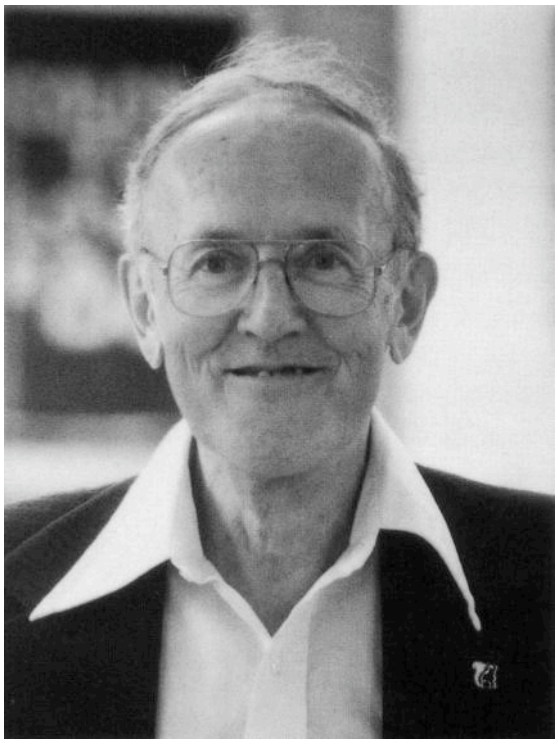
Seuls les tissus savent

(J. A. Duval)



Une approche de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, D.O.

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme en ostéopathie
Session février 2004 – ISO Aix-en-Provence

Par : Antoine Astier
Tuteur de mémoire : Hélène Bartissol, D.O.(M.R.O.F)

Résumé

Ce mémoire présente une approche de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, D.O., élève de W.G. Sutherland et continuateur de ses recherches.
La bibliographie concernant Rollin E. Becker est essentiellement anglophone, constituée de notes de cours, conférences, articles et correspondances.
Le lecteur trouvera donc dans cet ouvrage une traduction, un regroupement et une synthèse des principaux thèmes abordés par Rollin E. Becker.

Abstract

This memoir is an approach of the philosophy and practice of Rollin E. Becker, D.O., student of W.G. Sutherland and continuer of his research.
The bibliography about Rollin E. Becker is essentially Anglophone, constituted by course notes, lectures, articles and correspondence.
The reader will find in this work a translation, a grouping and a synthesis of the main themes approached by Rollin E. Becker.

Table des matières

Résumé …… 2
Abstract …… 3
Table des matières et des illustrations …… 4
I Introduction …… 6
II Prologue …… 8
2-1 Éléments biographiques …… 8
2-2 Ouvrages de références …… 9
2-3 Contexte ostéopathique …… 11
2-3-1 Les débuts de l'ostéopathie …… 11
2-3-2 Les débuts du concept crânien …… 12
2-3-3 Le concept crânien après W.G. Sutherland …… 13
2-3-4 Le cheminement de Rollin E. Becker …… 13
III Philosophie
3-1 Les difficultés de transmission du concept …… 16
3-1-1 La terminologie …… 16
3-1-2 La pédagogie …… 18
3-1-3 La spiritualité …… 19
3-2 Homéostasie et santé …… 23
3-2-1 L'homéostasie …… 23
3-2-2 Une certaine approche de la santé …… 24
3-2-3 La physiologie corporelle en action …… 25
3-2-4 Une définition de la santé …… 27
3-3 Le médecin intérieur …… 28
3-3-1 Seuls les tissus savent …… 28
3-3-2 Le médecin intérieur …… 29
3-3-3 Le schéma de santé …… 31
3-3-4 Physiologie corporelle et santé …… 32
3-3-5 Conséquences pour le diagnostic et le traitement 33
3-4 Marées, Souffle de Vie et immobilité …… 35
3-4-1 Le liquide céphalo-rachidien …… 35
3-4-2 La marée …… 37
3-4-3 La grande marée …… 38
3-4-4 Le Souffle de Vie …… 41
3-4-5 L'immobilité …… 44
3-5 L’apprentissage philosophique …… 50
3-5-1 Les bases …… 50
3-5-2 Renoncer à son ego …… 52
3-5-3 L'intention, traiter l'être ou le corps …… 53
3-5-4 Un toucher vivant, la syntonisation …… 56
3-5-5 Une voie d’évolution …… 57
IV Pratique
4-1 L’apprentissage pratique …… 58
4-1-1 Apprendre à ressentir …… 58
4-1-2 Les étapes de l’apprentissage …… 59

