps en temps pour s'adapter aux changements survenus dans le corps, tout en demeurant stable dans son fonctionnement de levier »

Plus spécifiquement, il décrit : *« Placez vos mains et vos doigts sur le patient, sur la zone de sa plainte ou ses plaintes. Laissez la sensation des tissus, du plus profond de leur être, s'exprimer à travers votre toucher, et lisez et « écoutez » leur histoire [notre traduction] »*¹³ [26]

Il précise dans la partie II de ce même ouvrage : *« Votre point ou vos points de fulcrum sont vos postes d'écoute [notre traduction] »*.¹⁴

Considérons dorénavant, dans le cadre de cette recherche, que le terme « d'écoute » se réfère à de « l'écoute passive ».

¹² Issu du livre V - Le toucher diagnostique : Le toucher diagnostique, ses principes et son application

¹³ *“Place your hands and fingers on the patient in the area of his com- (p.34-35) -plaint or complaints. Let the feel of the tissues from the inner core of their depths come through your touch and read and “listen” to their story.”*

¹⁴ *“Your fulcrum point or points are your listening posts.”*

Cette écoute semble dériver de points de fulcrum. On admet les multiples fulcrums existants selon l'adaptation des points d'appui sur le corps comme le décrit Rollin Becker ou les différentes appositions d'attention semblant directement influencer ces fulcrums qu'évoque Pierre Tricot et qui découlent incontestablement en de multitude écoutes¹⁵. Aucune contrainte auprès du praticien ne sera imposée sur cette pratique, les résultats sont étudiés en prenant en compte ce biais de subjectivité.

Ainsi, le praticien serait en « **écoute** » au travers d'un fulcrum qui serait propre à la circonstance. En parallèle, le patient serait actif par la focalisation de son **attention** sur ses ressentis empruntant les canaux de la proprioception, par son **intention** de cheminer vers la santé, tout en faisant preuve de la **présence** requise pour être réceptif. Le patient nous permettrait, supposément, d'optimiser le déroulement et l'efficacité d'une consultation ostéopathique de pratique courante.

La problématique principale soulevée par cette étude est la suivante : **Le patient détiendrait-il la faculté d'influer consciemment sur les signaux de sa régénération cellulaire ?** À quel point, l'être humain est-il capable de transposer un système sous « mécanisme involontaire » à « mécanisme volontaire » ?

Un objectif secondaire, serait, en cas de mise en évidence de résultats significativement positifs, de sensibiliser le patient à sa capacité d'agir sur sa guérison, d'« *abandonner le statut de victime pour embrasser celui d'acteur de sa guérison [...]* ». ¹⁶

Il implique pour le praticien de ne pas perdre de vue la notion de globalité qui se situe au-delà de l'unique contexte environnemental du patient et englobe également l'esprit, la présence, l'intention et l'attention du praticien, tel que le développe Pierre Tricot mais aussi, compléterons-nous, du patient.

Ce dernier concept primordial est la clé de ce mémoire.

Mettre et remettre au cœur de la consultation le patient dans son intégralité.

Il impliquerait une remise en question de l'ego du praticien. Comme le souligne très justement Thierry Janssen lors de sa conférence sur la présence, essentielle pour l'ostéopathe, « *l'ego doit être au service de plus grand que lui* » ¹⁷[\[27\]](#). Il évoque « *cette nécessité de*

¹⁵ Bien résumé dans le chapitre « III-6 - NOTIONS DE FULCRUMS » du mémoire de Claire Borrien.

¹⁶ **Thierry Janssen**. La solution intérieure : Vers la nouvelle médecine du corps et de l'esprit. p. 133-134.

¹⁷ **Thierry Janssen**. Présence à soi : la clé d'un vrai changement [En ligne]. Reims: Quantique planète; 2015 [cité le 28 avril 2019]. Vidéo: 6:50 min.

l'humilité. De se rappeler que ce mot vient de « humus », en latin, qui veut dire la terre. Se rappeler que j'appartiens à cette terre et que je dois obéir à ses lois. L'humilité fait mon humanité. C'est les deux mêmes racines de ces deux mots, d'ailleurs. « Humus », la terre. »¹⁸. Plus loin, parlant des enseignements au cœur des temples de l'Égypte ancienne, il évoque un constat qui peut faire résonance en ostéopathie : « On leur apprenait non pas à penser le monde, mais à écouter le monde. »¹⁹ Ainsi, le praticien devrait se replacer avec humilité au cœur de la vie et de la nature. Il ne serait plus seul à œuvrer pour rétablir la santé du patient venu le voir. Ce serait bel et bien un travail en symbiose des trois efforts qui aboutirait au recouvrement de la santé : praticien, patient et tissus, tous animés par la conscience qui, à ce moment-là, sont réunis.

Pour revenir à Still, amorçons ce mémoire par ses termes : « À celui qui traiterait en conjectures et suppositions, il sera, de ce pas, placé dans la juste catégorie à laquelle il appartient, qui est le bois flottant qui dérive le long de la sombre rivière, assombrie par le cauchemar de l'ignorance et de la superstition. [notre traduction] »²⁰ [\[28\]](#)

Et engageons-nous vers cette réflexion propice à la recherche :

« Une vérité est uniquement une supposition prometteuse si elle n'est pas supportée par des résultats. Ainsi, l'ensemble de la nature est assez généreuse pour exposer volontiers ses spécimens résultant de son œuvre en tant que témoin revendiquant ses capacités à prouver les assertions par son travail. Sans cette preuve tangible, la nature appartiendrait aux dieux du hasard. Les lois de la mère, de la conception, de la croissance et de la naissance, des atomes à des mondes, auraient été un échec, un univers sans tête pour le diriger. Mais, alors que les magnifiques œuvres de la nature se tiennent érigées aujourd'hui et, à travers tout ce temps écoulé, totalement admis par l'évidence exposée à la vue et à la raison du mental, que tous les êtres grands et petits sont arrivés par la loi de cause à effet, ne sommes-nous pas tenus d'œuvrer par ces lois de cause, si nous souhaitons un effet ? [notre traduction] »²¹ [\[29\]](#)

¹⁸ **Thierry Janssen**. Présence à soi : la clé d'un vrai changement [En ligne]. Reims: Quantique planète; 2015 [cité le 28 avril 2019]. Vidéo: 8:30 min.

¹⁹ **Thierry Janssen**. Présence à soi : la clé d'un vrai changement [En ligne]. Reims: Quantique planète; 2015 [cité le 28 avril 2019]. Vidéo: 10:20 min.

²⁰ « To the one who would deal in conjectures or suppose so's, he will at once be placed in the proper category to which he belongs, which is the driftwood that floats down the dark river that is overshadowed by the nightmare of ignorance and superstition. »

²¹ « A truth is only a hopeful supposition if it is not supported by results. Thus all nature is kind enough to willingly exhibit specimens of its work as vindicating witnesses of its ability to prove its assertions by its work. Without that tangible proof, nature ' would belong to the gods of chance. The laws of mother, conception, growth and birth, from atoms to worlds would be a failure, a universe without a head to direct. But as the beautiful works of nature stand today, and in all time past, fully able by the evidence it holds before the eye and mind of reason, that all beings great and small came by the law of cause and effect, are we not bound to work by the laws of cause, if we wish an effect? »

La finalité étant de démontrer que nous sommes en mesure de déceler une potentialisation de la consultation ostéopathique de pratique courante, durant le traitement ainsi que de ses résultats, en combinant l'implication de tous les éléments vivants concernés : patient et praticien.

On pourra extrapoler qu'un ostéopathe œuvrant avec l'aide de l'esprit conscient du patient prodiguerait un recouvrement à la santé plus optimisé.

Cet essai est une étude mixte, prospective expérimentale « avant/après », de cohorte comparative à randomisation simple à affectation cachée, soit les praticiens sont à l'aveugle, de type cross over. L'analyse avec l'intention de traiter (Intend To Treat ITT). Elle inclut une pré-étude mixte, sous forme de sondage anonymisé.

Sa visée est de relever et qualifier palpatoirement l'action du patient par le biais de l'écoute et de démontrer parallèlement l'efficacité d'un travail ostéopathique couplé à un travail simultané de focalisation du patient sur son corps et le recouvrement de sa santé.

Son approche **quantitative** s'explique par le grand panel de population cible et le bilan statistique des tests pratiqués sur cette dernière. Elle a pour objectif de vérifier la faisabilité de cette expérience sur la population moyenne, pas spécifiquement sensibilisée à l'exercice d'intéroception.

En apportant une précision sémantique sur la palpation lors de l'écoute, en mesurant le degré de différence relevé par les praticiens lors de cette écoute et en mesurant l'impact de ces travaux sur la santé des patients, ce mémoire dispose également d'une approche parallèle **qualitative** qui s'avère indispensable afin de pouvoir fournir des données riches et utiles à une potentielle intégration de ces dernières dans la pratique ostéopathique future.

Une approche **qualitative** sur des êtres pratiquant la « pleine attention » et empruntant les voies de l'intéroception avec aisance pourrait être envisageable et intéressante afin de corréler les effets aux patients non-initiés à cette pratique.

Cette étude comprend :

- **Une pré-étude sous forme de sondage** établissant un état des lieux des ressentis lors de l'écoute ostéopathique et orientant le choix des structures étudiées dans la principale étude, structures charnières de l'expérience.

- **Un test d'ampliation thoracique** mesurant objectivement la capacité du flux respiratoire.
- **Une phase d'écoute passive** où se déroulera l'expérience de l'intéroception.
- **Une échelle numérique**, de 0 à 10, notée par les praticiens afin de quantifier la différence des mouvements des tissus du corps du patient suite à la focalisation de ce dernier lors de la phase d'écoute.
- **Un classement** par la représentation de la zone choisie par le groupe étudié afin de rendre les données comparables au sein du groupe étudié.
- **Un questionnaire** de suivi de l'efficacité de la séance rempli par le patient.

Les statistiques mesureraient :

- **Le bilan des questionnaires d'efficacité** évaluant l'efficacité relative d'un traitement avec ou sans l'implication du patient et la réussite de l'expérience, à savoir la faisabilité de l'expérience.
- **L'évolution des mesures d'ampliation thoracique**, indiquant, si positive, une amélioration de la santé globale du patient. Validation des données via le test de Mann Whitney.
- **La comparaison des pourcentages de chaque valeur de l'ENEP**, définissant ainsi la proportion des différences observées majoritaire et minoritaire durant l'expérience. Validation des données via le test de Fisher.
- **La comparaison entre les pourcentages de chaque valeur de l'ENEP de chaque groupe**, témoin et étudié, afin de faire ressortir l'impact de l'implication du patient sur ses tissus.
- **Le pourcentage de chaque groupe du classement des représentations des zones sur lesquelles les patients du groupe étudié se sont focalisés**, découlant en une donnée annexe intéressante pour approfondir l'étude.
- **Le pourcentage du nombre de patients suivant les tables de permutations** (Gains respiratoires ; Cotations ; Remarques libres, etc.), découlant en une donnée annexe intéressante pour approfondir l'étude.

1. Matériel et méthode

1.1. Matériel

1.1.1. Population source

La population étudiée est limitée aux patients de l'Unité Clinique Ostéopathique (UCO) de Labège et de Toulouse, gérée par l'Institut Toulousain d'Ostéopathie (ITO).

1.1.1.1. Population incluse

- ✓ Les personnes capables de répondre aux questionnaires sans l'aide d'intermédiaires.
- ✓ Les personnes capables de réaliser l'exercice d'intéroception.
- ✓ Les personnes acceptant de faire deux consultations à deux semaines d'intervalle, avec deux praticiens différents.

1.1.1.2. Population non incluse

- * Les personnes sous traitement provisoire (< 12 mois) ou en période d'altération de traitement, à savoir arrêt ou reprise de médicament(s) ou d'autres thérapies.
- * Les personnes dont le motif de consultation correspond à la **main droite** : lieu de focalisation imposé pour le groupe témoin.

1.1.2. Outil de randomisation simple à affectation cachée

Afin de diminuer le biais de subjectivité au maximum, la randomisation de paires à affectation cachée est effectuée.

Au cours de l'étude, un code chiffré est affecté à chacun des patients permettant de les répartir en deux groupes, le groupe « Testé » et le groupe « Témoin », de façon aléatoire, équilibrée et en simple aveugle, praticiens à l'aveugle.

Un tableau (ANNEXE 8) comprend 60 codes patients, générés par une personne hors étude, éliminant ainsi tout risque de conflit d'intérêt. Le nombre final de patients participant au mémoire étant une donnée inconnue au départ de l'étude, les deux groupes, « Testé » et « Témoin », ont été divisés en 10 lots. Chaque lot contenant 6 codes patients partagés de façon égale entre les deux groupes. Ainsi, tous les 6 patients, la représentativité du groupe « Témoin » et du groupe « Testé » est préservée.

Les praticiens participant au mémoire sont maintenus à l'aveugle concernant la répartition des patients au sein des deux groupes. Ces derniers seront tenus de le maintenir secret tout au long des séances dédiées au mémoire. Les codes patients du tableau de l'annexe 8 sont dissimulés par un cache opaque.

Chaque lot est ensuite reporté, codes patients dans le désordre, sur une version accessible aux praticiens (ANNEXE 9). Les praticiens pourront ainsi affecter au patient un code du lot en ignorant à quel groupe appartient ce code.

Les patients prendront connaissance du groupe associé à leur code en se référant à l'annexe 8 et en regardant sous le cache opaque.

Ex :

LOT 1 :

28	39	26	22	43	23
----	----	----	----	----	----



Nouveau patient. Le praticien lui affecte le numéro 28, premier code du Lot 1.

Le patient prend connaissance de son groupe.



LOTS	GROUPE « TESTÉ »	GROUPE « TÉMOIN »
Lot 1	22	28
	23	39
	26	43

Figure 1 - Méthodologie de la randomisation des patients

1.1.3. Évaluation de l'écoute palpatoire

1.1.3.1. Sondage sémantique

Une pré-étude sous forme de sondage anonyme (ANNEXE 1) à six questions, multiples et ouvertes, a été menée durant la période du 27 mars 2019 au 16 novembre 2020 (1 an et 3 mois) à travers la plateforme Internet de Facebook®. Le lien du sondage a été diffusé dans plusieurs groupes dédiés à l'ostéopathie, voir Tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 - Lieux de publication du lien du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Groupe sur Facebook®	Détail du groupe	Date de publication du lien
« ITO : Promotion Viola Frymann »	Groupe privé de 123 membres	10/04/2019
		22/05/2019
		07/11/2019

« Demandes d'infos »	Groupe public de 4 membres géré par le groupe « Projet Mémoire_Viola_Fryman » sur le point d'être supprimé en avril 2020.	10/04/2019
« ITO »	Groupe privé de 707 membres.	12/04/2019
« Ostéo et bons plans »	Groupe privé de 7,9 K membres.	12/04/2019
		22 /05/2019
Repartage sur un profil personnel.	Profil maintenu confidentiel.	13/04/2019
L'ostéopathie en Nouvelle-Calédonie	Groupe privé de 14 membres.	07/11/2020

Ce sondage a pour objectif de prendre conscience de la manière dont l'écoute ostéopathique est perçue aujourd'hui et utilisée. **La manière de qualifier les ressentis lors d'une écoute palpatoire met en lumière la disparité ou l'homogénéité des ostéopathes, diplômés ou en cours de formation. Cet éclairage nous permettra de nous donner un recul sur la subjectivité des praticiens durant cette étude.** Les termes les plus communément employés, si employés par une majorité de sondés, impliquera une population relativement harmonieuse dans son évaluation de l'écoute ostéopathique, impliquant des données relativement fiables. Si tel est le cas, cette connaissance sera transposée aux relevés des praticiens de l'étude principale.

Ce sondage permet également de relever les structures tissulaires les plus communément étudiées lors d'une phase d'écoute du corps par la population ostéopathique et, de ce fait, de ne cibler pour cette étude que ces structures afin de rester dans une zone d'étude la plus commune possible à la population ostéopathe.

1.1.3.2. Stage de validation de l'écoute palpatoire (SVEP)

11 praticiens ont participé à ce stage, dont 1 personne ayant suivi le stage mais étant dans l'incapacité de poursuivre l'étude.

Afin que chaque praticien débute l'étude sur un même pied d'égalité et soit en accord avec les concepts et la pratique de l'écoute palpatoire des tissus osseux et membraneux, chaque praticien aura suivi le SVEP.

Les élèves (praticiens) et les enseignants (M. Nicolas GEORGES et Mme Alexandra CAUCHOIS) auront signé la fiche validation de la participation au SVEP (ANNEXE 2 et ANNEXE 2-bis).

Le contexte sanitaire dû au Covid-19 aura imposé de réaliser ce stage en deux fois afin de ne pas être en surnombre. Ainsi, il aura été réparti sur deux dates : 21/09/2020 et 03/12/2020. (ANNEXE 2.2).

Le 2^e stage est retranscrit (ANNEXE 2.3) et mis à disposition dans un souci de reproductibilité de cette étude.

1.1.3.3. Échelle numérique de l'écoute palpatoire (ENEP)

L'échelle numérique de l'écoute palpatoire (ENEP) (ANNEXE 3) est calquée sur le principe de fonctionnement de l'échelle numérique permettant d'évaluer la douleur, référencée et validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) [\[30\]](#) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Elle permettra aux praticiens de quantifier la différence d'un mouvement tissulaire ressentie par les praticiens lors de l'écoute du corps du patient entre le moment où le patient est au repos, patient dit « passif », et lors de la réalisation de l'exercice d'intéroception, patient dit « actif ».

On relèvera les différences ressenties sur plusieurs plans, définis par le biais du sondage et décrits dans la section précédente, à savoir :

- Membraneux
- Osseux

Avec la cotation suivante :

0 = Pas de différence.

10 = Différence maximale, notable sur tous les plans, avec au moins une réaction du patient : parole, mouvement visible à l'œil, sudation, etc.

Le choix de l'échelle numérique est expliqué par la richesse que proposent les 11 cotations possibles, nombre parfaitement compatible avec les résultats possibles de l'écoute palpatoire et la précision qu'elle requiert, à la différence d'une échelle visuelle analogue (EVA).

1.1.4. Suivi de l'efficacité des séances

1.1.4.1. Questionnaire rétro-analytique

Suite à chaque consultation, à des fins d'analyses contextuelles du sujet étudié, d'ouverture de ce dernier, un questionnaire rétro-analytique (ANNEXE 4) sera proposé aux patients en version papier à remplir et à déposer dans une urne à l'accueil de la clinique. Il évaluera :

- la faisabilité de l'exercice auprès des patients ;
- la zone ciblée lors de l'intéroception ;
- la difficulté primordiale rencontrée ;
- le profit potentiel perçu par les patients lors de cette étude ;
- le point de vue des patients sur l'étude menée.

1.1.4.2. Questionnaire d'évolution de santé

Un questionnaire inter-consultation (ANNEXE 5) sera posé par téléphone, une semaine après la première consultation, évaluant :

- l'évolution du motif de consultation ;
- l'évolution de l'état général ;
- le statut du patient vis à vis de l'étude : répond-il toujours aux critères d'inclusion ? Souhaite-t-il toujours y participer ?

1.1.5. Test d'ampliation thoracique

Le test d'ampliation thoracique a comme finalité principale de contraster les prises de mesures subjectives de ce mémoire par des données objectives. C'est une approche répandue, surtout chez les kinésithérapeutes pratiquant de la kinésithérapie respiratoire.

Une étude (grade 4) [31] s'est penchée sur cette mesure d'ampliation thoracique afin de vérifier l'usage de cette dernière. Le résultat de ces recherches avance ce qui suit : « *La technique a été décrite pour la première fois en 1972. C'est une technique qui paraît relativement fiable (CCI variant entre 0,60 et 0,90 avec des populations de très faible puissance). La valeur moyenne normale de l'expansion costale est de 7 cm chez des sujets jeunes (à travers 3 études sur des populations entre 15 à 26 ans), elle est associée à une très grande hétérogénéité des résultats.* » et conclut : « *Il semble donc possible de déterminer des valeurs tendances chez les sujets sains et chez des patients présentant des pathologies.*»

Dans cette étude, ce test est une évaluation de l'évolution de la santé du patient effectuée par les praticiens. Il sera réalisé à l'aide d'un mètre de couturière pour mesurer le périmètre de la cage thoracique à l'inspiration maximale et à l'expiration maximale.

Les mesures diaphragmatiques donnent une indication de la capacité respiratoire. La différence entre les deux prises, en début et en fin de consultation du périmètre thoracique, lors

de la 2^e inspiration maximale et la 2^e expiration maximale, détermine un gain ou une perte au niveau de l'influx respiratoire.

Le facteur opérateur-dépendant est lissé par une marge d'erreur de 0,45 cm appliquée aux mesures. Elle aura été calculée en faisant mesurer à tous les praticiens participant au mémoire un même coussin semi-rigide, à l'aide du même mètre de couturière (ANNEXE 10).

1.2. Méthode

1.2.1. Groupes parallèles d'étude

1.2.1.1. Groupe témoin

Le bras du groupe témoin consistera en une focalisation des patients sur une zone précise de leur corps, en l'occurrence la main, partie du corps connue de tous.

1.2.1.2. Groupe étudié

Le bras du groupe étudié aura pour objectif de faire focaliser les patients sur une zone de leur corps relevant de leur propre choix.

Cette zone de focalisation sera tenue secrète vis à vis des praticiens afin de permettre au patient de se focaliser sur la zone qui lui paraîtra optimale sans craindre d'affronter un quelconque jugement de leur part, évitant ainsi d'orienter inconsciemment leur choix vers des zones communes et moins taboues socialement.

1.2.2. Description de la méthodologie

1.2.2.1. Premier contact

Les patients de l'UCO répondant aux critères d'inclusion et attribués aux praticiens participant à l'étude seront contactés pour leur demander s'ils souhaitent contribuer à cette étude et seront informés de l'implication de leur contribution.

Le discours présentant l'étude se doit de ne pas dépasser 2 minutes et se base sur le suivant :

« - Souhaiteriez-vous participer à une étude pour un mémoire qui tente de mesurer l'impact que vous pouvez avoir sur votre corps et votre guérison en focalisant une attention particulière sur une partie de votre corps avec comme objectif de la relâcher, la détendre ? Cette étude comprend deux consultations à 3 semaines d'intervalle, avec une prise en charge par 2 praticiens différents.

Si vous acceptez, vous serez affecté(e) aléatoirement à un groupe :

- soit au groupe témoin qui **devra** se focaliser sur la main (une zone connue de tous arbitrairement choisie),
- soit au groupe étudié où le choix de la zone sera **libre**.

Lors de la consultation, à la demande du praticien, vous ferez l'exercice de focalisation. **Il est très important de ne jamais divulguer la zone de votre focalisation.** Le praticien ne doit pas la connaître. À l'issue de la consultation, vous recevrez un rapide questionnaire à remplir (max. 2 min) et à déposer dans l'urne de la salle d'attente de la clinique.

Deux semaines après la 1^{ère} consultation, vous serez contacté(e) par téléphone pour répondre à 7 questions (max. 3min) et confirmer votre 2^e rendez-vous auprès du 2^e praticien.

Lors de la 2^e consultation, le même exercice de focalisation vous sera demandé. **Il est très important de ne pas divulguer la zone de votre focalisation.** De nouveau, à l'issue de la consultation, vous aurez un rapide questionnaire à remplir et à déposer dans la même urne.

L'étude sera alors terminée en ce qui vous concerne. Vous disposerez des coordonnées des deux praticiens afin que vous puissiez choisir celui qui vous convient le mieux pour la suite de votre prise en charge au sein de la clinique.

Seriez-vous intéressé(e) à participer à ce mémoire ?

- [Réponse patient :]

- [Si non] Je vous donne cette fiche explicative qui vous fournira plus de détails si vous le souhaitez, et, si ultérieurement vous désirez participer, n'hésitez pas à me contacter. Nos coordonnées sont notées.

[Si oui] Je vous donne cette fiche explicative qui vous fournira plus de détails, si vous le souhaitez, et plus d'informations sur le déroulement de ce mémoire. »

Une fiche d'instruction (ANNEXE 11) pour les praticiens sera numériquement accessible tout au long du déroulement de l'étude.

Une **fiche mémoire** (ANNEXE 6) détaillant l'étude d'une manière plus approfondie sera remise à l'issue du discours pour sensibiliser et impliquer le patient plus judicieusement et informer plus précisément ceux qui souhaitent prendre du recul avant de s'engager dans cette étude.

Cette fiche mémoire sera également mise à disposition dans la salle d'attente à côté de l'urne afin de toucher un maximum de patients. Il va sans dire que les patients ont la liberté de pouvoir participer à l'étude, puis de reprendre le cours de leur suivi au sein de la clinique avec leur ancien traitant.

Si le patient accepte de faire partie de l'étude, il lui sera demandé de **signer une lettre d'information** (ANNEXE 7).

1.2.2.2. Déroulement de l'étude

L'étude s'étend sur une durée de 3 semaines par patient, moyennant 2 consultations réalisées par 2 praticiens différents.

Le patient s'engage à participer à l'étude de ce mémoire. Il est alors aléatoirement affecté à un groupe par randomisation simple à affectation cachée (cf. chapitre [3.1.2.](#)) : soit au groupe témoin (cf. chapitre [3.2.1.1.](#)), soit au groupe testé (cf. chapitre [3.2.1.2.](#)).

Les consultations se dérouleront sur le principe d'une prise en charge de pratique courante. À savoir, les séances se passeront comme une séance ordinaire avec anamnèse, établissement du diagnostic d'opportunité et du diagnostic fonctionnel aboutissant au diagnostic ostéopathique et à une proposition de traitement.

Une fois la zone corporelle identifiée comme étant la partie à traiter pour soulager le motif de consultation, et plus efficacement la santé du patient d'un point de vue global, les praticiens s'imposeront une **phase d'écoute**, en plus d'une approche variable si nécessaire.

En apposant leurs mains sur la zone à « écouter », les praticiens vont instaurer un moment propice au recentrage de soi par un travail sur leur **présence** et en consacrant leur **attention** sur la zone en question avec **l'intention** de ne pas intervenir, mais plutôt de tenter un certain lâcher prise et maintenir une objectivité d'observateur.

Cette phase d'écoute durera 4 minutes :

- **2 minutes** seront dédiées au relevé de la mobilité tissulaire sur les plans osseux, membraneux et liquidiens **avant** l'intéroception du patient.
- **2 minutes** seront dédiées au relevé des différences de mobilité tissulaire sur les plans osseux, membraneux et liquidiens **suite** à l'intéroception du patient.

La durée dédiée aux relevés des mobilités tissulaires avant et après l'exercice d'intéroception du patient est sciemment égale et courte afin de limiter la confusion entre début de traitement et début de l'intéroception du patient et minimiser le risque d'analyser un temps où le corps est en « travail » pour tendre vers un système plus sain.

À la suite de cette phase d'écoute, les praticiens noteront sur l'échelle numérique la différence relevée avant et après l'intervention du patient. Le praticien est invité à y annoter également des remarques parallèles qui pourront enrichir l'analyse qualitative de cette étude.

À la fin de la consultation, les praticiens remettront au patient un questionnaire rétro-analytique (cf. chapitre [3.1.4.1.](#)), sur support papier.

Comme convenu au préalable, le praticien A appellera le patient une semaine après cette première consultation. Par téléphone, le patient répondra à un questionnaire d'évolution de santé (cf. chapitre [3.1.4.2.](#)) et conviendra du prochain rendez-vous avec son second praticien.

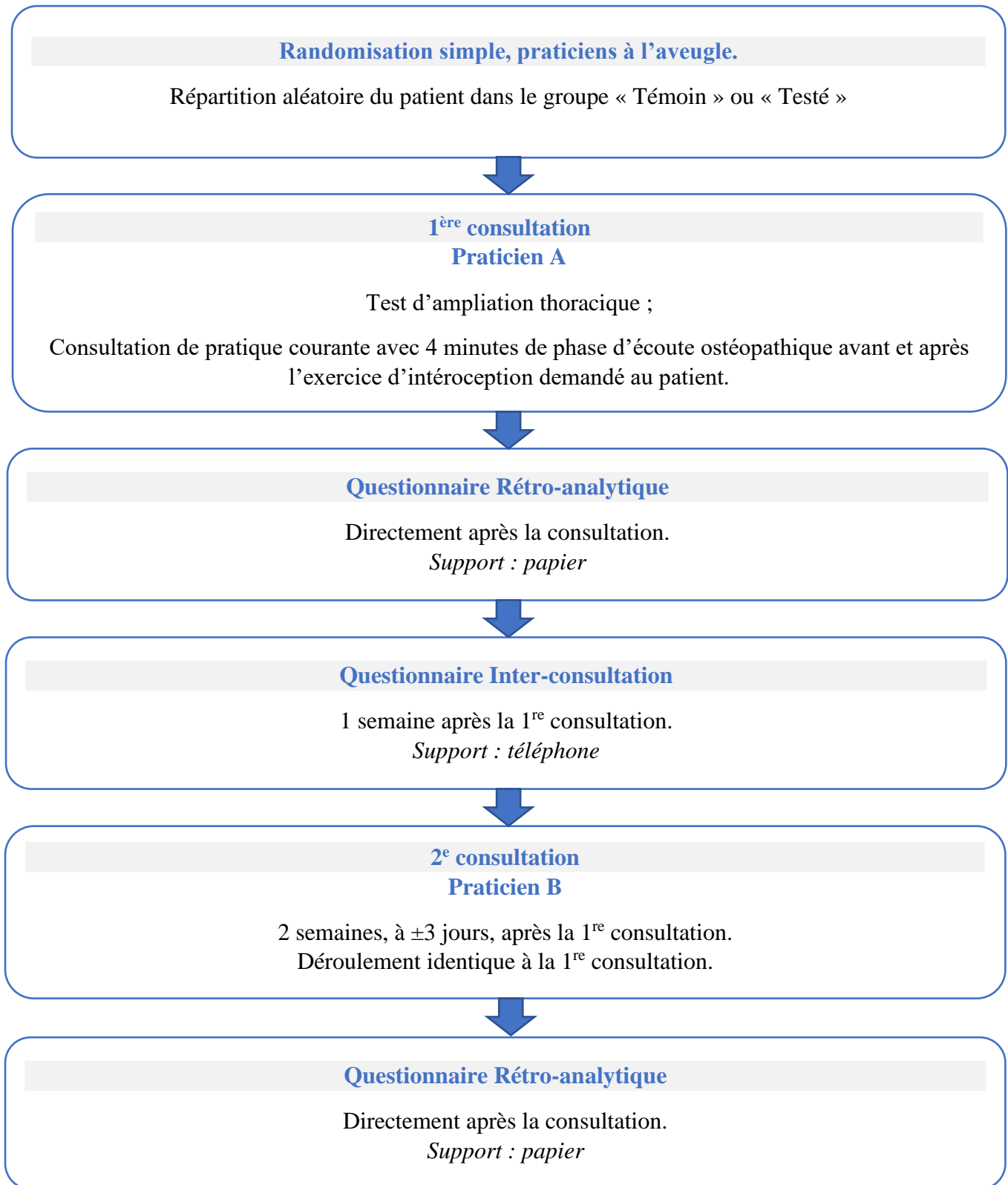
La 2^e consultation est fixée deux semaines après la 1^{re}, à plus ou moins 3 jours, intervalle de sevrage correspondant à un compromis intéressant entre le fait que :

- après moins d'une semaine, la réaction du système inflammatoire pourrait toujours être active, qu'elle ait fait suite à une inflammation aigüe ou chronique [\[32\]](#) ;
- au bout de 2 semaines, on peut considérer que le corps a commencé à intégrer ces nouvelles informations. Par conséquent, une 2^e consultation dans la 2^e semaine, à plus ou moins trois jours, suivant le premier rendez-vous permettrait d'optimiser l'intégration des nouvelles informations en accompagnant les modifications induites dans le corps du patient.

Le protocole est réitéré avec, cette fois, le second praticien, (Praticiens B).

À la fin des deux consultations, le patient peut choisir le praticien avec lequel il souhaite continuer son suivi au sein de la clinique UCO.

1.2.2.3. Organigramme du déroulement de l'étude



2. Résultats

2.1. Pré-étude : Sondage

2.1.1. Caractéristiques techniques

Ce sondage a été mené sur une durée officielle de 1 an et 3 mois. Il a surtout récolté les réponses durant le mois suivant sa publication sur Internet. On peut considérer, officieusement, que l'étendue utile de ce sondage aura été de 3 mois. Les réponses s'étalant essentiellement sur les mois d'avril à mai 2019 et en novembre 2020 (Figure 2).

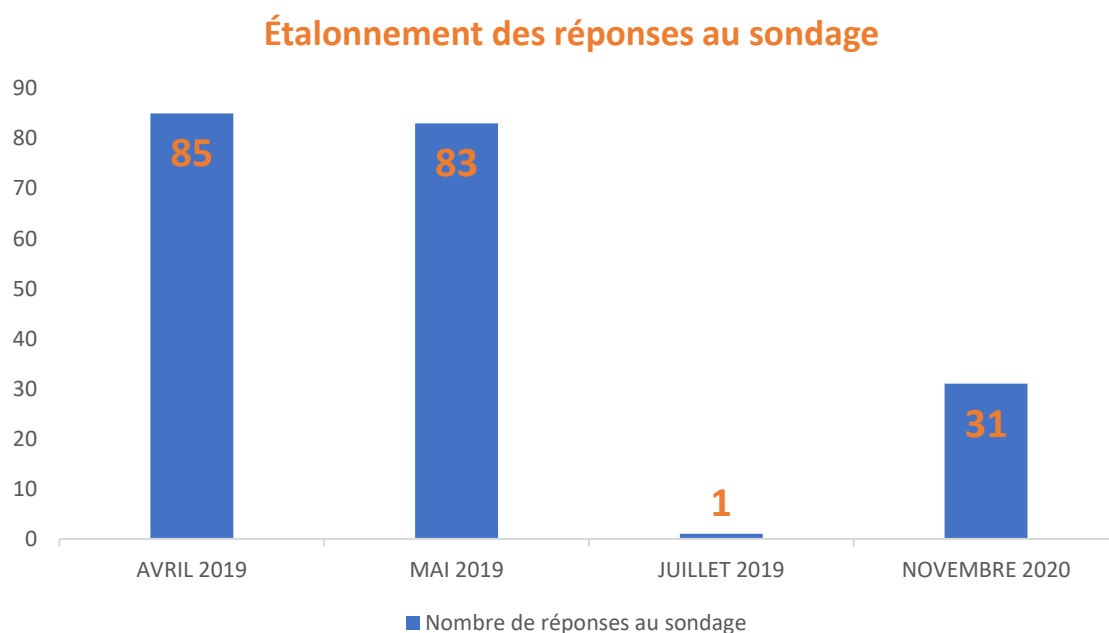


Figure 2 - Étalonnage des réponses au sondage "Ostéopathie et sémantique"

Un total de 200 réponses est comptabilisé. Cependant, une réponse concernant une personne ne suivant pas ou n'ayant pas suivi un cursus ostéopathique a dû être retirée des statistiques. Les données de ce sondage sont donc calculées sur un total de 199 réponses.

54,8 % (n = 109) des personnes ayant participé au sondage ont souhaité recevoir par la suite une copie du mémoire et ont communiqué leur adresse mail. Le sondage a été anonymisé et les 109 mails ont été codés de la façon suivante : @1, @2, @3, [...], @109.

2.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1.2.1. Caractéristiques géographiques et sociales

La donnée de provenance des réponses, à savoir la quantité de réponses récoltée par chaque lien publié, est malheureusement une donnée inaccessible. Ainsi, nous ne pourrions avoir les informations concernant les sphères d'influences des enseignements ou des géolocalisations.

2.1.2.2. Caractéristiques socio-professionnelles

La population la plus représentative sont les ostéopathes diplômés (DO), où l'on peut compter une participation s'élevant à 76 % (n = 152) en y intégrant les professeurs (Figure 3). On peut supposer que les étudiants en 5^e année, étant sur le point d'être diplômés, peuvent y être comptabilisés également, élevant à 85 % (n = 170) cette communauté ostéopathique, à priori, plus expérimentée.

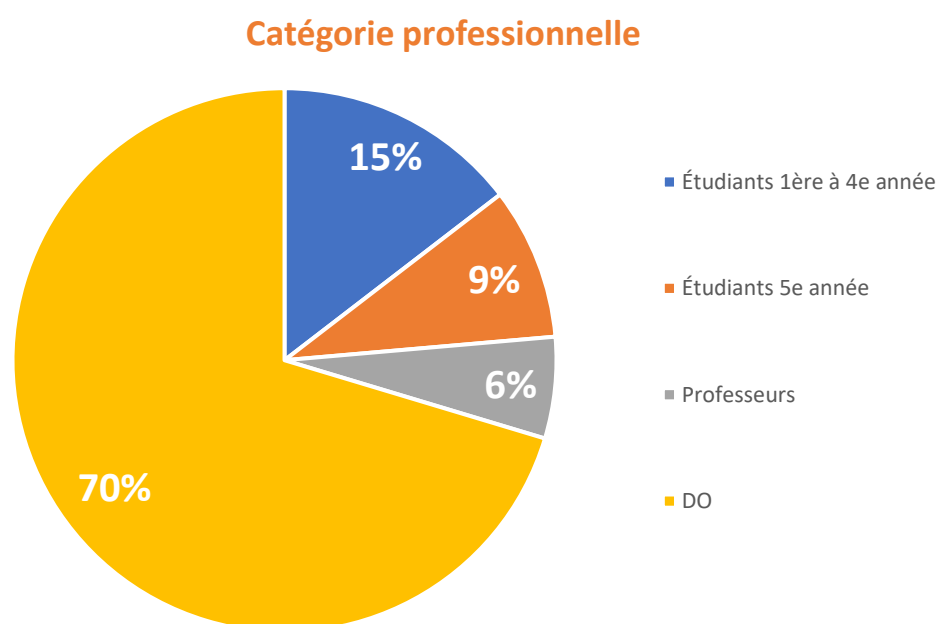


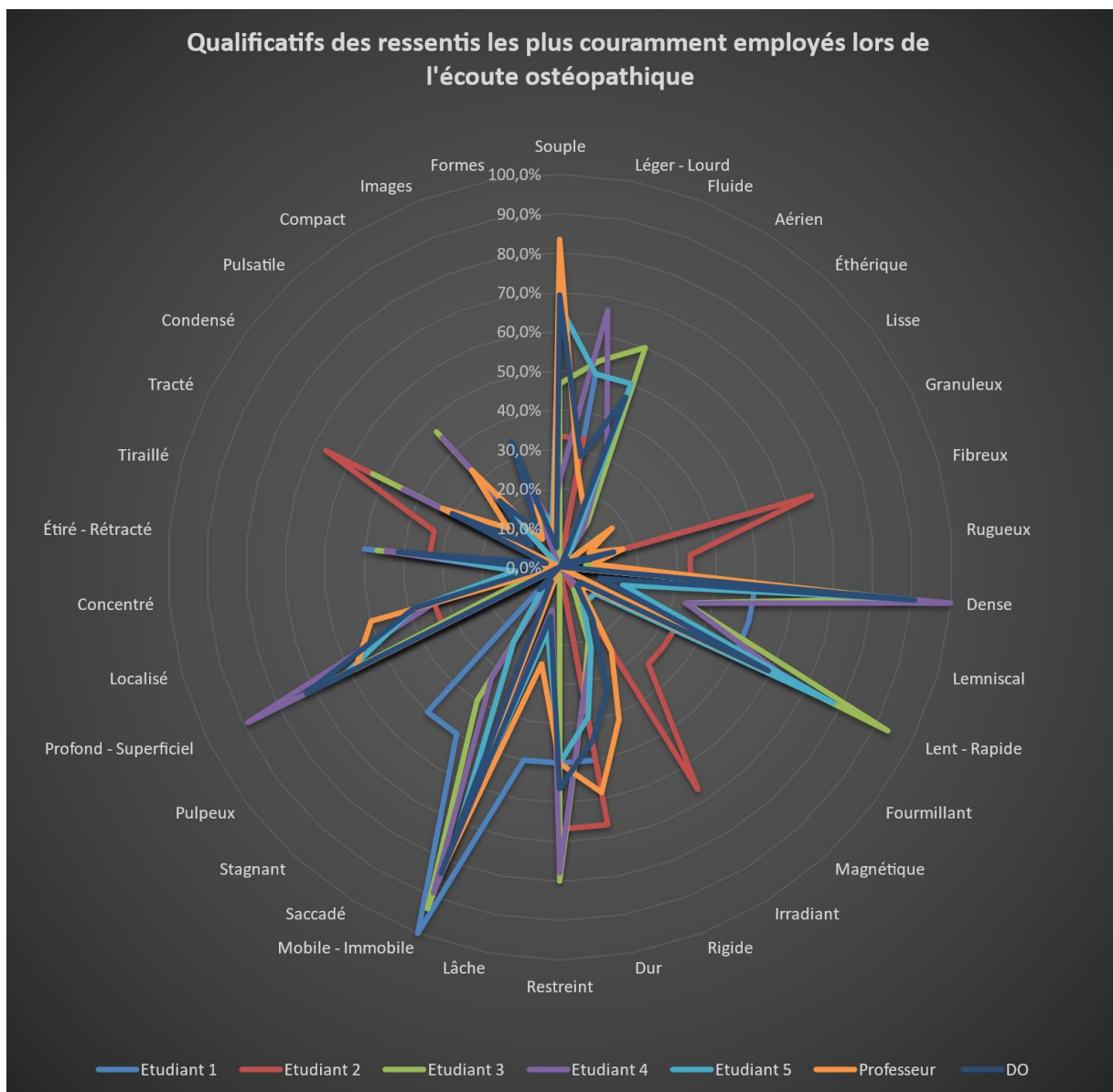
Figure 3 - Catégories socio-professionnelles du sondage "Ostéopathie et sémantique"

Les données de ce sondage impliquent donc des réponses d'une nature expérimentée sur l'interprétation des ressentis.

2.1.3. L'écoute ostéopathique qualifiée par les ostéopathes

2.1.3.1. Question 2

La question 2 du sondage proposait 34 possibilités d'adjectifs ou de concepts qualifiant les ressentis qu'avaient les ostéopathes lors d'une écoute ostéopathique. Parmi ces propositions,



10 termes les plus couramment utilisés devaient être choisis. La figure 4 représente globalement la répartition de ces choix par rapport aux catégories socio-professionnelles.

Figure 4 - Répartition des qualificatifs selon les catégories professionnelles les plus couramment employés lors d'une écoute ostéopathique

Trois qualificatifs sont majoritairement représentés par toutes les catégories : « Dense » concernant 88 % (n = 176) des réponses, « Mobile - Immobile » avec 83 % (n = 166) et « Profond - Superficiel » avec 70 % (n = 139) (ANNEXE 12).

Le terme de « souple » maintient également une position forte avec une représentativité de 65 % (n = 129), surtout parmi les 85 % (n = 170) des ostéopathes diplômés ou presque. Parmi les 12 professeurs de cette catégorie, ce terme arrive en 2^e position après « Mobile - Immobile » avec 83 % (n = 10).

Chez les moins expérimentés, la vitesse est un critère notable avec « Lent - Rapide » représentant 76 % (n = 22) des étudiants de la 1^{ère} à la 4^e année et 63 % (n = 126), toutes catégories confondues, 4^e terme le plus courant.

Ces données nous importent pour l'étude principale car elles nous permettent d'appréhender la subjectivité des praticiens. L'unité implique une tendance et peut nous mener à penser que la subjectivité dans la pratique ostéopathique peut être diminuée par ces perceptions homogènes. De plus, chaque proposition de la question 2 a 34,23 % de chance d'être choisie. On peut observer que les 3 termes qui ressortent sont largement au-dessus de ces probabilités en dépassant les 70 % (n = 139) voire 80 % (avec n = 166 et n = 176).

2.1.3.2. Question 3

La troisième question, sous forme de question ouverte, permettait la proposition libre de qualificatifs pour décrire les ressentis lors de l'écoute palpatoire. Elle a été traitée en chiffrant la récurrence des termes proposés. Si les termes n'étaient pas exprimés sous forme d'adjectif, l'adjectif adapté leur a été attribué et a été retenu.

Au total, 70 termes simples ou paire de termes ont été proposés (ANNEXE 13). Il en ressort 3 principaux :

- La notion de température avec « Chaud - Froid » et de tension avec « Tendu - Détendu », tous deux représentant 14 % (n = 10) des termes proposés.
- La troisième notion est celle de la vitalité avec « Vivant » représentant 11 % (n = 8) des propositions simples.

Certains termes ont été accompagnés d'explications que l'on fera ressortir ici, pour la « beauté du geste » (« Respondent ID » : 12147721573, le 07/11/2020, 5^e année ; Zone AY30 du tableau Excel du sondage) :

« Électrique, irradiante pour des douleurs qui se propagent vers la main un peu comme si on mettait la main sur un fil électrique soumis à un courant continu. Souvent je trouve ça pour des douleurs neuropathiques. »

En dehors des 70 propositions de termes simples, nous trouvons certaines propositions dont 17 rejoignent des termes déjà proposés à la question 2 (Tableau 2).

Tableau 2 - Association des termes proposés par les sondés aux termes existants en question 2

Termes déjà proposés à Q2	Réurrences	Termes proposés par les sondés
J'illustre surtout mes ressentis à travers des images sorties de mon imagination.	3	« Comme un drap, comme un tissus »
		« Image d'une corde ou d'un 8 (selon la zone) »
		« Vague »
Mobile - Immobile	4	« Ça bouge ou ça bouge moins »
Tracté	4	« Traction », « Attirance »
Souple	2	« Souple »
Restreint	2	« Restreint »
Dur	1	« Buté franche »
Fluide	1	« Fluide »

Ces termes n'ont pas été retenus dans les statistiques de la 2^e ni de la 3^e question. Deux raisons à cela : premièrement, ils n'ont pas été sélectionnés dans les 10 premiers choix et deuxièmement le poids de la valeur de cet ajout n'est pas assez conséquent pour influencer les statistiques.

Non comptabilisées dans les analyses ci-dessus, 3 réponses à la Q3 ont été exclues pour les raisons explicitées dans le Tableau 3.

Tableau 3 - Réponses exclues de la question 3

Raisons de l'exclusion	Réponses Q3
Désapprobation	« Pourquoi décrire ce que je perçois. Que ce soit pour le patient ou pour mes collègues ça n'a pas grand intérêt. Ce qui m'importe est d'être présent à ce que je perçois au moment où je le perçois. En parler restera toujours de la métaphore pour décrire l'anatomie que j'ai sous les doigts. »
Non ostéopathe	« Il manque une possibilité à la première question : je ne suis pas ostéopathe mais bien praticienne en énergétique traditionnelle chinoise »
Imprécision	« Mes qualificatifs sont empruntés aux sciences et à la médecine »

2.1.3.3. Question 4

La question 4 est une question mixte sur les différentes structures, abordées durant la formation ostéopathique, accessibles lors d'une écoute ostéopathique.

Les structures tissulaires membraneuse, liquidienne et osseuse sont toutes connues à plus de 95 % (n = 189).

Malgré le grand intérêt d'un abord de la structure par un toucher de puissance, seuls 43 % (n = 85) de la population investiguée sont familiers avec ce terme. Il ne sera pas retenu comme une voie d'interprétation de l'impact de l'intéroception du patient sur son corps.

L'ignorance ou la méconnaissance de ce terme « de puissance » s'élève quasiment à 60 % (n = 82) au sein même des DO et concerne environ la moitié des professeurs et des 5^e année (Tableau 4).

Tableau 4 - Répartition parmi les catégories socio-professionnelles de la méconnaissance de la structure « de puissance »

Méconnaissance de la structure « de puissance »				
DO	82	59 %	96	56 %
Prof	5	42 %		
5A	9	50 %		
4A	3	33 %	11	38 %
3A	5	33 %		
2A	2	67 %		
1A	1	50 %		

On note que, couplé à l'ignorance liée à ce terme, il suscite également un certain questionnement au sein de la communauté ostéopathe diplômée, ou presque, avec certaines réponses faisant part de leurs incertitudes et/ou de leur désapprobation (Tableau 5).

Tableau 5 - Remarques question 4 vis à vis de la structure dite « De puissance »

Classement	Récurrance	Réponses
Incertitude	4	« Puissance? Est ce vraiment une autre structure? Ou la puissance du ressenti? »
		« De puissance = rythme mvp? »
		« de puissance ? en lien avec le SNV ? »
		« Puissance-> Vitalité »
Désapprobation	3	« de puissance. je ne connais pas le principe et je n'aime pas le terme »
		« « De puissance » je comprend ce que vous voulez dire mais pour moi c'est une notion qui est part. »
		« membraneux, puissance ne veulent rien dire pour une palpation »

Ainsi, la structure de puissance n'est pas une approche retenue pour l'étude principale, pour la disparité qu'elle engendre actuellement. À noter que cette disparité est marquée par le manque de précision sur la terminologie, très sélective, lors du sondage « Ostéopathie et sémantique ». Une autre appellation ou l'explication de la structure ciblée aurait probablement

donnés des résultats plus représentatifs. Ceci étant dit, l'appellation « de puissance » reste, spontanément, une appellation de structure minoritairement reconnue selon ce sondage.

En ce qui concerne le liquidien, par commodité, bien que 95 % (n = 189) reconnaissent cette structure, celle-ci n'a également pas été retenue pour l'étude principale. Justifié par le fait que ce soit une écoute particulièrement fine et également afin d'alléger la prise de données, l'étude principale se basera uniquement sur deux structures majoritairement ancrées dans la pratique des ostéopathes : l'osseux et le membraneux. Le membraneux donnant un aperçu subtile, intrinsèquement lié avec le liquidien, et faisant l'intermédiaire entre l'os et le liquide, dispose ainsi d'une position hautement stratégique.

2.1.3.4. Question 5

Cette question mixte permettait de faire un état des lieux des structures accessibles lors d'une écoute ostéopathique. On note que la majorité à 67 % (n = 134) déclare ne pas utiliser d'autres approches de lectures que les 4 structures évoquées en question 4, à savoir : osseux, membraneux, liquidien et de puissance.

Parmi les 33 % (n = 65) restants, l'analyse des approches différentes proposées par les sondés se fera avec la même méthode que pour l'analyse des termes proposés à la question 3 du sondage. La récurrence des termes évoqués est relevée. Si divers termes peuvent être regroupés sous une même thématique, alors la récurrence est groupée (ANNEXE 14).