4-1-3 Quelques conseils …… 61
4-2 La palpation … ……... 65
4-2-1 Un auto-apprentissage …… 65
4-2-2 Quatre niveaux d'habileté palpatoire …… 66
4-2-3 Écouter et ressentir avec tout le corps …… 69
4-2-4 Le toucher diagnostique …… 71
4-2-5 Précaution et incidence …… 74
4-3 Utilisation de la marée …… 76
4-3-1 Une approche globale …… 76
4-3-2 Des tests diagnostiques …… 77
4-3-3 Le contrôle de la fluctuation du LCR …… 78
4-4 Fulcrums et still-points …… 82
4-4-1 Les fulcrums …… 82
4-4-2 Les still-points …… 86
4-4-3 Les phases de correction-traitement …… 88
4-5 Les patients, les séances …… 91
4-5-1 Les patients …… 91
4-5-2 Les séances …… 93
V Conclusion …… 96
Remerciements …… 97
Bibliographie …… 98

Table des illustrations

Page 1, photo de Rollin Becker, Life in Motion,4ème de couverture.
Page 11, photo de A.T. Stills, appartenant au muséum de Kirksville, diffusée sur le site de Florence Bruegghe, "Sur les pas de Charlotte Weaver", http://www.bruegghe.org/, mémoire de fin d'étude, Cetohm, juin 2002.
Page 12, portrait de W.G. Sutherland, Textes Fondateurs de l'Ostéopathie dans le Champ Crânien, 1ère de couverture
Page 16, technique pour le bras, de la main à l'épaule, Life in Motion, p. 197.
Page 23, technique pour la zone basilaire du crâne, Life in Motion, p. 197.
Page 28, technique pour l'articulation occiput-atlas, Life in Motion, p. 195.
Page 35, technique pour la zone thoracique basse, Life in Motion, p. 188.
Page 50, technique pour le pied, Life in Motion, p. 200.
Page 58, technique pour la zone basilaire du crâne, Life in Motion, p. 195.
Page 65, technique pour la cage thoracique, Life in Motion, p. 191.
Page 76, technique pour le foie, Life in Motion, p. 191.
Page 82, technique pour le sacrum et le bassin, Life in Motion, p. 184.
Page 91, technique pour la membrane interosseuse entre tibia et fibula, Life in Motion, p. 200.

I Introduction

"Seuls les tissus savent".
Cette petite phrase troublante, attribuée à Rollin E. Becker, je l'ai entendue pour la première fois lors de mes études, en 4ème année, dans un cours sur les fascias. Je l'ai ensuite vue, utilisée comme titre pour une intervention dans un symposium annoncé dans l'ApoStill[1] et je l'ai enfin revue, utilisée en tant que sous-titre lors de mon premier séminaire post-grade, en ostéopathie tissulaire avec Pierre Tricot. J'ai alors obtenu une idée plus claire de sa signification.

Cependant, cette petite phrase bousculait tout l'enseignement que j'avais reçu et, qui plus est, investissait les tissus d'une forme de conscience éclairée.
Dans les collèges, l'enseignement de l'histoire de l'ostéopathie se résume le plus souvent à celles d'Andrew Taylor Still et de William Garner Sutherland, voire à celle de John Martin Littlejohn. Rollin E. Becker n'y est pas mentionné, ni aucun de ceux qui ont poursuivi les recherches et l'enseignement de ces trois pionniers.
L'enseignement du concept crânien est généralement restreint à l'approche osseuse et membraneuse, avec quelques notions fluidiques, base indispensable, mais laisse l'étude des concepts qui ont suivi à la responsabilité des étudiants, par des cours en post-gradués et une recherche personnelle. Ce qui semble somme toute raisonnable, cette approche manquant douloureusement de justifications scientifiques et demandant une palpation bien entraînée.

J'ai donc voulu en savoir plus en remontant à la source, mais je me suis vite aperçu que la philosophie et la pratique ostéopathiques de Rollin Becker, héritées de W.G. Sutherland, ne sont pas vraiment disponibles au lecteur francophone. Il existe un petit livre, celui de Jacques Andreva Duval, D.O., élève direct de Rollin Becker, intitulé "Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques", mais ce livre, publié en 1976, qui a fait connaître Rollin Becker aux ostéopathes francophones, est actuellement épuisé et bien difficile à se procurer. Il existe également quelques traductions d'articles de Rollin Becker, mais cela me semblait insuffisant.
Je constatais alors qu'il existait bien une bibliographie concernant Rollin E. Becker, mais que celle-ci était essentiellement anglophone et sous forme d'articles, de notes de cours, de textes de conférences et de correspondances, rassemblés dans deux livres : "Life in Motion" publié en 1997 et " The Stillness of Life" publié en 2000.