Ex : Si on a « Pouls » et « Pulsologie ». On ne comptera pas une apparition par terme mais plutôt deux apparitions pour la thématique englobante « Pulsologie ».

Premièrement, on observe que les structures regroupant le plus de praticiens, n'en regroupent finalement que peu. Une grande hétérogénéité est présente. Soit, la structure « Fascias - Tissulaire » est sélectionnée par 18 % (n = 12) de la population ayant répondu « Si oui, lesquelles ? » à la question 5. En 2^e et 3^e position, est notée une approche « Intuitive » (11 %, n = 7) et par la « Densité » (9 %, n = 6).

Les approches arrivant en 4^e, 5^e et 6^e position méritent d'être évoquées dans ce mémoire étant donné leur thématique qui résonne avec celle de l'étude principale, quand bien

même elles s'illustrent à travers de faibles scores. Nous trouvons, respectivement, « Biodynamie » (8 %, n = 5), « Vibration » (6 %, n = 4) et « Conscientisations du patient » (6 %, n = 4).

APPROCHES PROPOSÉES À LA QUESTION 5

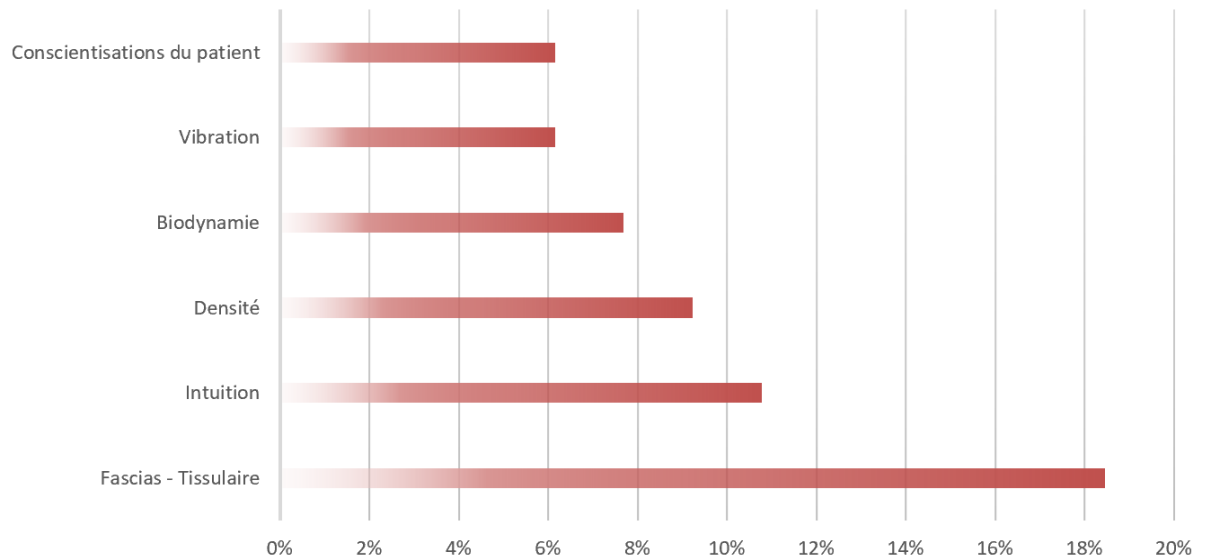


Figure 5 - Propension des approches proposées à la question 5 du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Constatons que ces termes ont été quasiment tous choisis par des ostéopathes en fin de formation ou diplômés.

5 propositions n'ont pas été comptabilisées dans les statistiques de par leur réponse inadaptée à la question, voir Tableau 6 :

Tableau 6 - Propositions exclues des statistiques de par leur inadéquation

Raisons	Récurrences	Réponses
Incompréhension	1	« Je ne comprends pas la question »
Techniques ou approches hors écoute ostéopathique (mobilisation, observation)	1	« Midlign »
	1	« Core link »
	1	« Articulaire »
	1	« La posture »

Ces données, très intéressantes d'un point de vue qualitatif, nous confortent dans les choix de structures à évaluer dans l'étude principale.

2.2. Population liée à l'étude principale

L'analyse de ce mémoire est basée sur une analyse ITT : le patient perdu de vue est considéré comme un échec, ses données initiales seront incluses dans les statistiques. Le Tableau 7 résume les statuts des patients.

Tableau 7 - Ventilation de la population de l'étude principale

Statuts de la population		Nombre de patients
Inclus		23
Non inclus		0
Exclus	Refus de changer de praticien.	2
	Impossibilité de faire la 2 ^e consultation.	
Perdu de vue	Reprise de contact échouée. Suspicion de problème de santé majeur.	1
TOTAL de la population étudiée		20

2.3. Caractères sociodémographiques

2.3.1. Sexe des patients

La répartition entre hommes et femmes est assez équilibrée avec 10 hommes pour 13 femmes, soit une proportion de 43,48 % d'hommes pour 56,52 % de femmes.

La répartition au sein du groupe « Témoin » est plus déséquilibrée avec une nette proportion de femmes s'élevant à 75 % (n = 9). Le groupe « Testé » compte un écart de 9 points de pourcentage entre les hommes et les femmes, et est donc relativement équilibré.

2.3.2. Âge des patients

On peut lire dans le Tableau 8 que la tranche d'âge des 26 à 50 ans est aussi bien répartie dans les deux groupes. La répartition des 16 à 25 ans et des plus de 50 ans est assez intéressante, avec 2/6^e des plus de 50 ans dans le groupe « Témoins » et 2/6^e des patients entre 16 à 25 ans dans le groupe « Testé ». Un certain équilibre entre ces deux tranches d'âge et leur groupe est respectée. On ne pourra pas considérer ce facteur responsable d'une influence sur les résultats de cette étude.

Tableau 8 - Répartition des âges de la population

	16 à 25 ans	26 à 50 ans	Plus de 50 ans
Total	6	11	6
Témoins	2	6	4
Testé	4	5	2

2.4. Caractères socioprofessionnels

Les professions des patients participants à cette étude ont été classées à partir de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003 qui sert à la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages [33]. Seul le niveau le plus agrégé des groupes socioprofessionnels, classés sous 8 postes, premier chiffre du codage à 4 positions sera utilisé pour l'exploitation des données.

Il en ressort (ANNEXE 15) la répartition exposée dans la Figure 6 ci-dessous. Il est à noter que les personnes sans activité professionnelle sont exclusivement des étudiants et que cette donnée n'est pas relevée dans l'enquête 2019 de l'Insee, tout comme celle des retraités. .

Seraient donc transposables à la population nationale les données de cette étude concernant les professions intermédiaires et les employés cadres et professions intellectuelles supérieures. Ce critère ne sera cependant pas exploité car il ne représente pas un angle d'étude privilégié pour le moment.

Répartition des professions

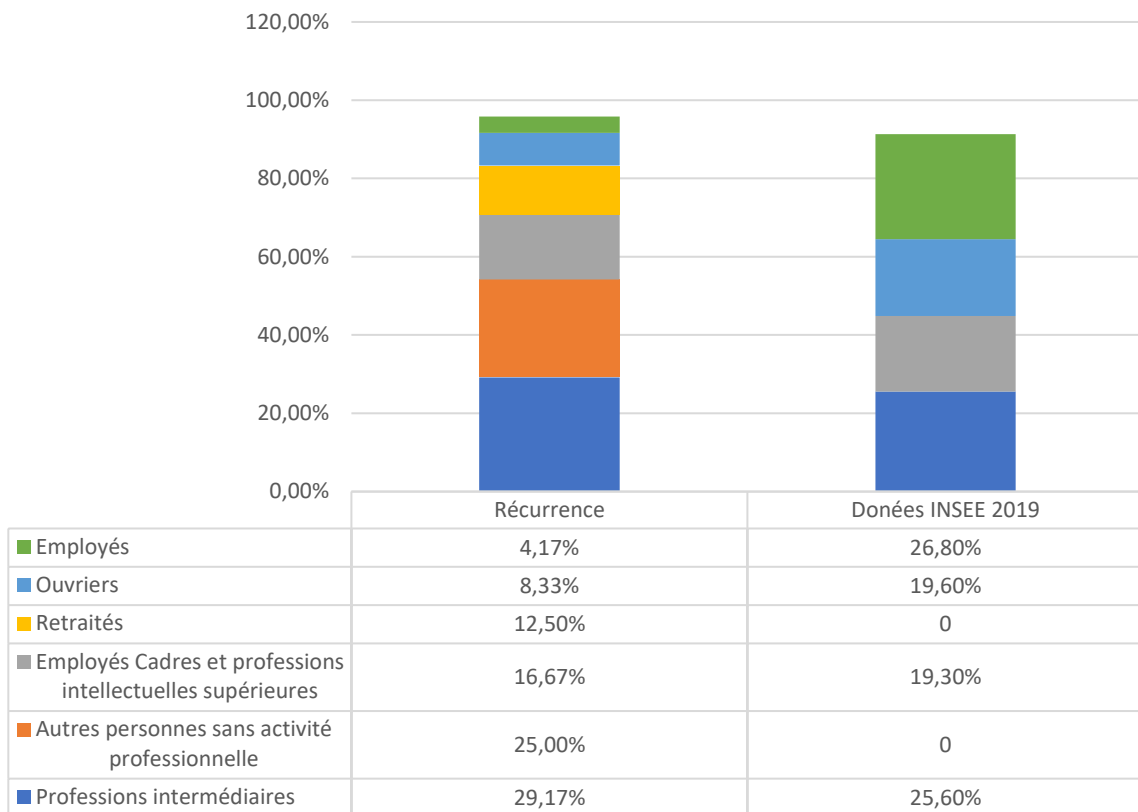


Figure 6 - Répartition socioprofessionnelle selon la nomenclature des PCS 2003 de l'Insee

Source : Insee, Enquête Emploi : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>

2.5. Questionnaires Rétro-Analytique

Trois patients 321, 011 et 590 ont été inclus dans l'étude uniquement à la deuxième relance du protocole. Ainsi, les premiers relevés sont retenus mais non analysés.²²

2.5.1. Motifs de consultation

La Figure 7 nous montre que parmi la population étudiée, les motifs de consultation les plus représentés sont les dorsalgies, les gonalgies, les douleurs d'épaule et les trapézalgies.

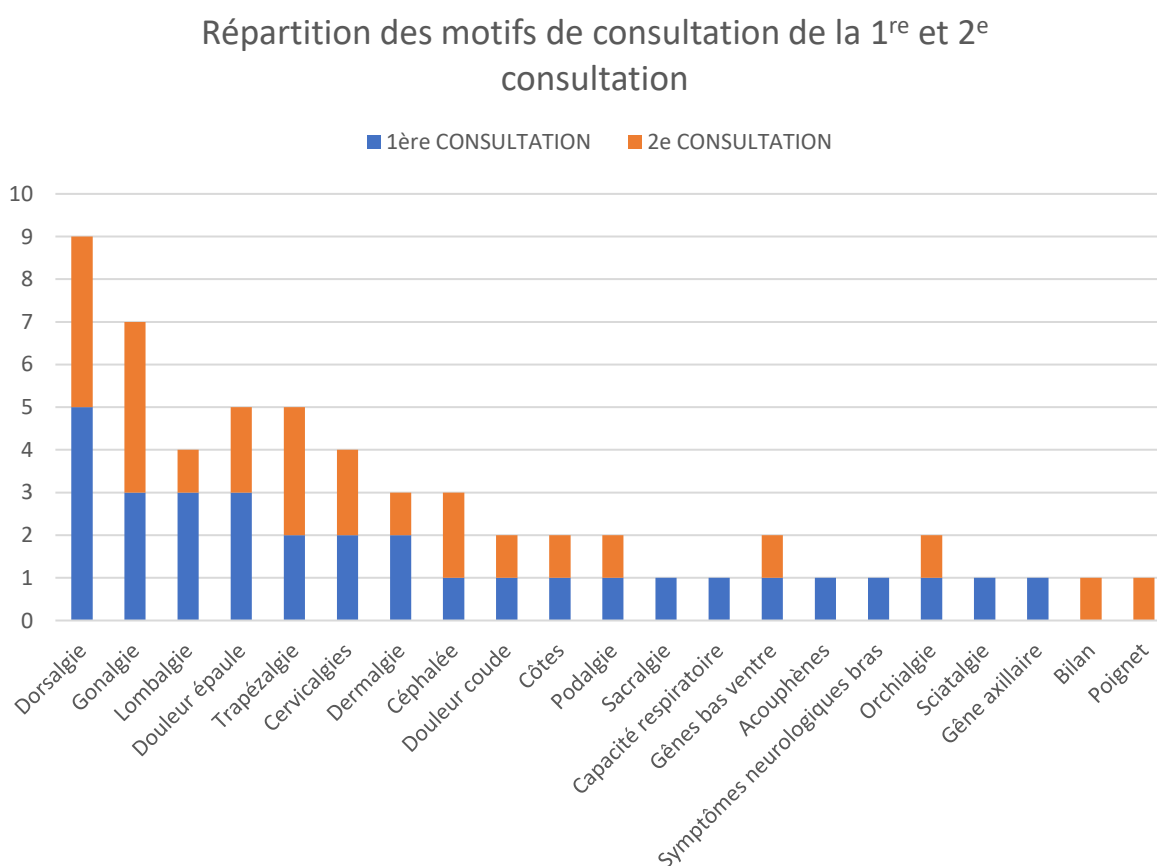


Figure 7 - Répartition des motifs de consultation entre la 1^{re} et la 2^e consultation

²² Les premières données de ces patients sont disponibles en version numérique en annexe dans les feuilles terminant par « [...]#0 » du fichier Excel : « Données_Questionnaires_Analyses ».

2.5.2. Réalisation de l'exercice perçue par les patients

Au total, les patients considèrent avoir réussi l'exercice demandé avec 87 % (n = 20) lors de la 1^{re} consultation et 78 % (n = 18) lors de la 2^e consultation.

1. Pensez-vous avoir réussi l'exercice demandé ?

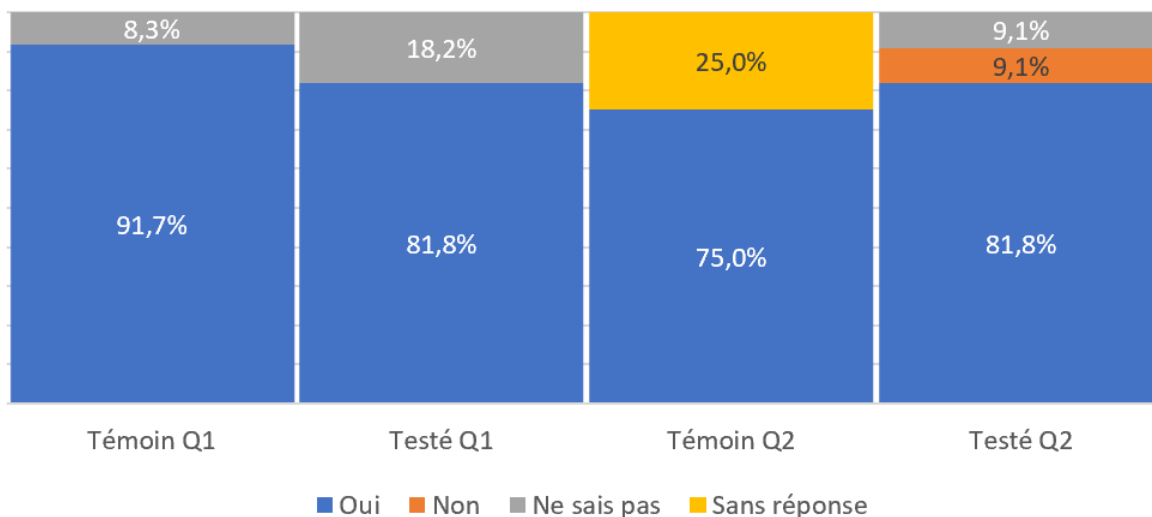


Figure 8 - Réponses à la 1^{re} question des questionnaires rétro-analytiques réparties selon les groupes « Témoin » et « Testé »

Un seul patient considère avoir échoué à l'exercice et ce, uniquement lors de la 2^e consultation, cochant, à la question concernant la difficulté principale rencontrée, la « *difficulté à se concentrer durant le traitement ostéopathique* ».

4 patients n'ont pas su juger si l'exercice avait été réalisé avec succès. Parmi eux, 3 patients ont évoqué cette réponse lors de la 1^{re} consultation. Un des patients fut perturbé par la zone ciblée car imposée à la main droite (groupe « témoin »). Les deux autres n'expriment pas de difficultés particulières. La raison pourrait être une explication de l'exercice à réaliser peu adaptée au patient. La personne ignorant si l'exercice a été correctement réalisé à la 2^e consultation fut dans l'« *incapacité à se relâcher et visualiser ses tensions internes* ».

Les « sans réponse » concernent les 3 patients exclus et perdus de vue.

2.5.3. Zones ciblées

2.5.3.1. « La main »

Parmi les zones ciblées, nous devrions retrouver autant de zones correspondant à « La main » que de patients appartenant au groupe « Témoin ». Or, seuls 7 patients sur 12 ont noté avoir ciblé « La main » dans le questionnaire rétro-analytique donnant suite à la 1^{re} consultation et seulement 4 patients sur 12 suite à la 2^e consultation. La condition préservant l'appartenance du patient au groupe « Témoin » n'est donc rempli qu'à 33 % (n = 4).

La comparaison entre les deux groupes devient désormais moins significative à partir du moment où ils se trouvent être nettement déséquilibrés.

2.5.3.2. Autre que « La main »

Pour une lecture simplifiée, les zones décrites dans le questionnaire rétro-analytique ont été raccourcies pour l'analyse. La récapitulation de ces simplifications est décrite dans le Tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 - Simplification des énoncés de réponses de la question 2

Nous lirons...	...au lieu de :
« Motif de consultation »	« La zone du motif de consultation »
« Une zone de bien-être »	« Une zone de bien-être : sensation agréable, de chaleur, de relâchement, de libération, etc. »
« Une zone traumatique »	« Une zone directement liée à un traumatisme : zone sur-stimulée suite à un choc brutal, psychologique, physique, ou les deux. »
« Une zone de mal-être »	« Une zone de mal-être: zone douloureuse, sensation d'étouffement, de compression, de brûlure, etc. »
« Une zone d'hypoesthésie »	« Une zone d'hypoesthésie : zone à perte ou diminution de sensibilité thermique ou nociceptive (douleur) ou profonde. Zone d'engourdissement, difficile d'accès par l'intéroception. »

On remarque dans le Tableau 10 que, contrairement à ce que l'on peut imaginer, les zones de focalisation dans le corps furent majoritairement liées à une « Zone de bien-être » avec un total de 16 sélections à travers les deux consultations, contre 7 sélections pour la « Zone traumatique », 6 pour la zone ciblant le « Motif de consultation » et la « Zone de mal-être ». La « Zone d'hypoesthésie » est une zone minoritairement ciblée.

Tableau 10 - Zones ciblées hors « La main » énumérées dans la question 2 du questionnaire rétro-analytique

Zone ciblée	Motif de Consultation	Zone de bien être	Zone traumatique	Zone de mal-être	Zone d'hypoesthésie
Q1	2	5	5	2	1
Q2	3	8	2	2	0
Si plus de 1 réponse :					
Q1	0	1	0	2	2
Q2	1	2	0	0	0
TOTAL	6	16	7	6	4

2. Avez-vous ciblé :

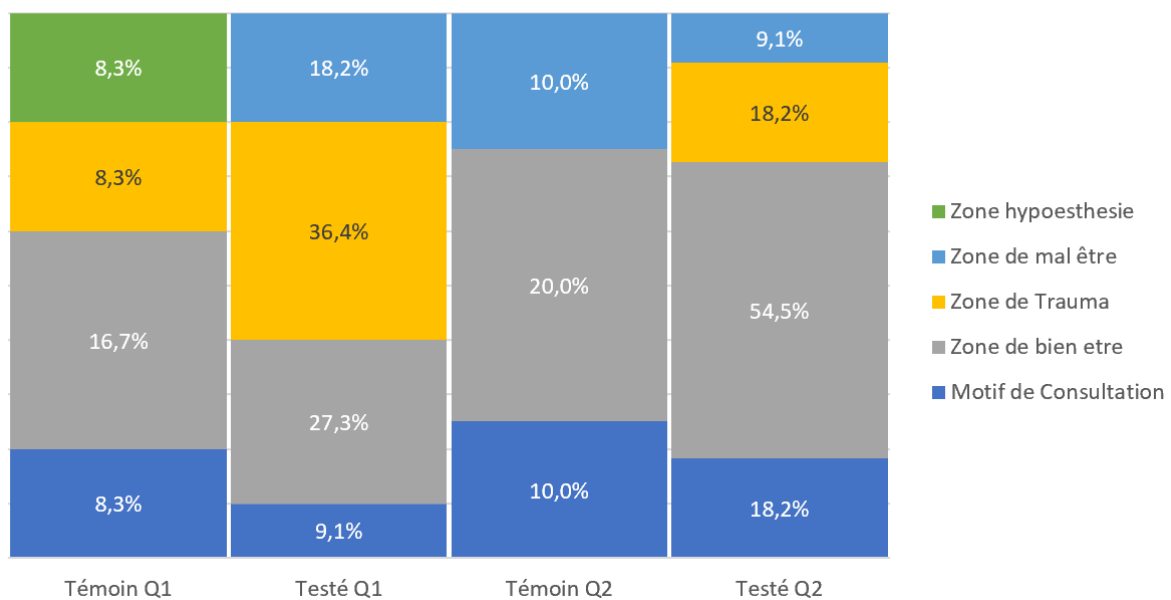


Figure 9 - Zones ciblées hors « La main » selon les groupes « Témoin » et « Testé »

2.5.4. Difficultés rencontrées lors de l'exercice

La Figure 10 illustre le peu de difficultés rencontrées d'après les patients pour mener à bien l'exercice : plus de 70 % (n = 16) des 23 patients n'ont « Pas de difficulté », tout du long de l'étude. Le « Défaut de l'envie de participer », la « Mauvaise compréhension des consignes » n'ont, selon eux, jamais impacté l'exécution de l'exercice. La « Difficulté à se concentrer durant le traitement ostéopathique » est cochée par 13 % (n = 3) de la population étudiée. Répartition entre les deux groupes équilibrée.

L'« Incapacité à se relâcher et visualiser ses tensions internes », le « Temps insuffisant » et « Autre : » ressortent chacun minoritairement. Parmi les autres difficultés est énuméré un même obstacle, celui de la zone ciblée. On cite :

Tableau 11 - Récapitulatif de la difficulté primordiale rencontrée par les patients lors de l'exercice, réponses à la question 3bis

Code Patient	Réponse
451	« Difficulté de cibler (habitude de relâcher l'ensemble avec la méditation) »
709	« Due à la zone ciblée »

3. Quelle a été LA difficulté primordiale rencontrée ?

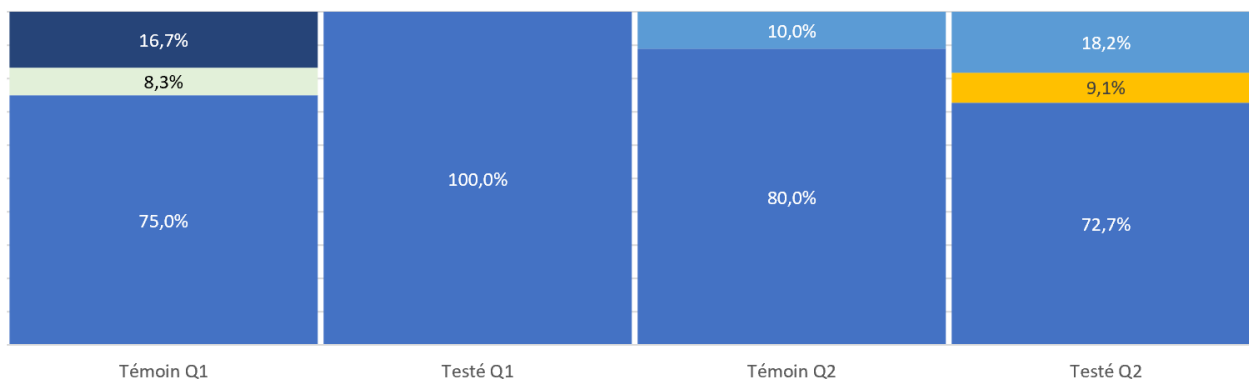
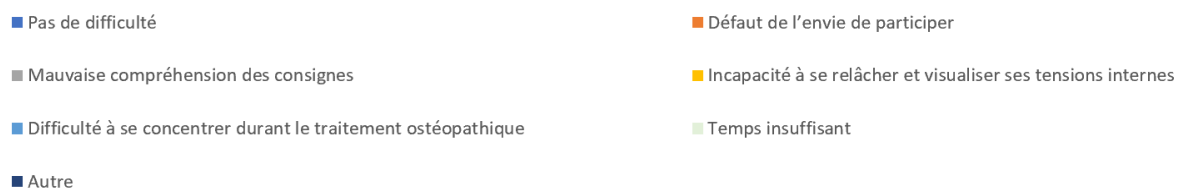


Figure 10 - Difficultés recensées selon les groupes « Témoin » et « Testé »

2.5.5. Profitabilité de cette expérience perçue par les patients

À la question 4 étudiant la perception des patients sur la potentielle profitabilité de cette expérience dans la prise en charge de tensions et/ou douleurs subies par leur corps par la suite, trois personnes ont répondu par la négative.

Le patient 333 fait remarquer dans la question suivante : « *Pas dormi pendant plusieurs nuits, donc grosse fatigue. Difficile de récupérer par la suite.* ».

La tendance générale (Figure 11) penche cependant pour une profitabilité positive de cette expérience. On dénote une répartition homogène entre les groupes « Témoin » et « Testé », avec plus de 91 % (n = 21) de réponses positives lors de la 1^{re} consultation, d'un taux de 74 % (n = 17) de réponses positives lors de la 2^e consultation.

Les « sans réponse » concernent les 3 patients exclus et perdus de vue.

4. Pensez-vous avoir tiré de cette étude une expérience profitable dans la prise en charge de tensions et/ou douleurs subies par votre corps par la suite ?

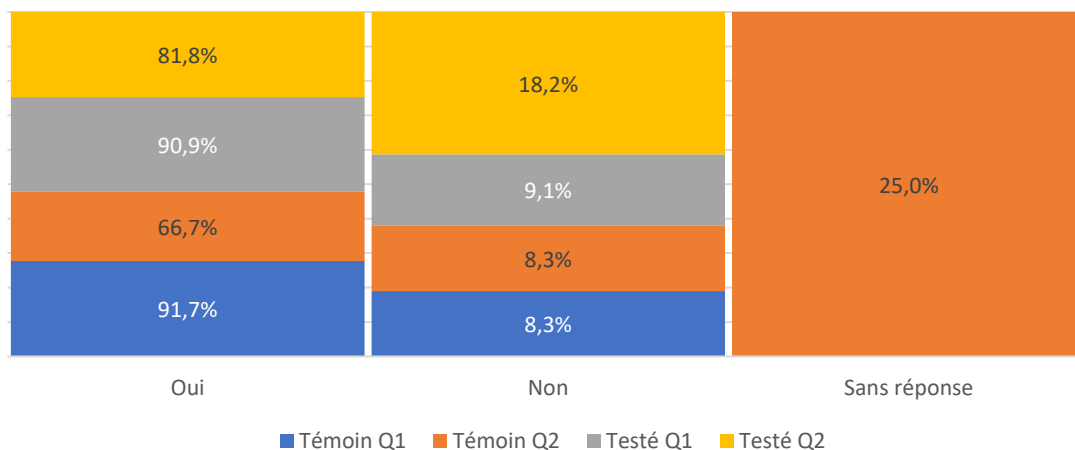


Figure 11 - Perception des patients sur la potentielle profitabilité de cette expérience dans la prise en charge de tensions et/ou douleurs subies par leur corps par la suite

71 % (n = 12) des 17 patients ayant répondu positivement, qualifient ce bénéfice. Le Tableau 12 recense les remarques libres des patients sur la réalisation de l'étude. Leur pertinence est notée par 1 = Réponse valide ; 0 = Réponse invalide. Sept remarques sur les douze exprimées soulignent l'intérêt de cette étude en la qualifiant de « bénéfique » (2 occurrences), ayant permis une prise de conscience du lien corps et esprit (4 occurrences).

Tableau 12 - Remarques libres Q5 des patients sur la réalisation de l'étude

Code Patient	Remarques libres des patients sur la réalisation de l'étude (Question 5)	Validité	Raison de l'invalidité
321	« Non, je me sens mieux après la séance. »	1	
011	« Très agréable et professionnel. Merci »	0	Évalue le praticien.
590	« Je pense que cette approche est très complète et innovante. »	1	
058	« Très agréable. Douce. »	1	
345	« Très bonnes explications, bonne mise en confiance. Très sérieuse. »	0	Évalue le praticien.
411	« Bénéfique, intéressante sur le plan physique et mental. »	1	
157	« Bénéfique pour moi. Prise de conscience sur différentes zones de tensions auxquelles je n'avais pas pensé. »	1	
367	« Plus : Lien corps/esprit »	1	
011	« Intervenant très compétent et agréable. »	0	Évalue le praticien.
590	« Très intéressant à mon niveau de rencontrer deux étudiants ayant deux mémoires qui se complètent. »	0	Évalue la richesse de profiter de deux mémoires.
157	« Diane et Florent ont finalement étiré la même zone (main droite). Poignet. »	0	Évalue le praticien.
367	« Liaison corps/esprit »	1	

2.6. Questionnaires Inter-consultation

Une majorité à 83 % (n = 19) sur les 23 patients ayant répondu au questionnaire inter-consultation remarquent une évolution de leur motif de consultation suite à la première consultation (Figure 12). Parmi eux, 53 % (n = 10) ont vu leurs symptômes s'améliorer « En mieux » et 37 % (n = 7) « En nettement mieux ». 10 % (n = 2) des patients ont ressenti une aggravation de leurs symptômes. L'amélioration de leur état de santé général (ex : sommeil, appétit, joie de vivre, etc.) concerne 42 % (n = 8) de ces patients. Le sommeil est le critère le plus marquant avec 50 % (n = 4) d'amélioration.

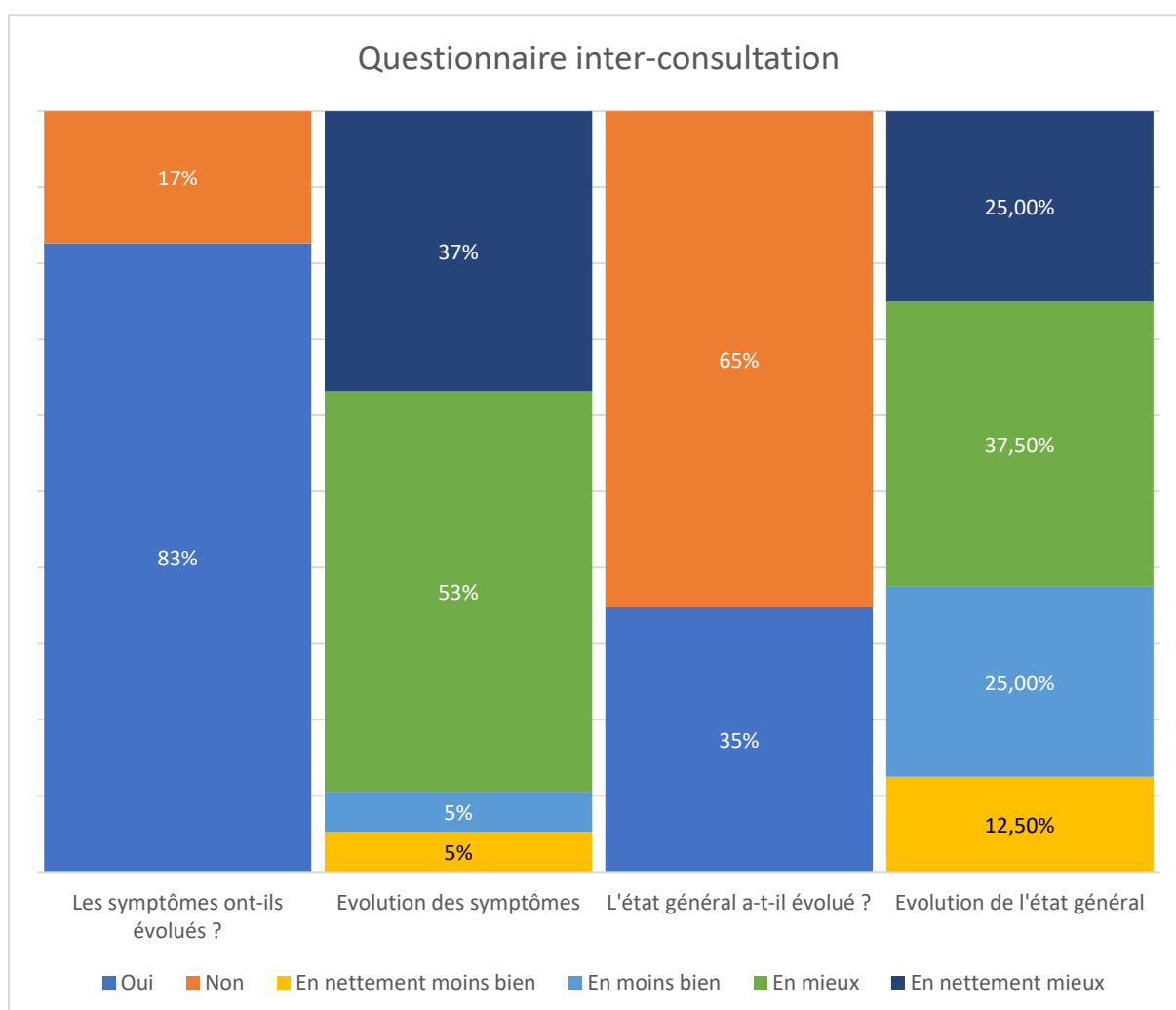


Figure 12 - Résumé des données du questionnaire inter-consultation

Parmi les 65 % (n = 15) n'observant pas de modification de leur état général de santé, certains remarquent des réactions négatives, présentées dans le Tableau 13.

Tableau 13 - Commentaires liés à la question 4 du questionnaire inter-consultation

Code Patient	Commentaires liés à la question 4
912	« Fourmillements à la main droite. »
178	« Infection urinaire »
058	« Piques de douleurs au bout du 3 ^e jour, avant de diminuer drastiquement. »

Entre les groupes « Témoin » et « Testé », notons une influence de la prise en charge ostéopathe assez homogène (Figure 13) avec cependant une légère amélioration pour le groupe « Témoin » avec 2 points de pourcentage en plus concernant l'amélioration des symptômes, et 10 points de pourcentage en plus concernant l'état général. **La valeur-p à 1 indique que les variables entre les deux bras ne représentent pas de statistiques significatives.**²³

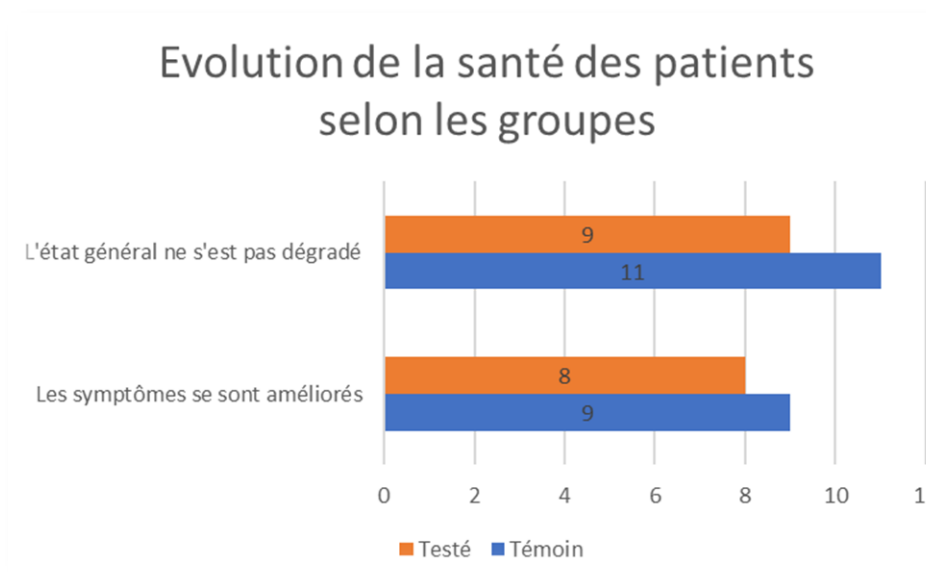


Figure 13 -Évolution de la santé des patients selon les groupes « Témoin » et « Testé »

²³ Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

À la question 5 à 7, aucune réponse par la positive n'indique un changement de traitement entre la 1^{re} et la 2^e consultation ou un changement de motif de consultation venant perturber le bon déroulement de l'étude et la distinction entre le groupe « Témoin » et « Testé ».

Deux personnes ont répondu « Non » à la question 7 par manque de disponibilité (Patient 011) et par refus de changer de praticien (Patient 345). Le patient 011 ayant été revu, le protocole a été remis à zéro aboutissant malgré tout à l'inclusion de ce patient.

2.7. ENEP

Les trois patients 321, 011 et 590 inclus dans l'étude à la deuxième relance du protocole ont également leurs premiers relevés retenus, mais non analysés.

La répartition des patients entre les praticiens B a été relativement équilibrée, avec une moyenne de 2 patients par praticien. À noter, une même praticienne aura vu 5 patients.

Pour pouvoir comparer correctement les cotations, celles du patient 411 associées à la 2^e consultation ont été modifiées de 1 pour l'osseux et 0 pour le mixte à uniquement 0 pour le mixte. Cette modification est effectuée car appuyée par la remarque libre : « *Still point pendant l'exercice, perturbe un peu la prise de données osseuses.* » impliquant une prise de donnée durant une « interruption de mouvement ».

2.7.1. Bilan global

Les cotations de la 1^{re} et 2^e consultations mettent en avant, au total, les mêmes cotations pour les tissus osseux, membraneux et mixte. Cela indique une tendance très représentative des données globales relevées.

Elles indiquent une réaction tissulaire à tendance majoritaire vers une « **Différence élevée relevée sur le tissu membraneux** » s'élevant à 33 % (n = 15) contre une « Différence légère relevée sur le tissu osseux » s'élevant à 24 % (n = 11). Un taux de 20 % (n = 9) est relevé

pour les cotations à réaction mixte avec « Différence moyenne relevée sur tous les tissus » et simple avec la « Différence moyenne relevée sur le tissu osseux ».

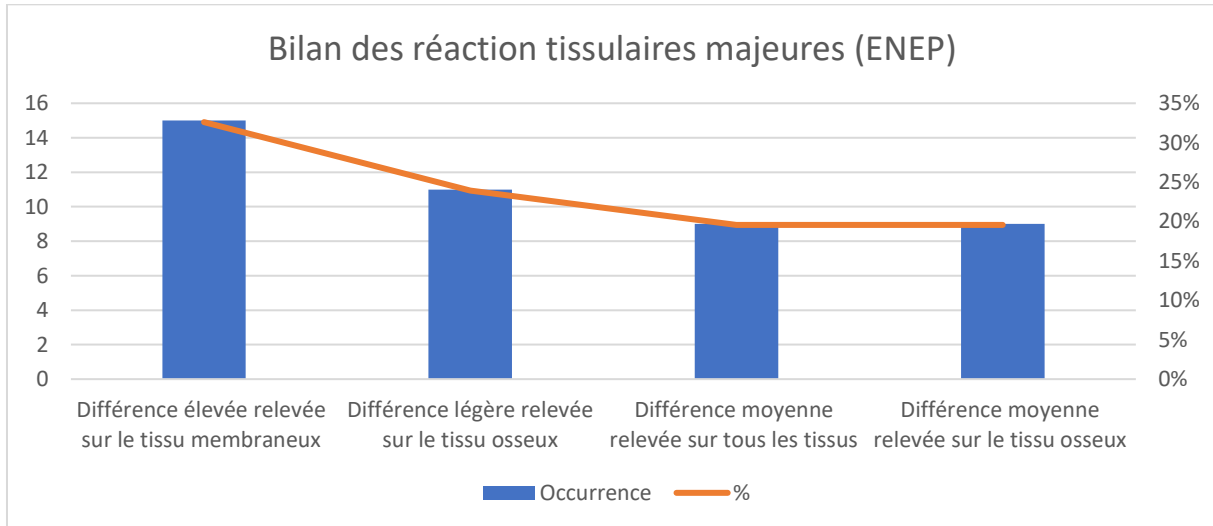


Figure 14 - Bilan des réactions tissulaires majeures (ENEP)

Seuls deux relevés mixtes à « aucune différence relevée » sont notés (Patient 411 et 367), par deux praticiens différents, tous deux lors de la 2^e consultation. Une perception tissulaire inchangée est recensée auprès du patient 367 où le praticien B a coté 0 sur l'ENEP, sans commenter. Le Patient 411 étant coté également à 0 mais contrasté par le commentaire relevant un « still point » (cf. chapitre 3.7.) implique une immobilité particulière, invalidant la cotation.

Par contre, deux relevés mixtes à « différence élevée relevée, notable sur tous les tissus, avec en plus une réaction du patient externe aux tissus » sont notés (Patients 912 et 345), par le praticien A, lors de la 1^{re} consultation.

Afin d'avoir les réelles valeurs des réactions tissulaires, osseuses et membraneuses, les valeurs des cotations mixtes ont été intégrées aux cotations simples. Le Tableau 14 résume ces valeurs en fonction des trois intensités évaluées avec l'ENEP, à savoir « légère », « moyenne » et « forte » différence. **La valeur-p à 0.0046 indique que les valeurs entre les deux relevés sont statistiquement significatives²⁴.**

²⁴ Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

Tableau 14 - Valeurs des réactions tissulaires en fonction de l'intensité de la différence relevée

Différence Intensité	Relevé Osseux	Relevé membraneux
Légère	15	7
Moyenne	18	13
Élevée	6	19

Les remarques libres accompagnant les cotations de l'ENEP font ressortir plusieurs choses. Le traitement de ces remarques est effectué par le biais d'un relevé de champs lexicaux. Pour ce faire, un code couleur est utilisé dans l'ANNEXE 16 et retranscrit dans les Tableaux A16-1 à A16-4 de cette même annexe.

Le champ lexical relevé évoquant une réaction intense est marquant dans ces remarques libres (Tableau A16-1). Il est souligné par l'utilisation fréquente du mot « très » utilisé 8 fois au total ainsi que de divers adverbes, adjectifs et expressions impliquant un changement majeur, tel que « nette », « gros », « quasi systématique », « bien plus », « grande », « croissant », « global », « puissamment », « brutal », « flagrant », « ++ », « plus », « pas du tout [...], au contraire », « surtout », soit un total de 39 références penchant vers la thématique d'une réaction intense.

Cette intensité de la réaction est illustrée par des descriptions de changements marquants par leur stimulation ou inhibition des sensations perçues à travers 45 récurrences (Tableau A16-2).

Elle est également accentuée par la rapidité de cette réaction, un champ lexical appuyé par 13 récurrences (Tableau A16-3).

Par contre, la réaction légère est moins représentée avec un champ lexical moins fourni, avec 4 récurrences, et la lenteur d'exécution moins notable, à travers 9 récurrences (Tableau A16-4).

En corrélant les patients ayant exprimé un doute ou un échec sur la réalisation de l'exercice demandé lors du questionnaire rétro-analytique avec un relevé à l'ENEP peu significatif (Tableau 15), on peut remarquer que pour 4/5^e d'entre eux, lors de la 1^{re} consultation uniquement, la lenteur d'exécution (2 occurrences) et la faible intensité des réactions tissulaires

(2 occurrences) leurs sont associées et peut justifier ces cotations, toujours mixtes, moyennes à faibles.

Tableau 15 - Corrélation question 1 du questionnaire rétro-analytique et remarques des praticiens à l'ENEP

Consultation	Code patient	Réponse question 1 du questionnaire rétro-analytique	Cotations	Remarques ENEP
1 ^{re}	156	« Je ne sais pas »	6	Aucune
	709		3	« Léger à démarrer sur les deux tissus, léger en intensité. L'osseux et le membraneux semblaient se mouvoir d'une façon similaire. »
	571		6	« Très lent à démarrer. Mais une fois le mouvement engendré, le changement a eu lieu en profondeur. »
	402		6	« Relâchement tissulaire et gain d'amplitude non constant lors de l'exercice. »
2 ^e	571	« Non »	9	« "Ca fond comme dans du beurre." Endormissement quasi systématique du patient. Membraneux sur le sternum, osseux sur le pariétal gauche. »

Cette analyse met en relief la subjectivité de cette évaluation tissulaire. Le contexte de ces cotations indique clairement que la tendance des ressentis converge vers des perceptions de changements tissulaires et vers des changements plutôt importants, que légers.

2.7.2. Bilan selon les consultations

Les doublons relevés entre les cotations de la 1^{re} et de la 2^e consultation concernent surtout des cotations mixtes. Nous pouvons considérer 1 doublon parfait et 3 cotations semblables, voir Tableau 16.

Tableau 16 - Doublons et cotations semblables entre la 1^{re} et la 2^e consultation sur l'ENEP

Code Patient	1 ^{re} consultation			2 ^e consultation		
	Cotation Relevé Osseux	Cotation Relevé Membraneux	Cotation Relevé Mixte	Cotation Relevé Osseux	Cotation Relevé Membraneux	Cotation Relevé Mixte
156	N.C	N.C	6	N.C	N.C	6
912	N.C	N.C	10	N.C	N.C	9
571	N.C	N.C	6	N.C	N.C	9
411	N.C	N.C	6	N.C	N.C	0

17 % (n = 4) de cotations similaires entre les deux consultations n'est pas un pourcentage très important. **Cela nous permet de contextualiser les pourcentages de la Figure 14 et de nuancer que les réactions tissulaires, qui semblent homogènes à l'issue des deux consultations, ne le sont cependant pas, d'une consultation à l'autre.**

Tableau 17 - Bilan des cotations de l'ENEP selon les groupes « Témoin » et « Testé »

Intensité	Relevé Osseux		Relevé membraneux	
	Témoin	Testé	Témoin	Testé
Légère	8	7	4	3
Moyenne	7	11	5	8
Élevée	3	3	9	10

Quand bien même, les différences relevées entre les deux bras, sur les deux relevés, ne sont pas significatives²⁵ avec la Valeur-p : 0.06, on peut remarquer dans le Tableau 17 que

²⁵ Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

le groupe « Testé » est le groupe **le plus réactif** en intensité moyenne et élevée à l'issue de l'exercice d'intéroception, quels que soient les groupes de praticiens, A ou B.

On peut y lire également que **le tissu membraneux** est la matrice dans laquelle **semblent se focaliser le plus fréquemment et le plus intensément les réactions tissulaires** suite à l'exercice d'intéroception. La répartition entre les deux groupes est relativement équilibrée.

2.8. Test d'ampliation thoracique

Notons tout d'abord que les données de l'ampliation thoraciques du patient 809 sont invalides du fait d'une erreur lors de la prise de données.

On note une perte moyenne sur l'ensemble consultations de 0,17 cm sur le périmètre thoracique. 45 % (n = 9) des patients sont concernés par un gain respiratoire suite aux deux consultations ostéopathiques. Parmi ces patients, la moyenne gagnée sur le périmètre thoracique est de 0,48 cm.

On constate une opposition marquée entre les 2 consultations. Les relevés de la 1^{re} consultation notent un gain majoritairement expiratoire à 68 % (n = 15). Au contraire, les relevés de la 2^e consultation notent un gain majoritairement inspiratoire à 60 % (n = 12).

Les pourcentages de patients ayant bénéficié d'une capacité respiratoire améliorée lors des deux consultations se trouvent, eux, plus équilibrés, avec respectivement 50 % (n = 11) et 40 % (n = 8) pour la 1^{ère} et la 2^e consultation. Leur gain respiratoire ne compense cependant pas la perte moyenne relevée par consultation sur le périmètre thoracique.

Remarque : le groupe « Testé », à l'exception des mesures inspiratoires lors de la 2^e consultation, comptabilise une moindre perte, voire un gain, en centimètres, que le groupe « Témoin ».

On peut distinguer sur la Figure 15 la ligne de la médiane entre les deux médianes des données « Gain RESPI TOTAL » des groupes « Témoin » et « Testé » qui indique **une médiane supérieure pour le groupe « Testé »** à - 0,1 cm avec un peu moins de la moitié

présentant un gain respiratoire. L'étendue de ce même groupe pour ces mêmes données est inférieure à celle du groupe « Témoin » avec un écart interquartile plus faible, soit **des mesures plus homogènes**.

Il est très intéressant de relever également dans la Figure 15 que les patients dans le groupe « Testé » ont présenté un gain respiratoire plus marqué que chez les patients du groupe « Témoin » et d'une manière plus fiable.

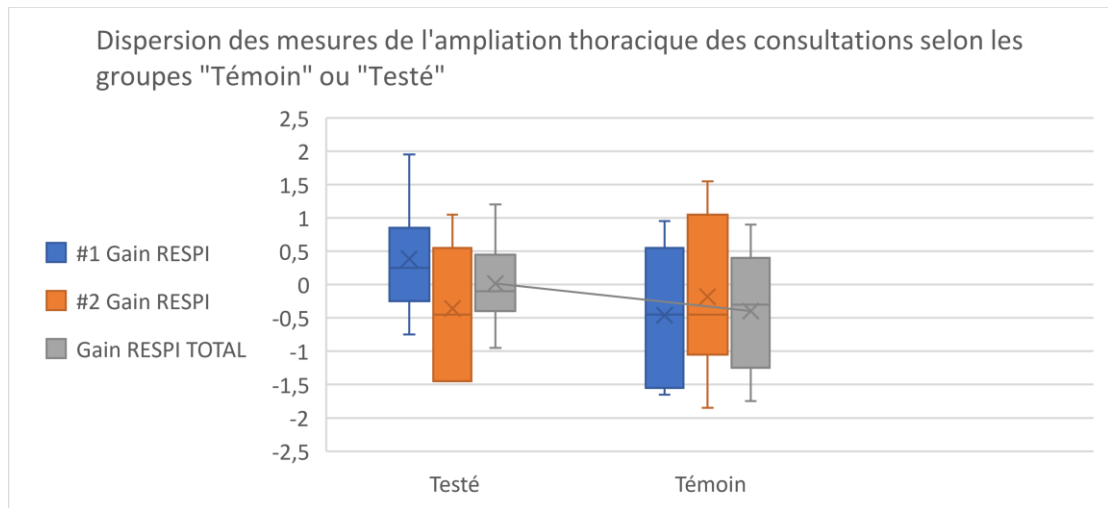


Figure 15 - Dispersion des mesures de l'ampliation thoracique des consultations selon les groupes "Témoin" ou "Testé"

Pour savoir ce qu'il en est entre les deux bras étudiés, le test non paramétrique de Wilcoxon²⁶ nous permet de savoir, si oui ou non, la différence est significative entre les moyennes du groupe « Témoin » et du groupe « Testé ».