Devant ces difficultés à obtenir des données justifiant la phrase "Seuls les tissus savent", et n'ayant pourtant aucune qualification particulière pour me lancer dans un travail de traduction, je me suis proposé de présenter en français une approche de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, à partir du matériel disponible actuellement et principalement anglophone.
À l'évocation de "Seuls les tissus savent" comme sujet de mémoire, Pierre Tricot avec qui j'échange volontiers par courriel (courrier électronique), me répondit tout d'abord que le sujet était délicat, les concepts développés étant loin d'être admis dans la communauté des ostéopathes. Puis, en interrogeant mes professeurs, M. Bourdinaud, académicien co-responsable des mémoires dans mon école et M. Minodier, enseignant les techniques

[1] Only Tissues Know, Jean-Pierre Barral, Apostill n°9, Automne 2001, p. 62.

structurelles, ceux-ci parurent enthousiastes, trouvant ce choix intéressant et original. La décision fut donc prise.

Quelques mois plus tard, Pierre Tricot m'informa qu'il travaillait en tant que correcteur et superviseur, à la traduction de "Life in Motion", effectuée par Valérie Espinasse pour le compte de la Cranial Academy et qu'il acceptait de me communiquer cette traduction en cours pour les besoins de mon mémoire. Cela a allégé la partie traduction de mon travail, qui concerne donc principalement les extraits de "The Stillness of Life", mais j'ai tout de même modifié certains passages de "la Vie en Mouvement", quand cela m'a semblé nécessaire.

À la lecture de "La Vie en Mouvement" et de "The Stillness of Life", il m'est vite apparu qu'il ne pouvait être question pour moi de rentrer dans une approche critique ou comparative de tel ou tel aspect du concept présenté, car celui-ci repose sur un art palpatoire qui est aujourd'hui encore, au-delà de mes capacités personnelles. Comme le dit Rollin Becker lui-même :

« Pour la plupart d'entre nous, le développement de doigts pensant, ressentant, voyant et connaissant afin d'expérimenter chez nos patients le legs du Dr Sutherland concernant toutes les phases du mécanisme respiratoire primaire, est un processus douloureusement lent. »

« It is a painfully slow process for most of us to develop our own thinking-feeling-seeing-knowing fingers so as to experience within our patients that which Dr. Sutherland gave us concerning all phases of the primary respiratory mechanism. »[2]

Ce travail est donc une traduction, un regroupement et une synthèse des principaux thèmes abordés par Rollin E. Becker dans ses articles, notes de cours, textes de conférences et correspondances, tels qu'ils apparaissent dans les publications précitées. J'espère qu'il intéressera le lecteur et lui donnera une idée assez claire de la philosophie et de la pratique de Rollin E. Becker, D.O., résumées dans la litote "Seuls les tissus savent".

Avertissement

Comme ci-dessus, toutes les citations proposées seront reproduites en **gra**s et celles résultant d'une traduction personnelle (ou du travail en cours de Valérie Espinasse et Pierre Tricot) seront suivies du texte original, en *italiques*, permettant au lecteur anglophone d'avoir une approche plus exacte du ton et de la formulation originale de Rollin Becker. Certains termes comme "fulcrum" (point d'appui) ou "still-point" (point tranquille ou point immobile), étant communément utilisés dans le jargon ostéopathique francophone, ont été laissés en l'état. Dans le même esprit, le mot "physician" (médecin) a parfois été traduit par "praticien" quand il se rapportait exclusivement à l'exercice ostéopathique.

[2] Rollin E. Becker, Life in Motion, p. 92-93.

II Prologue

2-1 Éléments biographiques

Rollin E. Becker est né en 1910, aux Etats-Unis, au sein d'une lignée d'ostéopathes.
Son père, Arthur D. Becker, D.O., un des premiers étudiants de Still, ostéopathe reconnu et respecté, fit partie du corps enseignant de l'American School of Osteopathy et fut plus tard doyen de deux collèges d'ostéopathie.
Son frère, Alan R. Becker, suivra également cette voie, trois ans après Rollin, et pratiquera l'ostéopathie à Hawaii.
Sa mère, Mabel, animée par de profondes convictions spirituelles, transmit ses valeurs à ses enfants.
En 1934, Rollin Becker obtient le diplôme de l'American School of Osteopathy, qui deviendra par la suite le Kirksville College of Osteopathic Medicine, dans le Missouri.
En 1936, après avoir passé quelque temps dans l'Oklahoma, il s'établit à Pontiac, Michigan, où il restera treize ans.
Il pratique alors la médecine générale, faisant un peu de tout, dont chirurgie et obstétrique, mais aussi beaucoup d'ostéopathie.
En 1944, il rencontre William Garner Sutherland.[3]
En 1948, il devient membre du corps enseignant dans l'un des cours du Dr Sutherland.
En 1949, il s'installe à Dallas, Texas, et continue à œuvrer avec le Dr Sutherland, dont il devient un proche.
En 1962, il succède à Howard Lippincott à la présidence de la Sutherland Cranial Teaching Foundation, organisation de formation à but non lucratif ayant pour objectif de perpétuer les enseignements de W. G. Sutherland et l'ostéopathie crânienne. Il assumera ce poste jusqu'en 1979. Il participera également à l'Académie Américaine d'Ostéopathie ainsi qu'à l'Académie Crânienne dont il fût président en 1950-51.
En 1989, il prend sa retraite, à 79 ans.
Rollin E. Becker décède le 25 novembre 1996, à 86 ans, des suites d'une longue maladie.
Sa femme Ardath, et ses enfants Donald (MD) et Ginny, en collaboration avec les Drs Anne Wales, D.O., et Rachel Brooks, M.D., ont contribué à l'élaboration des ouvrages présentant la philosophie de Rollin Becker.