À savoir :

$$H_0 = Me_{Tm} = Me_{Te}$$

$$H_1 = Me_{Tm} \neq Me_{Te}$$

Avec :

Me_{Tm} = Moyennes du « Gain TOTAL RESPI » du groupe « Témoin ».

Me_{Te} = Moyennes du « Gain TOTAL RESPI » du groupe « Testé ».

²⁶ Méthode : Wilcoxon rank sum test with continuity correction; Alternative :two.sided

Ainsi, la valeur-p de 0.21 sur la statistique observée $Q_{obs} : 170$ indique que les différences entre les valeurs des moyennes des deux bras ne sont pas statistiquement différentes.

Ce même test peut nous permettre de répondre à la question si les valeurs des moyennes de la 1^{re} consultation sont significativement différentes de celles du groupe « Témoin ».

Me_1 = Moyennes du « Gain TOTAL RESPI » de la 1^{re} consultation.

Me_2 = Moyennes du « Gain TOTAL RESPI » de la 2^e consultation.

Une valeur-p de 0.43 sur la statistique observée $Q_{obs} : 251.5$. De même, cette valeur-p indique que les valeurs des moyennes des deux bras ne sont pas statistiquement différentes.

On peut en conclure que les différences des relevés des tests de l'ampliation thoracique ne sont pas statistiquement significatives, ni entre les deux bras, ni inter-consultation.

On peut avancer malgré tout que les séances de pratique courante d'ostéopathie couplées à l'intéroception, avec ou sans contraintes, semblent avoir un impact positif sur la capacité vitale pulmonaire et par conséquent les variations des volumes et des pressions de la cage thoracique, pour 45 % (n = 9) de la population ciblée.

2.9. L'analyse complexe

Ce qui va nous intéresser sera la corrélation possible entre les patients ayant eu une capacité vitale pulmonaire augmentée et les patients ayant présenté une réaction au niveau des tissus avec amélioration des symptômes et de l'état général.

Notons que parmi les 4 témoins ayant correctement rempli le questionnaire rétro-analytique en cochant pour la zone ciblée « la main », que seul 1 patient perçoit une amélioration de sa capacité vitale pulmonaire et de ses symptômes (Patient 451).

Le patient 011 ressent une nette amélioration de ses symptômes et le patient 590 une amélioration « en mieux » de ses symptômes et de son état de santé global. Le patient 709 ne remarque aucune évolution.

Sur la totalité de la population étudiée, 30 % (n = 7) perçoivent une amélioration simultanément sur le plan respiratoire, symptomatique et global (Tableau 18). 3 appartenant au groupe « Testé » et 4 au groupe « Témoin ».

Tableau 18 - Cumul des bénéfices des patients durant l'étude

Code Patients	Gain RESPI	Amélioration des symptômes		Amélioration de l'état de santé général		Cumul des bénéfices
		« En mieux »	« En nettement mieux »	« En mieux »	« En nettement mieux »	
451	1	1				2
333	1	1				2
912	1	1				2
058	1		2	1		4
567	1		2		2	5
157	1	1				2
367	1	1				2

La corrélation de ces résultats avec les réactions relevées au niveau tissulaire dévoile un lien notable.

Parmi les patients cumulant le plus de bénéfices, on retrouve un patient de chaque groupe. Les deux patients 058 et 567 réagissent très rapidement à la suite de l'intéroception.

On retrouve le patient témoin 912 aux cotations similaires (Tableau 13) entre les praticiens A et B et aux réactions tissulaires mixtes importantes qualifiées par de « *Gros tremblements des membres inférieurs.* » par le praticien A et par une « *Sensation de "vie" dans*

les tissus du crâne. Gonflement, respiration ample et rapide aussi bien en osseux qu'en membraneux. » par le 2^e praticien.

Le patient témoin 157 réagit avec un relâchement moyen à fort auprès des deux tissus.

Le patient testé 367 répond lentement mais, tout comme le 058, 333 et le 451, essentiellement au niveau du tissu membraneux et de manière importante (cotation 8).

Les patients témoin 451 et testé 333 ont une réponse, respectivement, « *brutale* » et accompagnée de « *Sensation de mal croissant pendant les 10 premières secondes.* ».

3. Discussion

3.1. Synthèse des résultats

3.1.1. De l'étude principale

Pour rappel, les résultats de l'étude principale, basés sur une analyse ITT, portent sur une population étudiée de 20 patients sur les 23 patients inclus et sont issus d'une collaboration de 11 praticiens. 2 bras d'études ont été départagés : « Témoin » et « Testé ».

Avant toute discussion, il est important de noter que les statistiques avancées dans cette étude principale s'expriment par des statistiques majoritairement non significatives. Ajoutons à cela la condition du groupe « Témoin » semblant ne pas avoir été correctement validée à travers les questionnaires rétro-analytiques où « la main » n'a été cochée que 4 fois sur 12. Probablement, la notion positive à associer avec la zone à cibler « Structure et fonction saine de la zone » a déteint sur les réponses des patients qui ont coché des réponses qualifiant leur intéroception sur la main. Malheureusement, cette hypothèse ne sera pas vérifiable.

« La médecine empirique et expérimentale ne sont point incompatibles ; elles doivent être au contraire inséparables l'une de l'autre »

Claude Bernard

Cependant, il est également important de retenir que les résultats exposés semblent révéler certaines tendances intéressantes à approfondir.

La contextualisation de ces données expose un exercice d'intéroception plutôt considéré comme « réussi » par les patients, tous groupes confondus, sans difficultés particulières. La zone de focalisation libre choisie par les patients se révèle être majoritairement une « zone de bien-être » et secondairement une « zone traumatique ».

La majorité des patients ont considéré cette approche du soin comme étant profitable pour la prise en charge de leur santé en notant, au sein des deux bras étudiés, une évolution plutôt bénéfique de leurs symptômes et de leur état général. On attirera

l'attention sur le fait que, s'il y a évolution de l'état de santé général, celle-ci est le plus souvent perçue au niveau du sommeil.

Un rapprochement pourrait être fait avec le mémoire de Vicky Kouwenhoven [34] portant sur le « lien entre système crânio-sacré, qualité de vie et bonheur » qui dévoile un lien entre le rythme, l'amplitude et le synchronisme perçu lors d'une prise crânio-sacrée et le bonheur.

On peut nuancer qu'une minorité de patients cumule les bénéfices sur les critères illustrant la santé au moment « M » par les symptômes, l'état général et le gain respiratoire et l'on peut constater, au sein de cette minorité, une répartition, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, quasi équitable entre les groupes « Témoin » et « Testé ».

On note donc peu de distinction entre ces deux groupes sur le fond de l'étude du point de vue des patients.

En ce qui concerne les résultats provenant des praticiens, les groupes se distinguent subtilement.

On retiendra que le tissu membraneux est la matrice dans laquelle semble se focaliser le plus fréquemment et le plus intensément les réactions tissulaires suite à l'exercice d'intéroception. Le tissu osseux arrivant en 2^e position avec une intensité moyenne.

Ces statistiques se répartissent entre les deux groupes d'une manière relativement équilibrée avec une tendance légèrement plus marquée au sein du groupe « Testé ».

Plusieurs réflexions peuvent être émises :

- Quel que soit l'endroit de focalisation de l'exercice, ce dernier permet une réaction tissulaire importante.
- La grande majorité des patients étant droitiers, la focalisation sur la main droite permet de résorber ou de faire travailler des zones de tensions ou charnières pour le restant du corps.

- Les consignes déterminant les groupes ne semblant pas avoir été respectées, on peut supposer que la frontière entre les deux groupes est compromise et compromet ainsi la lecture des chiffres.
- Le cumul de ces théories est possible.

Les patients dans le groupe « Testé » ont présenté un gain respiratoire plus marqué que chez les patients du groupe « Témoin » et d'une manière plus fiable.

3.1.2. Du sondage

En ce qui concerne le sondage, nous retenons qu'il y a ambiguïté sur le terme de « puissance ». Il est vrai que cette notion nous a été évoquée lors d'un cours de 4^e année. Cette notion semble se rapprocher de celle de W. G. Sutherland évoquant le terme de « Potency » associé au concept de « Souffle de Vie », repris entre autres par Rollin E. Becker. Sa définition aurait probablement modifié les statistiques liées à sa réputation que l'on peut deviner à travers certains termes proposés pour qualifier une écoute ostéopathique (ANNEXE 12 et 13).

3.2. Biais

3.2.1. Méthodologie et matériel

- Il semblerait que les questionnaires rétro-analytiques auraient dû être plus explicites, la question 2 compromettant la bonne réalisation de l'étude à cohorte comparative.
- L'analyse de l'ampliation thoracique, même avec la marge d'erreur appliquée, reste une donnée difficile à analyser. La représentation d'un centimètre en influx respiratoire est-elle exponentielle, ou pas ? Les conclusions que l'on en tire peuvent paraître simplistes.
- Le manque de population étudiée est un biais indéniable. Un minimum de 30 personnes serait souhaitable.

3.2.2. Subjectivité

- Subjectivité du praticien lors de la relève des données palpatoires :
 - Propre à la perception du praticien : affinités avec certains types d'approche de traitement, peurs, attentes, incompréhensions des concepts et des règles.
→ Elle a été minimisée par le SVEP et par le choix du type d'étude adopté de cross-over en simple aveugle.
 - Propre à l'évolution de l'expérience du praticien sur la durée de l'étude.
- Subjectivité du patient en fonction de sa réceptivité à l'expérience, en fonction de son contexte biopsychosocial lors de l'autoévaluation de sa santé.

3.2.3. Le biopsychosocial

- « Période de sevrage » obsolète car le patient restera « changé » suite à la 1^{ère} consultation.
- Le placebo dispose d'une place privilégiée parmi les biais de ce type d'étude. Il a été calculé qu'il serait approximativement de l'ordre 75 %.²⁷

3.3. Ouverture

Ce que les philosophes du XXI^e siècle appellent “The Hard Problem of Consciousness”²⁸ [36] est le mastodonte que l'on souhaite aborder scientifiquement. Pour se faire accepter par le monde de la science, il nécessite un travail de grande rigueur tellement cette dimension implique une riche complexité d'interactions, d'autant plus que les praticiens en ostéopathie l'approchent par le biais de leurs propres perceptions.

²⁷ Bien résumé dans l'article du blog [35] de Laurent Fabre, ostéopathe DO, enseignant, conférencier et auteur, entre autres.

²⁸ Inventé par David Chalmers en 1995-1996 et traduit en français par : « problème difficile de la conscience ».

Un travail qualitatif plus poussé et précis serait donc intéressant afin de quantifier et qualifier l'ampleur du potentiel étudié dans ce mémoire. Il serait intéressant de réitérer l'expérience sur un temps d'étude plus long et sur une population plus élevée.

Plusieurs orientations de développement sont possibles.

Cibler des zones du corps primordiales dans le développement psychique et physique. Une proposition, peu explorée durant le cursus ostéopathique, n'affectant pas les organes vitaux, toujours un peu inquiétant à aborder par le lâcher prise, pourrait être l'ombilic. Il semble réunir de nombreux points clés évoqués dans cette étude, à la frontière de l'émotionnel et du matériel :

- Pivot de la croissance embryonnaire et fœtale, axe autour duquel l'embryon orbite s'enroule et se déroule.
- En lien direct et profond avec la mère.
- Crucial de par son rôle nourricier et protecteur.
- Mécaniquement lié et relié au développement des viscères et du système digestif.
- Mécaniquement lié et relié au développement immunitaire, aujourd'hui au cœur de la recherche sur les cellules souches hématopoïétiques [\[37\]](#)²⁹.

Une autre voie de développement serait de tenter d'objectiver un peu plus cette étude en préservant le même axe de recherche. Un exemple de méthodologie pouvant illustrer cette réflexion pourrait être la suivante :

- Un box est dédié à un praticien qui ferait une écoute ostéopathique d'une zone à traiter suivant le diagnostic ostéopathique établi.
- Les patients passeraient une demi-heure par box, soit effectueront 2 box en une heure.
- Les patients durant le quart d'heure noteraient les minutes auxquelles ils auront effectué un exercice mental à étudier, par exemple : projeter une vision saine d'une partie du corps, tenter de ressentir et de visualiser une partie désensibilisée de leur corps, etc.

²⁹ Les laboratoires d'EuroStemCell mais aussi la médecine traditionnelle chinoise à travers le Qi Gong (Shen Que, le point 8 Ren Mai, « perte de l'esprit ») exploitent ce lien.

- Les praticiens noteraient les minutes durant lesquelles ils auront ressenti un changement à un certain niveau tissulaire étudié* et qualifieraient cette dernière.

* Le sondage a montré que 95 % des 200 sondés étaient familiers avec le toucher liquidien. Les fluides semblant être désignés comme étant le lit de la force vitale liant le corps et l'esprit³⁰, il pourrait être judicieux de cibler l'écoute sur ce dernier.

Ainsi, une corrélation entre les informations du praticien et du patient pourrait être faite entre la réaction tissulaire et les focalisations diverses de l'esprit du patient. Une amélioration de la zone ciblée par le diagnostic ostéopathique pourrait interroger sur la raison de ce bénéfice : Serait-il dû uniquement à la réaction liée au traitement proposé par le praticien ou à l'action combinée du patient ?

Une autre approche de développement très intéressante pourrait mettre l'accent sur l'aspect de l'autoguérison. Il semblerait que, de prime abord, l'étude quantitative ne serait pas la plus optimale. Une pré-étude qualitative où le patient et le praticien appliqueraient la méthodologie de ce mémoire d'une manière adaptée, à savoir un temps d'intéroception libre, sans contrainte, plus long, en résonance avec une écoute passive du praticien à différents endroits clés de la personne selon le diagnostic ostéopathique, serait intéressante. Il serait judicieux de réaliser cette pré-étude sur des personnes atteintes de lésions organiques établies, comparables et reproductibles.

Cette liste de propositions de voies de développement est non-exhaustive, beaucoup d'autres alternatives sont envisageables dans le but de quantifier et de qualifier à travers l'ostéopathie ce lien corps-esprit et son étroite relation avec l'homéostasie.

Les études portées sur la croissance post-traumatique (CPT)³¹ confortent cette relation notant l'effet stimulant et protecteur de l'optimisme, l'espoir et la spiritualité [38]. La plasticité cellulaire semble être à portée de notre état d'être. Une harmonie entre les concepts évoqués par Rachel Brooks dans l'avant-propos du livre *Anatomie de la puissance vitale* (2001) de Nicholas Handoll : « *des concepts linéaires, émergeant d'un raisonnement logique et des concepts non linéaires, pouvant nécessiter sauts de raisonnement, croyance et intuition* ».

³⁰ Étudié dans le mémoire de Maxime Richard [14].

³¹ « La CPT désigne tous les changements psychologiques positifs qui apparaissent à la suite d'une exposition à un traumatisme majeur. » selon la Revue de la littérature « *La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française* Post-traumatic growth: Some conceptual considerations » ; L'Encéphale, Volume 47, Issue 2, April 2021, Pages 143-150.

CONCLUSION

Nous souhaitons qualifier et quantifier le lien corps-esprit à travers l'écoute ostéopathique. Nous cherchions à vérifier comment un exercice d'intéroception, avec ou sans contraintes, pouvait impacter la prise en charge ostéopathique.

Au vu de ces résultats, nous ne sommes pas en mesure de faire des liens de causalité sur le fait que la méditation consciente permette une optimisation thérapeutique de la prise en charge ostéopathique. **Nous pouvons cependant corrélér ces résultats à une tendance penchant vers cette hypothèse.**

Toutefois, nous pouvons établir une forte corrélation (**valeur-p : 0,0046**) entre la réaction tissulaire élevée sur le plan membranaire et moyenne sur le plan osseux, surtout lors d'un exercice d'intéroception exempte de contraintes (groupe « Testé »). **Plus le patient semble libre dans le choix de ses focalisations, plus elles semblent s'exprimer, et ce majoritairement sur la matrice membranaire.**

Alors, que pourrait représenter cette matrice dans le lien corps-esprit ?

Est-ce un tissu directement réceptif de ce « mouvement » de A. T. Still, de ce « souffle de Vie », ce principe de « puissance vitale » de W. G. Sutherland, de l'œil du cyclone de R. E. Becker, ou est-ce une matrice se rapprochant un peu plus de cette frontière palpable et non palpable de communication entre le corps et l'esprit, entre la matière et l'énergie ?

Franklyn Sills [\[39\]](#) écrit :

« Dans son observation de processus de guérison, Sutherland nous décrit que le Souffle de Vie génère la respiration primaire, le principe organisateur fondamental du système humain, qui a des attributs d'intégration physiologique et de guérison. Il nota une impulsion rythmique subtile qui est palpable par des esprits sensibles à travers tout le corps. Puis en explorant cette impulsion, il réalisa qu'il ressentait une motilité de base, ou un mouvement inhérent, qui était généré par ce qu'il nomma la puissance vitale (potency) du Souffle de Vie. Cette puissance vitale ou force de vie était perçue comme imprégnant les fluides, les cellules et les tissus du corps, maintenant l'ordre et orchestrant des processus curatifs. »

Rappelons que le tissu membranaire semble être un support pour les fluides.

Si l'on considère la place de l'épigénétique³², le recodage génétique peut être envisageable par l'esprit, agissant sur la matière, pour tendre vers une évolution plus saine et optimale du corps dans son environnement. Mais jusqu'à quelle « lésion »³³ peut-elle agir grâce à cette pratique ? Se limite-t-elle au rétablissement de « dysfonctions » ostéopathiques, présentes au moment « M » ou induit-elle des modifications épigénétiques pérennes ?

Parlant du liquide céphalo-rachidien, R. E. Becker³⁴ disait lors d'une conférence dédiée à W. G. Sutherland : « *La guérison survient lorsque les tissus malades qui se sont trouvés coupés de cet apport se retrouvent à nouveau irrigués par lui.* ». Peut-on en déduire que lorsque l'esprit conscientise une zone du corps, ce dernier « subit » un afflux d'irrigation induisant une guérison potentielle ? Cela s'accorderait avec l'image de l'irrigation des champs asséchés de A. T. Still ou encore avec l'importance que E. Blehschmidt accorde aux liquides.

Pour conclure, cette étude évoque une corrélation entre l'intéroception du patient et l'optimisation de son traitement ostéopathique, un lien semblant s'exprimer intensément et majoritairement à travers le tissu membranaire.

Explorer davantage cette corrélation est toutefois nécessaire avant de pouvoir informer les patients qu'une conscientisation de leur corps possède un intérêt thérapeutique.

³² Définit par l'embryologiste écossais Conrad Waddington en 1940 comme le lien entre le génotype, l'ensemble des gènes, et le phénotype, l'ensemble des caractères exprimés.

³³ Concept de Still.

³⁴ Becker R. La vie en mouvement. Vannes: Sully; 2012, 50-71.

BIBLIOGRAPHIE

De la page de garde :

[0] **Marianne Williamson.** A Return to Love : Reflections on the Principles of A Course in Miracles. éd. Harper Collins ; 1992. [cité le 22 mars 2021]. Disponible :

<https://www.personalgrowthcourses.net/stories/williamson.ourdeepestfear.invitation>

Des remerciements :

[1] **Patrick GHOSSOUB.** La résilience tissulaire : L'essence du toucher thérapeutique au centre des traditions ostéopathique, ayurvédique et chinoise. 04875180188 éd. Ville: Maison d'édition Dangles; 2016.

De l'introduction :

[2] **Légifrance.** Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. Disponible :

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/12/AFSH1427626D/jo/article_3

[3] **Pierre Tricot.** Approche tissulaire de l'ostéopathie [En ligne]. Granville ; 1999 [cité le 27 avril 2019]. Disponible: <https://approche-tissulaire.fr/formateurs/59-pierre-tricot.html>

[4] **CNRTL.** Site Internet CNRTL [En ligne]. Nancy: Centre National de Recherche Textuel et Lexical; Lexicographie [cité le 19 décembre 2019]. Disponible:

<https://www.cnrtl.fr/definition/globalit%C3%A9>

[5] **CNRTL**. Site Internet CNRTL [En ligne]. Nancy: Centre National de Recherche Textuel et Lexical; Lexicographie [cité le 19 décembre 2019]. Disponible:

<https://www.cnrtl.fr/definition/unit%C3%A9>

[6] **Marie Eckert**. Le concept de globalité en ostéopathie. éd. Bruxelles : De Boeck Université; 2012. P. 4-29.

[7] **Platon**. Alcibiade, 129a-129^e. [En ligne]. [cité le 09 juin 2020]. Disponible:

<http://www.roseaupensant.fr/pages/textes/textes-sur-l-esprit-et-la-matiere/platon-la-distinction-de-l-ame-et-du-corps.html>

[8] **Descartes**. 6^{ème} méditation métaphysique. [En ligne] ; [cité le 09 juin 2020]. Disponible:

<http://www.roseaupensant.fr/pages/textes/textes-sur-l-esprit-et-la-matiere/descartes-le-dualisme-de-l-ame-et-du-corps-argument-de-l-indivisibilite.html>

[9] **Lucrèce**. Livre premier. L'univers et les systèmes. Vers 280. Dans: De natura rerum : livre I [En ligne]. [cité le 25 avril 2019]. Disponible:

<http://remacl.org/bloodwolf/philosophes/Lucrece/livre1a.htm>

[10] **A. T. Still**. Philosophy of Osteopathy : The opinions of others. [En ligne]. éd. Kirsville: A. T. STILL ; 1899 [cité le 29 avril 2019]. Disponible:

<http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/still2/st2ch1.html#THE%20OPINIONS%20OF%20OTHERS>.

[11] **A. T. Still**. Autobiographie. Vannes: Sully; 1998. p. 208.

[12] **Richard D. Lane, Shari R. Waldstein, Hugo D. Critchley, Stuart W. G. Derbyshire, Douglas A. Drossman, Tor D. Wager et al.** The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part I: Historical Context, Methods, and Relevant Basic Science et Part II: Clinical Applications and Implications for Research. Psychosom Med. [En ligne]. 2009 [cité le 21 juin 2021]; (71):117–134. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31819783be et DOI: 10.1097/PSY.0b013e318198a11f

[13] **Thierry Janssen**. La solution intérieure : Vers la nouvelle médecine du corps et de l'esprit. 2030946 éd. Paris: Fayard; 2017.

[14] **Maxime Richard**. Le Souffle de Vie : Une autre vision du mécanisme respiratoire primaire [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathie]. Labège: Institut Toulousain d'Ostéopathie; 2021.

[15] **EuroStemCell**. Régénération: qu'est-ce que c'est et comment ça marche? [En ligne]. Édinburgh: Eurostemcell; 2020 [cité le 09 juin 2020]. Disponible: <https://www.eurostemcell.org/fr/regeneration-quest-ce-que-cest-et-comment-ca-marche>

[16] **Rollin E. Becker, Margaret W. Barnes** directeur. Diagnostic touch: its principles and application : Three Problems. : The Academy of Applied Osteopathy affilié avec The American Osteopathic Association éd. California ; 1963.

[17] **Claire Borrien**. Comparaison de deux phénomènes rythmiques perçus dans le champ crânien [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathie]. Labège: Institut Toulousain d'Ostéopathie; 2011.

[18] **Jean-Charles LAMY**. Bases neurophysiologiques de la proprioception [En ligne]. Paris: Kinésithérapie Scientifique. 2006; (472): 15.

[19] **Société les Éditions Larousse**. Site Internet Larousse [En ligne]. Paris: Larousse; Dictionnaire de français Larousse; [cité le 28 avril 2019]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9roception/43786?q=int%C3%A9roception#43709>

[20] **Société les Éditions Larousse**. Site Internet Larousse [En ligne]. Paris: Larousse; Dictionnaire de français Larousse; [cité le 11 janvier 2020]. Disponible: <https://larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9sence/63686?q=pr%C3%A9sence#62969>

[21] **Société les Éditions Larousse**. Site Internet Larousse [En ligne]. Paris: Larousse; Dictionnaire de français Larousse; [cité le 23 janvier 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attention/6247>

[22] **CNRTL**. Site Internet CNRTL [En ligne]. Nancy: Centre National de Recherche Textuel et Lexical; Lexicographie [cité le 24 janvier 2019]. Disponible: <https://www.cnrtl.fr/definition/intention>

[23] **Société les Éditions Larousse.** Site Internet Larousse [En ligne]. Paris: Larousse; Dictionnaire de français Larousse; [cité le 24 janvier 2020]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intention/43587>

[24] **Henri Bergson.** Les Deux Sources de la morale et de la religion. éd. Paris : PUF;1932. P. 21

[25] **Rollin E. Becker. Rachel Brooks** directeur. La vie en mouvement : La vision ostéopathique de Rollin E. BECKER. 9782354320843 éd. Ivry-sur-Seine: Sully; 2012.

[26] **Rollin E. Becker, Margaret W. Barnes** directeur. Diagnostic touch: its principles and application : Three Problems. : The Academy of Applied Osteopathy affilié avec The American Osteopathic Association éd. California ; 1963.

[27] **Thierry Janssen.** Présence à soi : la clé d'un vrai changement [En ligne]. Reims: Quantique planète; 2015 [cité le 28 avril 2019]. Vidéo. Disponible: <http://www.quantiquemedia.com/videos/dr-thierry-janssen/presence-soi-cle-vrai-changement>

[28] **A. T. Still.** Philosophy of Osteopathy : Cerebro spinal fluid. [En ligne]. éd. Kirsville: A. T. STILL; 1899 [cité le 29 avril 2019]. Disponible: [http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/still2/st2ch2.html#CEREBRO %20SPINAL %20FLUID](http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/still2/st2ch2.html#CEREBRO%20SPINAL%20FLUID)

[29] **A. T. Still.** Philosophy of Osteopathy : The practicing osteopath's guide. [En ligne]. éd. Kirsville: A. T. STILL; 1899 [cité le 29 avril 2019]. Disponible: [http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/still2/st2ch1.html#THE %20PRACTICING %20OSTEOPATH'S %20GUIDE](http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/still2/st2ch1.html#THE%20PRACTICING%20OSTEOPATH'S%20GUIDE)

[30] **L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Service des Recommandations et Références Professionnelles.** Évaluation et suivi de la douleur Chronique chez l'adulte en médecine Ambulatoire. [En ligne] Février 1999 [Cité le 10 fév. 2020]. Disponible : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>

[31] **Collège Français des Pathologistes (CoPath).** La réaction inflammatoire. Les Inflammations. [En ligne]. éd. Angers: CoPath; 2011-2012. [cité le 19 décembre 2019]. Disponible: http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_3/site/html/cours.pdf

De la méthodologie :

[32] **Pascal Gouilly, Benjamin Reggiori, Pierre Louis Gnos, Olivier Schuh, Karine Muller, Aïnara Dominguez.** À propos de la mesure de l'ampliation thoracique / On measuring thoracic expansion. Kinésithérapie, la Revue. Avril 2009;Volume(9):49-55. doi: [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70808-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70808-3)

Des résultats :

[33] **Insee.** Site Internet Insee [En ligne]. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; PCS 2003 [cité le 11 mars 2021]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>

De la discussion :

[34] **Vicky Kouwenhoven.** Lien entre système crânio-sacré, qualité de vie et bonheur : Quel est l'impact des altérations du système crânio-sacré sur la perception subjective du bonheur et de la qualité de vie ? [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathie]. Labège: Institut Toulousain d'Ostéopathie; 2021.

[35] **Laurent Fabre.** Améliorer l'efficacité de vos techniques manuelles en étant conscient de l'effet placebo : effets spécifiques et non spécifiques. Gestion de la douleur en Thérapie Manuelle. Analyse critique de nos pratiques appuyée sur les neurosciences [En ligne]; Blog Wordpress; 2017 [cité le 18 mars 2021]. Disponible: <https://gestiondeladouleurenthripiemanuelle.wordpress.com/2017/12/23/effets-specifiques-et-non-specifiques-de-la-therapie-manuelle-quelle-est-la-part-du-placebo-comment-ameliorer-lefficacite-de-nos-techniques/>

[36] **Josh Weisberg**. The Internet Encyclopedia of Philosophy (IEP) ISSN 2161-0002 [En ligne]. Tennessee: James Fieser; 1995. The Hard Problem of Consciousness; [cité le 21 juin 2021]. Disponible: <https://iep.utm.edu/hard-con/>

[37] **Laurent Fabre**. Blog Wordpress [En ligne]. Laurent Fabre; 2017. Gestion de la douleur en Thérapie Manuelle - Analyse critique de nos pratiques appuyée sur les neurosciences [cité le 18 mars 2021]. Disponible: <https://gestiondeladouleurenthapiemanuelle.wordpress.com/2017/12/23/effets-specifiques-et-non-specifiques-de-la-therapie-manuelle-quelle-est-la-part-du-placebo-comment-ameliorer-lefficacite-de-nos-techniques/>

[38] **Annina Seiler and Josef Jenewein**. Resilience in Cancer Patients [En ligne]. Front. Psychiatry. 2019;10:208. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00208

De la conclusion :

[39] **Franklyn Sills**. Fondements de biodynamique crânio-sacrée. Volume 1, Le Souffle de vie et les Compétences fondamentales. 972354322403 éd. Ivry-sur-Seine: Sully; 2019

RÉSUMÉ

L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE DU PATIENT DURANT SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Quantifier et qualifier l'intervention du patient par sa focalisation sur ses tissus à travers l'approche d'écoute ostéopathique.

| Introduction : Une pré-étude menée en 2019 sur l'écoute ostéopathique a révélé que 96 % des 200 ostéopathes sondés, élèves et DO combinés, sont familiers avec les tissus du corps osseux et membraneux. Cette étude a pour objectif de quantifier et qualifier le lien corps-esprit à travers l'écoute ostéopathique. **| Méthode :** C'est une étude mixte, prospective expérimentale « avant/après », de cohorte comparative à randomisation simple à affectation cachée. Les 23 patients ont été vus deux fois par des praticiens différents ignorant le groupe d'affiliation du patient. Au début et à la fin de chaque consultation, une mesure du périmètre thoracique a été prise afin de quantifier objectivement le gain respiratoire. Le groupe témoin devait se focaliser sur sa main droite, et le groupe étudié sur une partie du corps de leur choix. Les deux groupes se devaient de visualiser de manière consciente et positive la partie du corps choisie et de remplir un questionnaire qualifiant l'exercice. Les praticiens devaient évaluer la réaction tissulaire au niveau du tissu membraneux et osseux avec l'écoute ostéopathique. **| Résultats :** La différence entre les deux bras est non-significative. Sont significatives ($P=0,0046$) la réaction tissulaire membraneuse élevée et la réaction tissulaire osseuse moyenne. 30 % des patients ont expérimenté un gain général de santé. **| Conclusions :** Les résultats ne sont pas significatifs entre les deux bras. Cependant, le lien corps-esprit semble montrer que l'exercice à lui seul provoque une réaction corporelle profonde qui est d'autant plus marquée au niveau du tissu membraneux sur les patients ayant eu une expérience libre de contraintes. **| Biais :** Outre l'effectif réduit de la population étudiée, l'autre biais le plus élevé rencontré est la subjectivité des praticiens, minimisée par la stratégie multi-dimensionnelle et le stage interne de concepts et de perceptions.

MOTS-CLÉS : Esprit. Corps. Intéroception. Tissu membraneux. Tissu osseux. Gain respiratoire. Écoute ostéopathique. Conscience du corps. Auto-guérison.

ABSTRACT

THE ANALYSIS OF THE PATIENT'S PSYCHOLOGICAL INVOLVEMENT DURING ITS OSTEOPATHIC TREATMENT

Quantifying and qualifying the patients' focus on their body tissues through an osteopathic listening approach.

| Background: A mixed pre-study was conducted in 2019 about osteopathic feel, revealing that 96% of the 200 surveyed osteopaths, students and DO combined, are familiar with the bone and membranous body tissues. This study aims at quantifying and qualifying the link between body and mind through an osteopathic listening. **| Methods:** It is a mixed two-group single-blinded randomized-controlled prospective experimental "before and after" study. 23 patients were seen twice by different practitioners ignoring the patients' group affiliation. Thorax perimeter measurements were carried out at the beginning and at the end of each consultation to objectively quantify the respiratory gain. The control group had to focus on their right hand, whereas the treatment group on any part of the body. Both groups had to visualise consciously and positively the chosen body part and fill out a questionnaire qualifying the exercise. The practitioners had to evaluate the membranous and bone tissue reactions through an osteopathic listening. **| Results:** The difference between the two groups is not significant. What is ($P=.0046$), is a high membranous and a mean bone tissue reaction. 30 % of the patients experienced a general health benefit. **| Conclusions:** The results are not statistically significant between the 2 groups. Nonetheless, the link between body and mind seems to imply that the exercise alone is triggering a profound body response, especially on the membranous tissue with the patients having a constraint-free experience. **| Limitations:** After the light-numbered studied population, practitioners' subjectivity is the highest limitation encountered. It was limited by the cross-checking strategy and the internal concept and perception course.

77

KEYWORDS: Mind; Body; Interoception; Membranous tissue; Bone tissue; Respiratory gain; Osteopathic listening; Body awareness; Self-healing.

Ostéopathie et sémantique

NOMMER LES RESENTIS

Le présent sondage a pour objectif de cerner les termes les plus couramment employés pour la description des ressentis lors de l'écoute ostéopathique d'un corps.

Son but est d'agrémenter un futur mémoire portant sur l'apport de l'intéroception des patients, au cours de leur consultation ostéopathique, à l'optimisation de l'efficacité de la consultation et à la lecture de l'écoute palpatoire associée.

Ces données seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire en tant qu'outil de construction à sa conception.

Ce sondage est anonyme.

Je vous remercie de votre implication et de votre soutien.
Bon sondage !

*1. Vous êtes ostéopathe :

*2. Pourriez-vous sélectionner, parmi ces qualificatifs, les 10 termes que vous utiliseriez le plus couramment pour définir vos ressentis lors de l'écoute d'un corps ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Souple | <input type="checkbox"/> Lâche |
| <input type="checkbox"/> Léger - Lourd | <input type="checkbox"/> Mobile - Immobile |
| <input type="checkbox"/> Fluide | <input type="checkbox"/> Saccadé |
| <input type="checkbox"/> Aérien | <input type="checkbox"/> Stagnant |
| <input type="checkbox"/> Éthérique | <input type="checkbox"/> Pulpeux |
| <input type="checkbox"/> Lisse | <input type="checkbox"/> Profond - Superficiel |
| <input type="checkbox"/> Granuleux | <input type="checkbox"/> Localisé |
| <input type="checkbox"/> Fibreux | <input type="checkbox"/> Concentré |
| <input type="checkbox"/> Rugueux | <input type="checkbox"/> Étiré - Rétracté |
| <input type="checkbox"/> Dense | <input type="checkbox"/> Tirillé |
| <input type="checkbox"/> Lemniscal | <input type="checkbox"/> Tracté |
| <input type="checkbox"/> Lent - Rapide | <input type="checkbox"/> Condensé |
| <input type="checkbox"/> Fourmillant | <input type="checkbox"/> Pulsatile |
| <input type="checkbox"/> Magnétique | <input type="checkbox"/> Compact |
| <input type="checkbox"/> Irradiant | <input type="checkbox"/> J'illustre surtout mes ressentis à travers des images sorties de mon imagination. |
| <input type="checkbox"/> Rigide | <input type="checkbox"/> Formes géométriques : sphérique, cubique, conique, etc. |
| <input type="checkbox"/> Dur | |
| <input type="checkbox"/> Restreint | |

3. Pensez-vous à d'autres qualificatifs qui vous sont personnels ? Définissez-les selon vos propres termes.

*4. Le toucher lors de l'écoute d'un corps peut appréhender différentes structures. Ces 4 termes : **liquidien, osseux, membraneux** et **de puissance** vous sont-ils familiers ?

- Oui, les 4 me sont familiers.
- Non, aucun ne m'est familier.
- Non, certains ne me sont pas familiers :

*5. Lors de l'écoute, utilisez-vous d'autres approches de lecture ?

- Non
- Si oui, lesquelles ?

*6. En conclusion, souhaiteriez-vous être tenu(e) informé(e) du devenir de ce mémoire ?

- Non
- Si oui, veuillez préciser votre adresse mail afin de recevoir le mémoire en PDF, prévu pour 2021.

VALIDATION DE LA PARTICIPATION AU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

Délivrée le

À Toulouse.

Objet : Validation de la participation au Stage de Validation de l'Écoute Palpatoire

Je soussigné/e, M. Nicolas GEORGES/ Mme Alexandra CAUCHOIS affirme que M/Mme _____ à correctement suivi le **Stage de Validation de l'Écoute Palpatoire** le _____ .

Le stagiaire a été informé des notions primordiales, théoriques et pratiques, de l'écoute ostéopathique, nécessaires à la réalisation du projet du mémoire « L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE DU PATIENT LORS DE SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE ».

Il est considéré comme s'étant accordé avec les concepts et les perceptions concernant l'écoute ostéopathique des tissus osseux et membraneux, essentiels pour ce mémoire.

Le _____, à Toulouse.

Signature de l'enseignant,

M. Nicolas Georges :



Mme. Alexandra CAUCHOIS :



Signature du stagiaire :

VALIDATION DE LA PARTICIPATION AU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

Délivrée le

À Toulouse.

Objet : Validation de la participation au Stage de Validation de l'Écoute Palpatoire

Je soussigné/e, M. Nicolas GEORGES/ Mme Alexandra CAUCHOIS affirme que M/Mme _____ à correctement suivi le **Stage de Validation de l'Écoute Palpatoire** le _____ .

Le stagiaire a été informé des notions primordiales, théoriques et pratiques, de l'écoute ostéopathique, nécessaires à la réalisation du projet du mémoire « L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE DU PATIENT LORS DE SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE ».

Il est considéré comme s'étant accordé avec les concepts et les perceptions concernant l'écoute ostéopathique des tissus osseux et membraneux, essentiels pour ce mémoire.

Le _____, à Toulouse.

Signature de l'enseignant,
M. Nicolas Georges :



Signature du stagiaire :

LISTE DES PARTICIPANTS AU STAGE D'ÉCOUTE

Personnes (9) ayant participé au Stage de Validation le 21/09/2020 :

Élèves (7) :

Audrey	LASSERRE
Diane	DELCOUR
Florent	BERNARD
Julie	GASOL
Julian	DE WAAL
Manon	BOUDOT
Paul	BERNADIS

Intervenants (2) :

Nicolas	GEORGES
Alexandra	CAUCHOIS

Personnes (7) ayant participé au Stage de Validation le 03/12/2020 :

Élèves (6) :

Benoit	VALLET
Céline	ALBERT
Corentin	COUVREUR
Diane	DELCOUR
Florian	FROCHOT
Maëlle	BARRET

Intervenant (1) :

Nicolas	GEORGES
---------	---------

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

DD - « [...] parti !

CC – OK

NG – Donc, ce sémin-, ce... ce truc-là, quand je le fais avec les premières années, on commence par l'exercice tout con : je pose la main sur le sternum, je demande de penser aux poumons et vous regardez ce qu'il y a. Et là, vous allez vous apercevoir que vous sentez la respiration, le « gonflé » et le « dégonflé ». Je vous demande d'arrêter de penser aux poumons et de penser au cœur. Vous sentez la fréquence cardiaque. Donc le but de cet exercice, c'est de montrer que, sans bouger la main, on peut aller chercher ce qu'on veut. Du coup, on est plus réellement dans l'observation parce que, si on va aller chercher quelque chose, on se coupe de tout le reste. Si je pense aux poumons, je ne vais plus sentir le cœur. Si vous êtes sur un paramètre d'écoute, où vous voulez avoir le plus d'info, il faut, au contraire, n'avoir aucune image en tête. Si vous avez l'image du sacrum quand vous allez sur le sacrum, vous ne sentirez pas tout ce qu'il y a autour : ce que vous connaissez et ce que vous ne connaissez pas. Donc, l'important quand on touche quelque chose, pour avoir la vision globale du truc, c'est de ne penser à rien. À l'inverse, quand on veut tester spécifiquement quelque chose, on va attraper spécifiquement ce quelque chose. Le cœur, le poumon ou, en l'occurrence, là, sur le truc, l'os ou le toucher osseux. Donc, au niveau embryologique, on se rappelle que l'os, le périoste, la peau, c'est un même tissu qui se scinde [*Dessiné au tableau simultanément*]. Et donc, en fait, on a une réelle continuité des fibres de collagènes, de l'os dans le périoste et du périoste dans la peau. Donc, si je veux attraper l'os, le seul truc que j'ai à faire, c'est venir imaginer que je glisse le doigt sous la peau, sans la comprimer pour l'écraser jusque-là [*« là » accompagné de l'indication de l'os sur le dessin au tableau*] et sentir le truc, en laissant cet espace-là [*« là » accompagné de l'indication de l'espace entre la peau et le périoste sur le dessin au tableau*]. Du coup, j'imagine que je glisse, ici [*« ici » accompagné de l'indication des fascias du dermes sur le dessin au tableau*] et que je viens au contact des premières fibres qui vont me laisser glisser jusqu'au périoste, puis jusqu'à l'os. On n'en parle pas en première année, mais vous allez voir, en fait, c'est tout simple, la différence. Vous vous laissez descendre, vous arrivez sur une première structure. C'est lisse, c'est le périoste. Quand vous glissez un peu en dessous, là, c'est différent, et c'est l'os. Pour vous, pour aller percevoir la membrane en dessous faut juste se rappeler que la membrane est intimement liée à l'os et qu'embryologiquement c'est aussi le même feuillet.

[Suppression d'une intervention externe, hors sujet]

NG – Donc, du coup, si vous vous rappelez, qu'embryologiquement, au départ, on a que de la dure-mère et que l'os se forme, à partir d'un différencié de la dure-mère, ben vous allez vous apercevoir que juste en vous rappelant ça, vos doigts, ils vont glisser un peu plus et venir jusqu'ici [*« ici » accompagné de l'indication de la couche membraneuse sur le dessin au tableau*]. En fait, on est sur le même tissu, il faut juste séparer tous ces trucs là [*« là » accompagné de l'indication des différentes couches sur le dessin au tableau*]. Donc, l'exercice, vous prenez P3, P2, vous bloquez P3, si vous ne pensez à rien, vous prenez le doigt, vous tournez, vous tirez la peau, jusqu'à ce qu'à un moment la peau vienne tirer l'os. Donc, en fait, quand je le fais, la peau, la peau, là y a l'os qui part. Et là on tire l'os. Si je prends un toucher osseux, sans appuyer plus, j'imagine que je glisse sous la peau, voilà. Quand je suis au contact de l'os, moi dans le coup, j'ai toute la phalange qui s'affiche dans ma tête, elle, elle a toute la présence qui s'affiche dans l'os, parce que je pense à cet os. Et du coup, bah une fois qu'on a ça, on tourne, c'est que l'os qui bouge. La présence c'est uniquement ce à quoi vous allez penser. Si je me mets, juste ici, sur la membrane interosseuse, embryologiquement, elle va me donner les deux os, donc du coup, j'ai un point d'accès sur tout l'avant-bras. Et là tu sens ma présence sur tout l'avant-bras.

DD – Oui, là, là je sens.

NG – jusqu'à ta tête ?

DD – Après, c'est juste, si vous me dites, forcément, c'est pas...

NG – Enfin, tu peux sentir que la présence bouge aussi.

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

DD – Et c'est vrai que ces concepts-là aussi, d'attention, de présence et de... Parce qu'on a peut-être pas tous les même termes de la présence. Pour les gens, ça va être l'attention pour ? une structure et la présence d'être là, mais pas forcément dans la structure.

NG – Je...j'ai adoré ça, parce que c'est une...euh...*[Suppression de l'expression d'un avis personnel]* On emploie de très jolis mots, mais personne n'entend la même chose derrière ces mots. Et ce matin ça m'a fait rire parce que quand je leur ai décrit les différentes étapes : la mise au neutre, etc. A la fin, y en a une qui me dit : « Ah, oui ! Mais c'est la présence. » Et en fait, j'avais senti. Je l'ai demandé à elle de se mettre en état de présence et à un autre mec de se mettre en état de présence. Le mec, qui lui était très cartésien, très, voilà, présent c'était un socle, un putain de pilier, il était là, quoi. « - Et présent, c'est quoi, pour toi ? – Bah, je sens mes jambes, je sens mon cœur, je sens mes poumons. » L'autre : « -Mets-toi en état de présence » Elle s'y met : Toute vaporeuse, elle était partout dans la pièce. Et, elle sentait plein de choses, mais par contre il n'y avait pas cette présence en elle. Et en fait, les deux, disent mettre « en présence », les deux faisaient des choses totalement opposées. Donc, « présence, attention, intention, c'est des mots que je préfère éviter d'utiliser. Là, la présence, c'est la présence dans tel endroit. Donc au moins c'est clair. Tu sais qu'il y a la présence dans l'os. Connaissance de l'os, présence dans l'os.

DD – C'est important parce que, justement, quand je... C'est vrai que...

[Suppression d'une intervention interne, hors sujet]

DD – Parce que justement, bon y a la perception et y a aussi les concepts. Et il faut être au clair, tout le monde, qui va participer au stage, finalement, d'être, justement, sur les même concepts parce que ces nuances-là, peuvent faire tout varier, finalement.

NG – Oui ! On est d'accord.

DD – Et du coup, voilà, qu'est-ce qu'on met derrière le mot de « présence », « d'attention », « d'intention », parce que c'est trois mots qui reviennent souvent quand on fait de l'écoute ostéo... *[Acquiescement de NG]*. Donc, Vous qui êtes un peu plus au parfum...Parce que je trouve beaucoup de définitions différentes...C'est compliqué d'isoler une chose, mais y avait ce côté d'attention, voilà, de porter son attention...

NG – Tu vois déjà, « attention » et « intention », tu les mélanges. Dans la même phrase.

DD – Non, « l'attention ». De porter son attention.

NG – « L'attention », d'accord.

DD – « D'attention ». Euh...à une structure. Et la « présence », j'avais cette image plutôt, justement, comme vous veniez de le dire, de « socle », de personnes « ancrées », qui étaient « là » au moment présent. Justement. Et « l'intention », c'était, peut-être, l'intention d'être à l'écoute. Parce que, pour nous, par exemple, il faudrait être le observateur sans induire un traitement. Parce qu'on est juste sur de la prise d'information. C'est le plus objectif possible.

NG – Oui, c'est vraiment que de l'intention...Du coup, c'est pas... « L'attention » c'e »où est-ce que tu te situes ». « L'intention », c'est vraiment ce que tu vas aller chercher. Soit l'intention de n'être ouvert sur rien, soit l'intention d'aller chercher spécifiquement tel os.

DD – Ok. Ça, c'est clair pour tout le monde, ou pas ? Ça vous paraît clair aussi, ou pas, ce que j'ai dit ?

NG – Oui, oui.

DD – Parce que des fois ça ne sort pas..

NG – Oui, oui, flouté par le masque, mais sinon...

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

DD – OK.

NG – Eh ben faites, moi je... vous vous mettez par deux, vous faites le travail. Et, si vous y arrivez, vous prenez le temps de différencier le périoste et l'os. Ok ? [*Des couples de praticiens se forme. On reste sur le couple accompagné de NG*] Assieds-toi là-bas. Assis-toi face à moi. Donne-moi ta main. Mets toi au neutre. Vrai neutre. Surtout tu cherches pas. Tu laisses venir les informations. Pense à mes doigts. Imagine que tu as... Que tes doigts sont sur mes doigts. Tu peux regarder. Ça aide.

DD – Je peux regarder.

NG – Si je prends...Un cubitus, c'est gros, un cubitus. [*Rires*] est-ce que tu vois le cubitus ?

DD – Oui... Je dirais que vous êtes plutôt sur le périoste, mais je sais pas si...

NG – Ok...Je ne suis pas aller jusque là vu que j'ai trouvé une barrière, je m'y suis arrêté. Mais tu vois le truc.

DD – Je sais pas, mais j'essaye de pas trop mettre de filtres de doutes... !

NG – Essaie de voir si tu as la même sensation... Qu'est-ce que tu...Un truc... Un truc moche...

DD – Un truc plutôt diffus... Je ne sais pas.

NG – Ouais, ça ressemble à... ?

DD - ...C'est la membrane interosseuse, ça, ou... ?

NG – Non, je faisais mal le travail. J'étais là où il fallait être, mais en fait j'avais mon intention qui partait. Et j'ai fait comme si cet os, je le connaissais pas et je l'imaginai presque en os de dessin animé, si tu veux. J'étais pas sur un truc vrai. Et du coup, toi, tu peux pas sentir.

DD – Ok.

NG - Je refais. [*15 secondes plus tard*] Tu arrives à percevoir l'os.

DD – Je dirais...Mais je ne sais pas si... Je dirais oui, jusqu'au coude, à peu près, mais...

NG – Ok.

DD – Mais ça m'a l'air tellement subjectif et comme vous me dites. Je sais que là, potentiellement, vous y seriez aller. Donc euh...

NG – [*Au « patient »*] Relâche les épaules. Regarde-le. [*À DD*] Tu comptes jusqu'à C4. C4, tu lui demandes si elle peut faire une rotation droite. Tu lui demandes si elle peut faire une rotation gauche. Laquelle elle ne fait pas ?

Plusieurs personnes – Gauche.

NG – Personnellement, j'avais gauche aussi.

BV – Moi j'avais que la droite, ça ne marchait pas trop non plus. [*Rires*]

NG – Il doit être asynchrone, il doit sentir les choses à l'envers.

BV – Non, non, mais à gauche ça m'a fait ça aussi !

DD – Ca ça marchera pas. Dans mon mémoire, ça ne marchera pas.

NG – Non, mais c'est pour te montrer que tu es capable de sentir les choses sans y mettre les mains.

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

[NG teste les autres cervicales]

DD – Oui, là c'est plus gauche.

NG – Ok.

DD – Mais bon, c'est... Y a des biais de confirmation aussi.

NG – Y en a plein. On est bien d'accord. Mais ! [Au « patient » :] Allonge-toi. Tu me dis le moment où je sens son rythme crânien. Où je sens quelque chose. Où je suis présent sur quelque chose. Là je commence. Je suis comme un premier année. C'est à dire je pense aux papillons dehors, plutôt qu'au crâne. Après je ne sens que lui.

DD – Là, peut-être au niveau de l'os, un truc comme ça...

NG – Juste, je me suis dit, « maintenant, j'y vais. ». Tu l'as senti. Ok ? Regarde-moi. Regarde dans son crâne. Est-ce que tu arrives à dire, s'il est en SBR droite, SBR gauche, torsion droite ou torsion gauche ? Regarde l'occiput, tu l'oublis.

[20 secondes]

DD – Les SBR, j'ai encore...

NG – Oui, il faut que tu connaisses bien le truc. On va jouer que sur les torsions. Mais son crâne il faisait une SBR, c'était bien. Je teste torsion droite, torsion gauche. Sur la droite ou la gauche ?

Plusieurs personnes – Gauche.

NG – La deuxième ? Donc, tu le sens. Par contre, si je suis pas bien, est-ce que là tu sens si je fais une torsion droite ou une torsion gauche ?

FF- Moins...

NG - Mais c'est lâche l'image que tu perçois. C'est flou, c'est pas précis.

[Incompréhension]

NG – Mais comme je le fais mal, tu le perçois très mal. Du coup, c'est vachement facile tant que assi là, de voir qui c'est qui n'est pas touché ou dedans, quoi. [Incompréhension]

[Suppression de la mise en place des exercices pratiques et d'informations personnelles]

FF – Le moment où je m'y met, « là, c'est bon ! » Oh !

NG – Ben tu vois, c'est facile, en fait. Quand tu as tes limites rentrées. Maintenant, je passe sur les autres et je vérifie. Du coup, on va sur os, périoste.

FF – Ouais.

NG – Toi, j'ai pas besoin t'aider. Tu y étais déjà. Toi, je t'ai pas vu le faire.

DD – M. Schmitt me disait peut-être ressortir dans le mémoire le fait que les élèves butent et ont peurs, et du coup ils ont une perte de perception. Parce que là, l'exercice que vous m'avez fait, il faut vraiment faire abstraction de ses doute et du biais de confirmation et tout ça, et dire : « ce qu'on a, c'est ça ». Et c'est compliqué, quoi.

NG – C'est totalement vrai, mais pas que dans ce sens là, en fait. C'est à dire, je l'avait fait avec une, c'était Sofie-Anne, qui est sortit l'année dernière. J'aimais bien, elle était vraiment bien dans la pratique et tout et des fois on travail ensemble. Et j'ai carrément senti le truc, en fait, quand elle a commencé à sentir le truc qui fallait, elle a été contente. Son cœur a fait un petit bond. Eh ben juste là, c'était fini, elle l'avait plus. Elle a senti autre chose. Et donc, juste le fait d'être satisfait de sentir ce que

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

je te demande de sentir, ça te déstabilise le truc. Donc oui, y a le doute, mais y a le fait d'être « contente de », aussi. En fait, c'est juste : est-ce que ton cerveau est dégagé de toute tension émotionnelle ou pas. Est-ce qu'il est content, est-ce qu'il a peur, est-ce qu'il va pas y arriver, bah ça, ça va parasiter.

[*Exercices individuels*]

NG – Tu penses au radius. A tout le radius. Enfin non, c'est toi qui travaille sur lui mais, du coup, tu penses au radius, tu vois le radius, tout le radius dans son ensemble, ok ? Tu gardes cette image et tu vas te mettre sur le radius. Là, tu as conscience de tout le radius. Tu le sens ? Tu repars. Tu reviens. Tu revires ? jusqu'à la première surface dure. C'est dure, mais en même temps c'est lisse. T'es d'accord ? C'est dure mais en même temps, c'est malléable.

[*Incompréhension*]

NG – Pour accéder aux kystes émotionnels, il faut sortir ses limites. Ca n'a rien avoir avec ce qu'ils font là. A chaque fois qu'elle l'a fait elle a gardé ses limites rentrées. A chaque fois qu'elle l'a fait, il ne s'est jamais senti, lui, en état d'agressé ou d'intrusion. Donc, si je rentre mes limites, j'ai conscience de l'os et je suis sur l'os. Ok ? [*Incompréhension*] Tu as conscience de tout l'os. Il est fixe. Il est figé. Ok ? Là, tu je vais pouvoir aller capter un kyste émotionnel. Par contre, j'ai figé toute la physiologie. Donc si tu sors tes limites, c'est une photo. Le truc, c'est qu'on travaille sur du vivant, donc ça va pas trop le faire sauf si on est extrêmement précis et là où on veut.

EH – En fait, il nous a pas dit ça comme ça. Il nous a dit : « déjà on se met sur la structure. On a la partie où l'on sent un peu le squelettique, on l'écoute, on essaie d'écouter sans appuyer plus fort mais installé en profondeur et on a une première phase où c'est un peu visqueux , membraneux » J'ai dit : « C'est ça le membraneux ? » Et y avait un petit gap entre les deux. On sentait pas trop, enfin, on... Y avait une sorte de vague, quelque chose comme ça.

NG – Non, non, mais le « gap », je sais ce que c'est.

EH – Voilà, c'est ce qu'il en ressort. Du coup, moi je l'ai fait sur une fille à un moment donné, j'ai senti deux gaps. Au bout d'un moment ça commencé à me piquer dans les doigts. Il m'a dit, tu es peut-être allée trop loin et tout ça. Et je crois qu'il a dit : « Vous avez ce sentiment que ça bout, que ça vous pique » et c'est ça que j'ai compris, en tous les cas.

NG – Là il vous [*Incompréhension*]. Parce qu'en fait, sur une technique, tu te demandais de garder tes limites rentrées et laissé coulé, bah toi tu as sortit tes limites et ça donné ce truc là.

EH – Voilà, moi c'est ce que j'ai compris. Le truc c'est que ça m'a beaucoup... ça m'a aidé dans la palpation... à force de me dire, bon d'accord, là tu rentres vraiment tes limites, quand tu les as pas bien... c'est pas bon, quoi.

NG – Remets ta main, je te fais ce que je lui ai fait.

EH – D'accord. Aujourd'hui, je ne suis pas... [*Suppression d'informations personnelles*].

NG – Je fais juste un toucher osseux, sans sortir mes limites. Là, tu as conscience de quoi ? Mais en même temps, tu sens qu'il « respire ». Ok ? Et maintenant ? Tu sens ? L'os, il s'est figé, il ne bouge plus. Ok ? Donc c'est vachement intrusif, c'est différent. C'est utile, très utile en revanche, pour aller chercher le tissu.

[*Exercices individuels*]

NG – Si tu penses à la phalange avant de l'attraper, directe tu l'as ton toucher osseux. Quand tu touches, c'est direct l'os. Alors que si tu penses à ce qui se passe dehors, c'est la peau à la fin l'os. Diane, c'est val- ! Ah ben, non, Benoît...Je valide pour tout le monde sauf pour Benoît ! [*Rires*] Parce que je ne l'ai pas vu faire !

[*Exercices individuels*]

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

NG – Donc du coup, vas te placer sur l'os, sur le périoste. Alors tu vois c'est marrant...

BV – En fait, il est là. Je peux me balader.

NG – Oui, mais il a l'air plus dur que le périoste, chez elle.

BV – Bah oui, ici.

NG – On est d'accord. Y a vraiment l'os à travailler par rapport au périoste. L'os est plus dur.

BV – Parce qu'il ne devrait pas ?

DD – C'est spongieux ?

NG – Non, c'était qui qui avait la torsion sur le périoste et pas sur l'os ?

MB – Sur l'os et pas le périoste.

NG – Ah oui, va faire la différence sur elle. La qualité est presque inversée, en fait, par rapport aux deux.

[Suppression d'informations personnelles]

NG – Tu sens la différence, du coup entre les deux ? Là, c'est plus mou. Tu vois, elle, l'os était plus dur que le périoste.

BV – La je voyait vraiment les trabécules calcifiées, quoi. *[Rires]*

[Exercices individuels]

NG – Donc, dans ce qu'on disait tout à l'heure, la différence dans ce qu'on fait là, comparait dans au fait de sortir les limites. Sortir les limites permet de choper un kyste émotionnel. Vous, vous savez pas le faire pour l'instant. Vous, les limites, je vous conseille de vraiment les laisser rentrées. Si vous les sortez : mets ta main. Mets ton bras. Donc, si je prends un toucher osseux, ça veut dire que j'ai rentré mes limites, que je laisse descendre jusqu'à l'os. Et là, il a une vision de l'os. Ok ? Tu l'as ? Maintenant, je sors mes limites, Là, tu as aussi conscience de l'os, mais c'est très différent.

BV – Ca me fait mal au bide.

NG – Ok, voilà. Juste ça. Ça suffit. En fait, quand on fait ça, c'est comme prendre une photo où on fige l'ensemble, ça devient « inerte ». Du coup, ça nous permet d'aller chercher le kyste, c'est bien, mais ça vit plus. Vraiment ça nous intéresse pas. Donc c'est très différent de laisser les limites rentrées et d'aller chercher le truc, ou est-ce qu'au contraire, sors tes limites pour aller tester sa vertèbre comme tu l'as fait tout à l'heure. Fais-le. Tu peux y arriver, mais là, voilà, d'entrée, il va te dire non. C'est désagréable.

DD – Il y a une pesanteur, ou... ?

NG – Bah, je te le fais. Là, j'ai une vertèbre, est-ce que tu sens quelque chose ? Maintenant je sors mes limites.

DD – Je sens un plus par là... Mais après, le dos, j'ai pas...

NG – Non, le dos c'était lui, mais en tout cas c'est désagréable. Redonne ta main. Donne ton bras.

[Exercices individuels]

NG – La Nature, elle veut sortir ses limites. Même cette technique de Rollin Becker où on va sortir ses limites pour aller attraper le kyste, ça marche aussi dans l'autre sens où en fait, tu gardes tes limites rentrées, ou tu es juste « transparent » et juste des mains remplies d'amour.

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

DD – Oui, ça marche bien ça !

NG - C'est une autre méthodologie, qui revient à la ? et là du coup, c'est le kyste qui vient, se poser dans ta main. Et puis c'est tout.

DD – Vous m'aviez dit une fois, « mains transparentes » et je dois avouer, que ça m'a beaucoup aidé, parce que souvent, y a une respiration et quand on évacue, ça fait des picotements, et je me dis : « faut pas que ça aille » et tout ça, et le fait de faire « mains transparentes », j'ai plus du tout cette sensation là. Y a un échange, mais il est pas malsain, c'est juste un échange.

NG – C'est ça.

[*Incompréhensions*]

NG – Je vais rentrer, j'ai le cerveau en marmelade.

DD – Au niveau osseux, donc, ça va ?

NG – Oui.

DD – Et membraneux ? On l'a pas fait, mais vous avez fait, périoste, os, donc membrane, y a pas de soucis, membrane, c'est bon.

DD – Le terme pour... là, si je dois donner une directive, par exemple, à ceux, peut-être du premier stage, qui ont un doute, tout ça, par rapport au membraneux ?

NG – J'ai pas compris la question ?

DD – Pour ceux qui sont au premier s-... Parce que là, à chaque fois, vous rajoutez des petits trucs mine de rien. Pour le membraneux, pour ceux qui ont encore des doutes, y en a quelques uns qui ont encore des doutes.

FF – Par rapport à quoi ? Pour le ressentir ou...

DD – Oui, pour le ressentir. Y aller, y accéder.

NG – Eh ben, pour confirmer ce doute, la sensations qu'ils ont sous les mains est différente. On arrive vraiment... Oui, voilà, quelque chose qui se rapproche de la toile cirée. Mais par contre qui est presque expansible. Bien qu'elle ne le soit pas.

FF – Contrairement au périoste qui se rapproche de la toile cirée, mais plus souple.

NG – Oui, voilà, c'est ça, plus dense.

FF – Du coup, c'est bien, à la limite, tu peux faire les deux périoste os... Plus ça te fais un comparatif entre les deux... Un truc « granuleux-dense »...

NG – Bah tu fais : peau, périoste, os, dure-mère.

DD – Parce que comme j'enregistre, j'ai ces terminologies que je n'avais pas forcément, dont je ne me rappelais pas forcément au premier stage. Et puis je les ai pour, mine de rien, expliquer ce qu'on a fait au stage. Ok.

BG - Mets-toi sur son crâne.

[*Suppression d'informations personnelles*]

NG – Comment on peut la qualifier la cette membrane, là, sur laquelle il est ? Ouais, si, elle est... En fait, c'est peut être plus ça, la toile cirée que le périoste, hein. Finalement, quand on est sur la membrane. Là oui, ça y est. C'est un peu toile cirée, oui. Donc, en fait, on oublie, pour le périoste, le

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

terme de « toile cirée » qui correspond beaucoup plus à la dure-mère et je crois que d'habitude, j'en parle que pour la dure-mère que pour le périoste.

DD – Mais c'est vrai qu'il y a ce côté qui glisse, sur le périoste.

NG – Oui, voilà, par contre, on a vraiment... Avec quoi on peut comparer le périoste.

FF – Un parquet, ça ne marche pas ?

BV – Non, parce que c'est élastique, en fait...

MB – Je dirais... Une porcelaine toute lisse.

NG – Ouais, de la porcelaine !

DD – Un peu humidifiée...

BV – Ouais...

DD – Tout est élastique, quand t'y arrive, finalement...

BV – Oui, mais c'est moins élastique que le périoste...

NG – Le sien était particulièrement élastique, les autres le sont moins. Tout est malléable. L'os et le périoste est presque le moins malléable et le dernier truc, encore moins malléable que tout ça dans le corps ?

BV – Moins malléable que l'os... ?

DD – Les dysfonctions ! [*Rires*]

NG – L'ivoire des dents.

Plusieurs personnes – Ah, oui !

DD – Alors, ça c'est étrange, parce que il paraît que effectivement, les dents soient la seule chose qui génère pas et qui vieillit qui n'a pas de... Voilà, une fois que c'est vieilli, c'est vieilli et que l'émail des dents, l'ivoire des dents ne se régénère pas. Est-ce, comme ont dit que tout est malléable, à quel point c'est figé ? Est-ce que c'est très long, genre comme la vie de quelqu'un qui vit mille ans et que du coup, 80 ans, ça bouge pas ?

BV – Digne représentant d'une [*Incompréhensions*]

[*Remerciements*]

NG – Donc la dent, oui, je pense pas qu'on puisse la reconstruire. J'ai jamais été assez patient pour le faire. Par contre, l'implantation de la dent dans la gencive, ça tu peux clairement

DD – C'est de l'os.

NG – Oui, tu peux clairement le modifier facilement. Tout ça, c'est juste toujours le même tissu, embryologiquement parlant. La seule différenciation qui y a la communication. Si vous prenez des cellules au tout début de l'intestin, vous avez des cellules qui vont être comme ça [dessin de cellules espacées] avec des liens intracellulaires, très larges, qui vont laisser passer plein de choses. Plus la structure est compacte, l'os déjà, on est là [indique dessin sur le tableau de cellules moins espacées]. Il y a un peu d'espace, quand même, mais alors, vraiment très peu. Mais les dents, on est sur un truc où les cellules elles sont scotchées les unes aux autres. On est capable... C'est juste la perméabilité qui, permise par l'espacement entre les différentes cellules, qui va être différente qui va conditionner le tissu d'un intestin, d'un os.

RETRANSCRIPTION DU STAGE DE VALIDATION DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE

BV – Est-ce qu'on peut encore parler de cellules à l'intérieure de la dent ou est-ce qu'on peut juste parler de molécules, de calcium.

NG – Non, non, la dent est faite de cellules.

[Suppression d'une intervention externe, hors sujet]

NG – Oui, pour les dents c'est sûr, ils en on parler pendant un séminaire que j'ai fait il y a deux jours.

[Remerciements]

ÉCHELLE NUMÉRIQUE DE L'ÉCOUTE PALPATOIRE (ENEP)

Cette échelle a pour objectif de pouvoir coter sur une échelle numérique de 0 à 10 la différence relevée entre une première mesure palpatoire de la qualité tissulaire osseuse et membraneuse et une deuxième mesure, identique, faisant suite à l'exécution de l'exercice d'intéroception, demandé au patient.

Cotation	Légende
0	Aucune différence relevée
1	Différence légère relevée sur le tissu osseux.
2	Différence légère relevée sur le tissu membraneux.
3	Différence légère relevée sur tous les tissus.
4	Différence moyenne relevée sur le tissu osseux.
5	Différence moyenne relevée sur le tissu membraneux.
6	Différence moyenne relevée sur tous les tissus.
7	Différence élevée relevée sur le tissu osseux.
8	Différence élevée relevée sur le tissu membraneux.
9	Différence élevée relevée sur tous les tissus.
10	Différence élevée relevée, notable sur tous les tissus, avec en plus une réaction du patient externe aux tissus.

Noter les sensations/remarques annexes, personnelles :

Questionnaire rétro-analytique

Âge : 16 à 25 ans 26 à 50 ans > 50 ans

Sexe : Féminin Masculin

Profession :

Code patient :

Date de consultation :

Motif de consultation :

1. Pensez-vous avoir réussi l'exercice demandé ?

Oui Non Je ne sais pas

2. Avez-vous ciblé :

La zone du motif de consultation

La main

Une zone de bien-être : sensation agréable, de chaleur, de relâchement, de libération, etc.

Une zone directement liée à un traumatisme : zone sur-stimulée suite à un choc brutal, psychologique, physique, ou les deux.

Une zone de mal-être : zone douloureuse, sensation d'étau, de compression, de brûlure, etc.

Une zone d'hypoesthésie : zone à perte ou diminution de sensibilité thermique ou nociceptive (douleur) ou profonde. Zone d'engourdissement, difficile d'accès par l'intéroception.

3. Quelle a été LA difficulté primordiale rencontrée ? (1 réponse)

Défaut de l'envie de participer ;

Pas de difficulté ;

Mauvaise compréhension des consignes ;

Incapacité à se relâcher et visualiser ses tensions internes ;

Difficulté à se concentrer durant le traitement ostéopathique ;

Temps insuffisant ;

Autre :

4. Pensez-vous avoir tiré de cette étude une expérience profitable dans la prise en charge de tensions et/ou douleurs subies par votre corps par la suite ?

Oui Non

5. Avez-vous des remarques sur la réalisation de cette étude :

Questionnaire inter-consultation

Âge : 16 à 25 ans 26 à 50 ans > 50 ans

Sexe : Féminin Masculin

Profession :

Code patient :

Date de consultation :

Motif de consultation :

1. **Votre motif de consultation a-t-il évolué suite à la première consultation ?**

Oui Non Je ne sais pas

2. **Si oui, comment ?**

En mieux En nettement mieux En moins bien En nettement moins bien

3. **Votre état de santé général a-t-il évolué suite à la consultation (ex : sommeil, appétit, joie de vivre, etc.) ?**

Oui Non Je ne sais pas

4. **Si oui, comment ?**

En mieux En nettement mieux En moins bien En nettement moins bien

5. **Depuis la dernière consultation, êtes-vous passé(e) sous traitement provisoire (< 12 mois) (ex : AINS, antibiotiques, contraception, régime alimentaire, etc.) ?**

Oui Non *→ Si « Oui », patient est exclus de l'étude. Arrêt du questionnaire.*

6. **Depuis la dernière consultation, avez-vous arrêté ou repris un traitement : médicament(s) ou autre(s) thérapie(s) ?**

Oui Non *→ Si « Oui », patient est exclus de l'étude. Arrêt du questionnaire.*

7. **Pour la prochaine séance, votre motif de consultation concernera-t-elle la main droite ?**

Oui Non *→ Si « Oui », patient est exclus de l'étude. Arrêt du questionnaire.*

8. **Si vous répondez « Non » à la question 7, accepteriez-vous de participer à la deuxième consultation prévue, réalisée par un autre praticien de 5^{ème} année à l'ITO ?**

Oui Non

9. **Si vous répondez « Oui » à la question 8, notez le rendez-vous ci-dessous :**

2^{ème} consultation prévu le : _____ à _____ .

Nom et prénom du praticien traitant :

Patient : Inclus Exclus

MÉMOIRE

L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE DU PATIENT LORS DE SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Cette étude permettra de mesurer
l'**impact** de votre **esprit** sur votre corps,
votre **état de santé** et la potentialisation
de la pratique ostéopathique.

Les **2 consultations** sont **gratuites**
dans le cadre du mémoire.

Au verso, le déroulé du protocole du mémoire.

DELCOUR DIANE
07 77 00 98 70

SI vous êtes intéressé(e),
laissez-moi un message,
et je vous rappellerai.

Très bonne expérience à tous!

Ajoutez votre pierre à l'édifice de la recherche
et du développement dans le secteur ostéopathique !



ITO

Institut Toulousain
d'Ostéopathie

PROTOCOLE

Randomisation simple Praticiens à l'aveugle

Classement aléatoire du patient dans le groupe «témoin» ou «testé», sans en informer les praticiens.

1^{re} consultation Praticien A

Mesure du diamètre thoracique à l'inspiration et à l'expiration maximale.

Consultation de pratique courante.

10' de phase d'écoute avant et après l'exercice d'intéroception demandé au patient.

Questionnaire rétro-analytique

Directement après la consultation.
Support : papier

Questionnaire inter-consultations

1 semaine après la 1^{re} consultation.
Support : téléphone

2^e consultation Praticien B

2 semaines après la 1^{re} consultation.

Déroulement identique à la première consultation

Questionnaire rétro-analytique

Directement après la consultation.
Support : papier

Merci !

LETTRE D'INFORMATION

Délivré le

À Labège, UCO.

Objet : Consentement du (de la) patient(e) pour participer au mémoire :

L'ANALYSE DE L'IMPLICATION DU PATIENT DURANT SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Je soussigné(e), M / Mme _____ ai bien été informé(e) :

- du sujet de l'étude du mémoire L'OSTÉOPATHIE ET L'INTÉROCEPTION ;
- de l'implication demandée au (à la) patient(e) lors de cette étude.

J'accepte de réaliser les deux consultations prévues pour le mémoire, à deux semaines d'intervalle, de changer de praticien aléatoirement durant la durée de l'étude et de répondre aux deux questionnaires.

J'atteste sur l'honneur ne pas être sous traitement provisoire (< 12 mois) ou en période d'altération de traitement, à savoir arrêt ou reprise de médicament(s) ou d'autres thérapies.

Je confirme ne pas avoir de motif de consultation correspondant à la main droite : lieu de focalisation imposé pour le groupe témoin.

En ces termes, j'accepte de participer à cette étude.

Le _____, à Labège, UCO.

Signature :

Code patient(e) associé :

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

Un code patient d'un certain lot vous a été attribué. Regardez sous le cache opaque afin de savoir dans quel groupe vous êtes affecté.

Vous trouverez au verso un résumé explicatif des exercices demandés en fonction du groupe « Testé » ou « Témoin ».

Veillez maintenir le secret sur le groupe auquel vous êtes affiliés et les exercices demandés, et ce, pour les deux consultations à venir.

Merci !

LOTS	GRUPE « TESTÉ »	GRUPE « TÉMOIN »
Lot 1		
Lot 2		
Lot 3		
Lot 4		
Lot 5		
Lot 6		
Lot 7		
Lot 8		
Lot 9		
Lot 10		

Au verso, vous trouverez la description des deux groupes.

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

➤ Groupe « Testé » :

Le groupe « Testé » représente le groupe sur lequel l'expérience de l'implication psychique **libre** du patient sera réalisée.

Elle consiste à laisser le patient se laisser guider par ses sensations, et apposer son attention sur une zone de son corps qu'il aura **choisi de lui-même** et de tenter de ressentir les mouvements locaux en relâchant au maximum la zone ciblée et en y projetant des images de fonction et de structure perçues comme « saines ».

➤ Groupe « Témoin »

Le groupe « Témoin » représente le groupe permettant de comparer et critiquer les résultats du groupe « Testé » en y opposant l'expérience de l'implication psychique **ciblée** du patient.

Elle consiste à imposer au patient d'apposer son attention sur **la main droite** et de tenter de ressentir les mouvements locaux en la relâchant au maximum et en y projetant des images de fonction et de structure perçues comme « saines ».

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

Cette version est destinée à l'impression. Rempli, aléatoirement par la personne ayant rempli le tableau de l'ANNEXE.10. Cette impression peut être réalisée par les praticiens.

LOT 1 :

321
451
011
590
156
333

LOT 2 :

483
912
583
178
058
345

LOT 3 :

402
444
809
109
567
709

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

LOT 4 :

571
411
157
367
056
745

LOT 5 :

193
862
557
348
467
723

LOT 6 :

550
834
888
067
390
821

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

LOT 7 :

581
028
483
371
123
023

LOT 8 :

430
583
744
065
122
352

LOT 9 :

092
145
364
789
501
061

RÉPARTITION ALÉATOIRE DES PATIENTS

LOT 10 :

573
681
406
309
036
198

Calcul de la marge d'erreur Ampliation thoracique

NOM Prénom	Mesure du coussin (en cm)
GASOL Julie	57,5
LASSERRE Audrey	58,2
BERNARD Florent	58
BERNARDIS Paul	57,5
FROCHOT Florian	57,6
VALETTE Benoît	58
COUVREUR Corentin	57,5
BARRET Maëlle	57,7
BOUDOT Manon	58,3
DE WAAL Julian	58
DELCOUR Diane	58,4

Δ entre les mesures maximales et minimales	0,9
--	-----

On note une marge d'erreur de **0,45 cm** de part et d'autre des mesures relevées lors des prises d'ampliation thoracique.

Instructions praticiens

Vous êtes un praticien participant au mémoire :

L'ANALYSE DE L'IMPLICATION PSYCHIQUE DU PATIENT DURANT SON TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Quantifier et qualifier l'intervention du patient par sa focalisation sur ses tissus à travers l'approche d'écoute ostéopathique.

Cela implique que vous avez réalisé le stage d'écoute afin d'accorder les perceptions et les conceptions entre praticiens participant au mémoire.

Votre rôle consistera à objectiver les mesures nécessaires à l'étude en les prenant, une nouvelle fois, lors de la 2^e consultation des patients participant au mémoire.

Vous recevrez, au sein des cliniques de l'ITO, les patients, deux semaines après leur 1^{re} consultation ostéopathique, à plus ou moins un jour ouvré. **Les patients auront tous été informés et traités par Diane DELCOUR.**

Votre patient sera au courant du groupe auquel il appartient, « Témoin » ou « Testé », et de l'exercice associé au groupe. **VOUS NE DEVEZ PAS AVOIR CETTE INFORMATION.**

La consultation sera de pratique courante. À savoir, la consultation se déroulera comme une consultation habituelle : anamnèse, diagnostic ostéopathique (opportunité + fonctionnel), traitement.

Ce qui diffère :

- À la fin de l'anamnèse, le patient se met en sous-vêtement. À l'aide du mètre couturiers, le long de K7, K3 si K7 est inaccessible :
 - Mesurez le pourtour thoracique à l'inspiration et à l'expiration maximale.
 - Retenez la 2^e inspiration et expiration maximale.
 - Marquez ces 2 données à l'arrière de l'échelle numérique.
- Une fois le diagnostic ostéopathique établi et l'axe de traitement défini, prenez 5 minutes pour vous poser en écoute sur une zone clé de votre traitement.
 - **Comptez 2 minutes** pour relever les sensations au niveau des couches osseuse et membraneuse.
 - **Comptez 3 minutes** pour laisser le temps au patient de réaliser l'exercice demandé.

La durée totale est courte pour éviter de relever des sensations appartenant au soin. **L'objectif recherché est la réaction des couches osseuse et membraneuse, à la suite de l'intéroception des patients.**

- Entourez sur l'échelle numérique le degré de différence relevé. **Vous pouvez entourer 2 fois si les réactions sont différents entre les couches.**
- Notez vos remarques : description des sensations, réactions du patient, déroulement de l'exercice, etc.
- Avant que le patient ne se rhabille, reprenez les mesures du diamètre thoracique de la même manière qu'au début et notez-les à côté des autres mesures.

C'est fini !

MERCI 

Laisser vos coordonnées au patient, s'il souhaite poursuivre son traitement avec vous !

Relevé question 2 du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Question 2 - Pourriez-vous sélectionner, parmi ces qualificatifs, les 10 termes que vous utiliseriez le plus couramment pour définir vos ressentis lors de l'écoute d'un corps ?

Qualificatifs	Souple	Léger - Lourd	Fluide	Aérien	Éthérique
	129 65%	68	88	5	4
Nombre	Restreint	Lâche	Mobile - Immobile	Saccadé	Stagnant
	116	26	166 83%	20	13
%	Lisse	Granuleux	Fibreux	Rugueux	Dense
	6	5	30	4	176 88%
	Pulpeux	Profond - Superficiel	Localisé	Concentré	Étiré - Rétracté
	0	139 70%	72	10	82
	Lent - Rapide	Fourmillant	Magnétique	Irradiant	Rigide
	126 63%	13	15	31	61
	Tracté	Condensé	Pulsatile	Compact	Images
	67	15	51	18	60
					Formes
					11

Détails de la question 3 du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Question 3 - Pensez-vous à d'autres qualificatifs qui vous sont personnels ? Définissez-les selon vos propres termes.

Elle a été traitée en chiffrant la récurrence des termes proposés. Si les termes n'étaient pas exprimés sous forme d'adjectif, l'adjectif adapté leurs a été attribué et a été retenu.

Termes	Récurrences	%
Chaud-froid	10	14%
Tendu - Détendu	10	14%
Vivant - Vitalité	8	11%
Verrouillé	7	10%
Bloqué/libre	5	7%
Harmonieux	5	7%
Plein / Vide	4	6%
Équilibre - Déséquilibre	4	6%
Circulant	3	4%
Mou	3	4%
Relâché	3	4%
Élastique	2	3%
Dynamique	2	3%
Somato-émotionnel	2	3%
Liquidien	2	3%
Électrique - Irradiant	2	3%
Expansif	2	3%
Calmant (Still point)	2	3%
Espace fermé/Ouvert	2	3%
Homogène	2	3%
Agréable - Désagréable	2	3%
Comprimé	2	3%
Picote	2	3%
Fixé	2	3%
Respirant	2	3%
Congestionné	1	1%
Bouillonnant	1	1%
Rythmé	1	1%
Sec	1	1%
Dilatant	1	1%
Oscillant	1	1%
Tourbillonnant (Vortex)	1	1%
Adhérent	1	1%
Energie (perte - gain)	1	1%
Libre	1	1%

Détails de la question 3 du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Termes	Récurrences	%
Générale (englobant plusieurs système) ou segmentaire.	1	1%
Limité	1	1%
Fonctionnel	1	1%
Fibrosé	1	1%
Compliant (perte de mobilité imprimé par le thérapeute)	1	1%
Pierreux	1	1%
Sans fin	1	1%
Tissus contents	1	1%
Réactif	1	1%
Trouble	1	1%
Sourd	1	1%
Présence	1	1%
Œdémateux	1	1%
À côté de son corps	1	1%
Rayonnant	1	1%
Barricadé	1	1%
Congestionné	1	1%
Asynchronisé	1	1%
Raide	1	1%
Contracté	1	1%
Pincé	1	1%
Survolant	1	1%
Fatigué	1	1%
Buté franche	1	1%
Lumineux	1	1%
Appelé	1	1%
Enroulé	1	1%
Communiquant	1	1%
Compensé	1	1%
Membraneux	1	1%
Sain - Malsain	1	1%
Sensible	1	1%
Dysfonctionnel	1	1%
Beau	1	1%
Ample	1	1%

Détails de la Question 5 du sondage « Ostéopathie et sémantique »

Question 5 - Lors de l'écoute, utilisez-vous d'autres approches de lecture ? Si oui, lesquelles ?

Analyse des approches autres que osseux, membraneux, liquidien et de puissance proposés par 65 sondés, soit 33% des personnes investiguées.

Approches	Récurrences	% par rapport au total de personnes ayant répondu OUI à la Q5
Fascias - Tissulaire	12	18%
Intuitive	6	9%
Densité	6	9%
Biodynamie	5	8%
Vibration	4	6%
Conscientisations du patient	4	6%
Tissu nerveux	3	5%
Pulsologie	3	5%
Émotionnelle	3	5%
Énergétique	3	5%
Compliance	3	5%
Questionnement du corps	2	3%
Imagination	2	3%
Réactions du patient	2	3%
Température	2	3%
Vitalité-> approche cellulaire	2	3%
MRP	2	3%
Analytique	1	2%
Recherches personnelles	1	2%
Magnétique	1	2%
Cranio sacré	1	2%
Plein / Vide	1	2%
Méridien Nadia	1	2%
Souffle	1	2%
Rythme cardiaque	1	2%
Fluidique	1	2%
Fibreuse	1	2%
Projection intention	1	2%
Sensitive	1	2%
Différents niveaux	1	2%
Viscérale	1	2%
Qualité	1	2%
Iridologie	1	2%
Médecine traditionnelle chinoise	1	2%
Visuel	1	2%
Embryonnaires	1	2%

Codage professions

Le codage des professions est réalisé à partir de la classification de l'INSEE proposé dans la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003 qui sert à la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages.¹

Professions	Classement
Chargée de communication mairie	Profession 375b : Cadres des relations publiques et de la communication
Chef de projet, développeur	Profession 388a : Ingénieurs et cadres d'étude, recherche et développement en informatique
Infirmière libérale	Profession 431g : Infirmiers libéraux
Retraitée infirmière	Profession 7700 : Anciens employés
Assistante formation	Profession 423b : Formateurs et animateurs de formation continue
Assistante	Profession 434b : Assistants de service social
Électricien spectacle	Profession 637c : Ouvriers et techniciens des spectacles vivants et audiovisuels
Technicien de maintenance	Profession 477b : Techniciens d'installation et de maintenance des équipements industriels (électriques, électromécaniques, mécaniques, hors informatique)
Étudiant ITO	Profession 8400 : Elèves, étudiants
Étudiante psychomotricité	Profession 8400 : Elèves, étudiants
Ascensoriste	Profession 633d : Electriciens, électroniciens qualifiés en maintenance, entretien : équipements non industriels
Retraitée	Profession 7 : Retraités
Contractuel EPS/chômeur	Profession 424a : Moniteurs et éducateurs sportifs, sportifs professionnels
Étudiante ITO	Profession 8400 : Elèves, étudiants
ASH Rangueil	Profession 525d : Agents de service hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)
Retraitée administration	Profession 7700 : Anciens employés
Étudiant Master Gestion	Profession 8400 : Elèves, étudiants
Collaboratrice architecte	Profession 382b : Architectes salariés
Étudiant ITO, employé polyvalent en restauration rapide	Profession 8400 : Elèves, étudiants
Chargée de communication	Profession 375b : Cadres des relations publiques et de la communication
ATSEM	Profession 422e : Surveillants et aides-éducateurs des établissements d'enseignement
Professeur d'EPS	Profession 424a : Moniteurs et éducateurs sportifs, sportifs professionnels
Étudiant et préparateur de commandes	Profession 8400 : Elèves, étudiants
Pilote de ligne	Profession 389b : Officiers et cadres navigants techniques et commerciaux de l'aviation civile

¹ Le 11/03/2021 :

Analyses des remarques de l'ENEP

I. Traitement des remarques libres associées à l'ENEP

Le traitement des remarques libres associées à l'ENEP est effectué avec un relevé de champs lexicaux. Pour ce faire, un code couleur est utilisé.

ENEP 0

- Sensation de fourmillements.
- Très lent. Sensation tissulaire membraneuse très dense et étirée, élastique.

ENEP 1

- Dès le début de l'intéroception, sensation brutale de mouvement au niveau osseux.
- En profondeur. Au niveau cage thoracique. A répondu rapidement après l'exercice. Est retombé par la suite, aussi vite. Puis à repris en profondeur. Vibratoire.
- Sensation de vibration au niveau de l'os (tibia) intégral. Pulsatile.
- Gros tremblements des membres inférieurs. Zone de traitement : petit bassin. Surtout membraneux au départ.
- Réaction lente suite à l'exercice.
- Membraneux a répondu très vite, très puissamment par rapport à l'osseux.
- Le membraneux a très vite travaillé, relâchant la structure viscérale. L'osseux était plus lent à se mouvoir. Tressautement du patient au bout d'une minute.
- Grande réaction profonde au niveau membranaire. Patiente avide d'essayer l'exercice. Déjà sensibilisée à l'écoute de son corps. Respirations plus amples.
- Personne non sensibilisée à la "méditation". Lent à réagir.
- Membraneux a répondu très rapidement. Osseux a suivi quelque temps après.
- Très gros relâchement au niveau membranaire. Lent.
- Lent. Profond.
- Réaction très rapide dans les premiers instants.
- Léger à démarrer sur les deux tissus, léger en intensité. L'osseux et le membraneux semblaient se mouvoir d'une façon similaire.
- Très lent à démarrer. Mais une fois le mouvement engendré, le changement a eu lieu en profondeur.
- Très lent, les mouvements. Par contre réaction rapide. Osseux et membraneux semblaient se mouvoir en unité.

ENEP 2

- Surtout sur C3.
- Tissu osseux : Paramètre restreint plus marqué que sans "intervention" du patient. Plus de sensation que le massif musculaire se tendait. Tissu membraneux : Même observation que pour le tissu osseux mais encore plus marqué. Plus aucune élasticité.
- Réaction de pleurs du patient sur le membraneux. Soulagement immédiat.
- Tissu osseux : relâchement immédiat. Tissu membraneux : relâchement lent, sensation élastique avec des inclinaisons.
- Sensation de mal croissant pendant les 10 premières secondes.
- Après participation du patient, le travail sur la zone a été facilité ++. (Tissus et fascias mieux.) En osseux, pas beaucoup de changement, très léger.
- Sensation de "vie" dans les tissus du crâne. Gonflement, respiration ample et rapide aussi bien en osseux qu'en membraneux.
- Relâchement global des tissus lors de l'exercice mais surtout modification de la respiration du patient.

Analyses des remarques de l'ENEP

- Le tissu osseux est resté dense mais c'est comme si des vaguelettes de mouvement tissulaires pouvaient se diffuser un peu plus loin dans l'os. C'était bien plus flagrant avec la membrane !
- Peu, voire pas de mobilité tissulaire (os ou membrane) sans l'intéroception. Un mouvement flagrant membranaire quand intéroception.
- Relâchement tissulaire et gain d'amplitude non constant lors de l'exercice.
- Arrêt des mouvements pendant la focalisation de la patiente.
- Libération des tensions et relance légère du mouvement.
- Patient auquel il a fallu rappeler la consigne en début de consultation. Placement pour l'exercice sur le tibia droit. Sa focalisation n'a pas du tout "aidé" les tissus à gagner en mobilité, au contraire.
- Dysfonction en membraneux de base sur la zone, nette amélioration.
- "Ca fond comme dans du beurre." Endormissement quasi systématique du patient. Membraneux sur le sternum, osseux sur le pariétal gauche.
- Still point pendant l'exercice, perturbe un peu la prise de données osseuses.
- Phase de densification du tissu, puis relâchement.

II. Classement des champs lexicaux

Tableau A16-1 : Champs lexicaux de l'«intensité »

Thématique	Récurrence	Termes
Intensité	8	« très »
	1	« nette »
	2	« gros »
	1	« quasi systématique »
	1	« bien plus »
	1	« grande »
	1	« croissant »
	1	« global »
	1	« puissamment »
	1	« brutale »
	2	« flagrant »
	1	« ++ »
	8	« plus »
	1	« pas du tout [...], au contraire »
	1	« nette »
	3	« surtout »
	5	« profonde » ; « profondeur » ; « profond »
TOTAL	39	

Analyses des remarques de l'ENEP

Tableau A16-2 : Champs lexical des « changements marquants »

Thématique	Réurrence	Termes
Changements marquants	2	« vibratoire » ; « sensation de vibration »
	1	« tremblements des membres inférieurs »
	1	« pulsatile »
	5	« réaction » ; « réaction de pleurs »
	7	« relâchant » ; « relâchement »
	1	« tressautement »
	3	« respiration [plus] amples » ; « respiration ample et rapide » ; « modification de la respiration »
	10	« semblaient se mouvoir d'une façon similaire » ; « mouvement engendré » ; « mouvoir en unité » ; « des vaguelettes de mouvement tissulaires » ; « Arrêt des mouvements » ; « relance [...] du mouvement » ; « sensation [...] de mouvement »
	1	« changement »
	1	« aucune élasticité »
	1	« restreint [...] marqué »
	1	« tendait »
	1	« soulagement »
	3	« sensation élastique avec des inclinaisons » ; « sensation de mal » ; « sensation de "vie" »
	1	« libération des tensions »
	1	« still point »
	1	« "Ca fond comme dans du beurre." »
	1	« endormissement »
1	« amélioration »	
1	« peu, voire pas de mobilité [...] sans intéroception »	
1	« densification »	
TOTAL	45	

Tableau A16-3 : Champs lexical de la « rapidité »

Thématique	Réurrence	Termes
Rapidité	1	« dès le début »
	5	« rapidement » ; « rapide »
	3	« aussi vite » ; « vite »
	1	« premiers instants »
	2	« immédiat »
	1	« pendant les 10 premières secondes »
TOTAL	13	

Tableau A16-4 : Champs lexical de la « lenteur » et de la « légèreté »

Thématique	Réurrence	Termes
Lenteur	9	« lent » ; « lente » ; « léger à démarrer »
TOTAL	9	
Légèreté	3	« léger » ; « légère »
	1	« pas beaucoup de changement »
TOTAL	4	

CARNET DE SUIVI DE LA FORMATION À LA MÉDITATION

Réflexion et Analyse

DATE 05/11/2018 N° 1

THÈME	Mise en place de l'orientation de la formation
QUESTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Vers quel axe orienter la formation ? Faut-il former les patients à se relaxer ? • Quel est l'objectif de la formation ? • Quel objectif cherchons-nous à atteindre avec les patients ? • De combien de temps disposons-nous avec les patients pour réaliser l'objectif ? • Faut-il guider les patients à se focaliser sur des zones en particuliers ? Ex : Motif de consultation ?
AVANTAGES	Il existe une panoplie de méthodes accessibles.
INCONVÉNIENTS	<ul style="list-style-type: none"> • La limitation du temps à 15 min voire 20 min maximum. • Le maintien de la concentration sur des zones de tensions du corps, autres que l'endroit où sont posées les mains du praticien, peut s'avérer TRÈS compliqué. Les mains posées sur le corps peuvent être comparées à une balise, attirant l'attention du patient sur la zone où elles sont posées. → Trop-plein d'information. • Plus de difficultés avec des patients non familiarisés avec le concept de la méditation.
BILAN	La formation va s'orienter sur l'étude de diverses méthodes et concepts de méditation afin de profiler ces dernières, les distiller et en soutirer un protocole rapide, efficace auprès de patients inexpérimentés, de tout âge.

CARNET DE SUIVI DE LA FORMATION À LA MÉDITATION

Réflexion et Analyse

DATE 10/12/2018 N° 2

THÈME	<p>Expérimentation de la méthode de Body Scan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En décubitus, dans une pièce tamisée. On se détend. 2. Le thérapeute explique le déroulement de la séance. 3. Il demande 3 amples respirations puis frappe le bol tibétain pour émettre un long son nous faisant glisser dans la méditation et la concentration. 4. Le thérapeute débute par la visualisation de l'hallux G, des orteils G, du pied G, de l'hallux D, des orteils D, du pied D pour remonter le long des jambes, du bassin, de l'abdomen et ses viscères, du torse, des membres supérieurs, du cou puis du crâne et du visage. 5. On doit focaliser notre attention tour à tour sur ces zones. 6. La fin de séance est marquée de nouveau par 3 amples respirations puis le son du bol tibétain.
QUESTIONNEMENT	<p>→ Mathieu Ricard – Bras droit du Dalaï-Lama. → Thierry Janssen (Belge)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les zones de tensions, oui, on les sent. Mais qu'en est-il des zones que l'on n'arrive pas à cibler, à ressentir, à atteindre ? • Maîtrise du patient : peut-il s'échapper et partir trop loin, de sorte à ce qu'on ait du mal à récupérer le patient ?
AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> • Réussite de la méthode : Scan total du corps. Oui. • Très intéressant. Permet de scanner tout le corps et de cibler : <ul style="list-style-type: none"> ○ les zones "évitées" plus ou moins inconsciemment, ○ les zones de tensions, à fortes activités (Qui pousse ? Qui tracte ?), ○ les zone "inaccessibles" → zones de silence ? • Éducation : apprendre à conscientiser son corps. • Expérience vécue : arrivant aux yeux, une image puis plus rien. Je suis déconnectée, durant un temps, de ce qui m'entoure. Je ne pense pas m'être endormie. La voix de David me ramène au présent. → Faut-il continuer à parler constamment durant l'exercice par sécurité ?
INCONVÉNIENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Durée : 20 min. Un peu long. • Nécessité d'une pré-conscience de son corps et/ou d'une expérience de body scan ? Sinon plus long ? (là je ne comprends trop « le plus long ». Faut-il une expérience plus longue ?) • Très fatigant mentalement : pas de détente. Ajouté au traitement ostéopathique parallèle serait-ce trop demandant ?

CARNET DE SUIVI DE LA FORMATION À LA MÉDITATION

Réflexion et Analyse

- Inertie du relâchement et du laisser-aller.

BILAN

Apprendre à contrôler le risque pour le patient de ces méthodes en tant que praticien (patient qui s'échappe, patient ouvrant des portes sur des traumatismes nécessitant une aide complémentaire à l'ostéo).
Méthode intéressante mais chronophage.

DATE 21/12/2018 N° 3

THÈME

Expérimentation d'une méthode de respiration consciente au travers d'une zone choisie du corps :

1. Assis. On se détend. On prend 3 amples respirations.
2. On respire consciemment.
3. On sent ses respirations suivantes pénétrer son corps, chaque parcelle du corps respire.
4. On focalise notre attention sur des zones de tensions. Combien y en a-t-il ?
5. Si cela peut aider à la focalisation, poser sa main sur la zone choisie.
6. Respirer à travers la zone.

QUESTIONNEMENT

- Faut-il orienter le patient ?
 - Vers la zone de motif de consultation ?
 - Vers une zone de tension, douleur, gêne ?
 - Vers une zone symbolique ?
 - Vers une zone facile d'accès ?
 - Vers une zone agréable ?
 - Vers une zone de son choix ?
- Faut-il laisser le patient totalement maître de la focalisation de son attention ?
- Faut-il le faire assis ou couché ? En position de contrainte ou de repos ?
- Quelle serait l'utilité de faire ressortir dans les questionnaires les différentes zones choisies ?

AVANTAGES

- Approche globale du corps en moins de 5 minutes.
- Se focaliser sur une zone de tension, douleur, gêne ou agréable est probablement plus aisé.

INCONVÉNIENTS

- La nécessité d'une première démonstration explicative rapide (<3') afin de pouvoir reproduire le schéma durant la consultation.
- Il serait préférable que le patient ne soit pas trop orienté (ex : zone facile d'accès) afin de ne pas passer à côté de choses que l'on ignore et qui auraient permis d'accompagner plus efficacement le traitement.

CARNET DE SUIVI DE LA FORMATION À LA MÉDITATION

Réflexion et Analyse

- La focalisation sur le motif de consultation pourrait être trop restrictive car celle-ci peut cacher la réelle raison de la venue du patient.
- La focalisation sur une zone symbolique ne serait pas appropriée pour tous les types de patients.

BILAN

Cette approche permet un scan très rapide du corps du patient.

Le mieux serait de guider un minimum le patient en lui laissant le choix de se focaliser sur une zone soit agréable, soit désagréable (traitement direct/indirect ?). Le patient ne devrait-il pas savoir sur quoi se focaliser ?

Afin de pouvoir comparer les groupes parallèles de l'essai, il faut une référence. Cette dernière pourrait être obtenue en appliquant, lors des tests globaux, le même test à tous les patients d'écoute crâniale à toucher aux différents plans : puissance, liquidien, membraneux, osseux.

DATE 09/01/2019 N° 4

THÈME

Évaluation du discours et du temps de l'exercice.

QUESTIONNEMENT

- Combien de temps, en moyenne, dure l'exercice ?
- Quel discours protocolaire faut-il tenir afin d'initier le patient à l'exercice et lui permettre de l'appliquer en autonomie durant la période de soin ?

AVANTAGES

- Rapide.
- Adaptable au patient.
- Protocole accessible pour des praticiens débutant dans le domaine de la méditation.

INCONVÉNIENTS

- La partie du corps choisie par le patient sera une grande variable. Une inconnue.

BILAN

Déroulement d'une séance :

- Salle d'attente → Box (1')
- Motif de consultation et anamnèse (15')
- Introduction à l'exercice (2')
- « Vous allez vous reculer légèrement.
- Posez les pieds bien au sol.
- Sans être trop tendue, vous allez vous redresser, les fesses bien au fond de la chaise.
- Posez les mains sur vos genoux, laissez tomber les épaules.
- Fermez les yeux.

CARNET DE SUIVI DE LA FORMATION À LA MÉDITATION

Réflexion et Analyse

- Vous allez prendre une grande respiration ample. → *J'accompagne*.
- Focalisez votre attention sur une partie de votre corps qui vous attire. Si aucune zone n'attire votre attention, focalisez-la sur votre main droite. → *Attente de quelques secondes*.
- Imaginez un cercle qui représente votre respiration et placez cette zone sur ce cercle.
- Prenez 2 respirations traversant, avec ce cercle, cette zone (pas clair du tout !). → *J'accompagne*.
- Maintenant reprenez une grande respiration ample. → *J'accompagne*.
- Ouvrez les yeux. »
- On passe aux tests nous permettant d'établir un diagnostic (15') :
 - o Observation et palpation.
 - o Tests debout : TFD, commère, squat, inclinaison, rotation de la tête et du buste, appui unipodale, etc.
 - o Tests assis : TFA, inclinaison, rotation de la tête et du buste, mobilisation et palpation de la colonne, etc.
 - o Décubitus : palpation, CS, test du diaphragme, 10 steps, etc.
 - o Procubitus : palpation, etc.
- Diagnostic établi. Phase de soin (12').
- « Je vais aider votre corps à agir sur tel et tel axe. Vous allez m'accompagner par d'amples respirations et vous allez reproduire l'exercice que l'on a fait au début en focalisant votre attention sur une partie de votre corps qui vous attire. »