[3] À cette époque, W.G. Sutherland a 71 ans, dans son évolution c'est la fin de la période biomécanique (1899-1948) que l'on peut subdiviser en trois périodes distinctes : concept osseux (1899-1933), membranes de tension réciproques et motilité du système nerveux central (1933-1942), notions fluidiques (1942-1948), la période suivante intitulée biodynamique par Becker lui-même est constituée par l'étude des forces inhérentes du corps incluant la trame du mécanisme respiratoire primaire (de 1948 à 1954). Pour plus de détails, voir le mémoire de fin d'étude d' Isabelle Schmitt D.O., présenté en décembre 2000 : "Évolution des perceptions chez W.G. Sutherland".

2-2 Ouvrages de référence[4]

Ouvrages francophones :

Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges réciproques.

Jacques Andreva Duval, D.O., français, membre du registre des ostéopathes de Grande-Bretagne, s'est rendu à Dallas, Texas, pour apprendre directement auprès de Rollin Becker sa philosophie et ses techniques ostéopathiques. Il s'est lié d'amitié avec le Dr Becker. Les différents séjours qu'il fit à Dallas, travaillant dans le cabinet et sur les patients de Rollin Becker lui ont inspiré ce petit livre, écrit en français et publié en 1976.
Considérant Rollin Becker comme un Maître, il continue à transmettre ce savoir, comme un "chemin d'initiation".

Clinique Ostéopathique dans le Champ Crânien.

Richard A. Feely, D.O., a collecté et publié, en 1988, des articles de référence, représentatifs de l'ostéopathie dans le champ crânien. Henri O. Louwette, D.O., a traduit cet ouvrage en français, qui comprend deux articles de Rollin E. Becker : la Quatrième partie de l'article "Le diagnostic par le toucher" et un article intitulé "Traumatisme crânio-sacré chez l'adulte".

Ouvrages anglophones :

Outre celui de Jacques Andreva Duval, les deux ouvrages présentant la philosophie ostéopathique de Rollin Becker, en anglais, ont été compilés et publiés par Rachel E. Brooks, M.D, qui fut fortement influencée par Rollin Becker, qu'elle rencontra à de multiples reprises de 1975 à 1996. Ce projet, débuté en 1991 avec l'accord de Rollin Becker, ne se concrétisa qu'après la mort de ce dernier (1996), soit en 1997 avec la publication de *Life in Motion*, puis en 2000 avec celle de *The Stillness of Lif*e.

Life in Motion (La Vie en Mouvement)

La Vie en Mouvement présente l'approche et le développement de la philosophie de Rollin Becker, ainsi que son application pratique. Il se compose d'exposés écrits et oraux qu'il présenta en public devant ses collègues.
Le matériel contenu dans ce livre couvre une période de trente ans, allant de 1958 à 1988. Il provient de diverses sources, parmi lesquelles des communications destinées à la présentation de conférences et à la publication d'articles, des transcriptions d'enregistrement de conférences et de conversations avec son fils (Donald Becker, M.D.), ainsi que des résumés et notes prises dans diverses intentions.

---

[4] Excepté celle relative aux ouvrages francophones, cette présentation des ouvrages de référence est une adaptation personnelle de différentes parties des introductions de *Life in Motion* et de *The Stillness of Life*, rédigées par Rachel E. Brooks, M.D.

The Stillness of Life (L'Immobilité de la Vie)

L'Immobilité de la Vie présente les communications plus personnelles et privées de Rollin Becker. Il se compose de discussions sur une grande variété de sujets ostéopathiques avec d'une part des réflexions sur les concepts de base qu'il eut avec son fils Donald pendant sa formation médicale et d'autre part des essais de mise en mots des aspects énergétiques et spirituels de son approche.
Le matériel contenu dans ce livre couvre une période allant de 1949 à 1987. Certaines de ces communications ont été présentées en conférences publiques, mais la plupart proviennent de conversations personnelles, de correspondances privées ou de méditations personnelles. Une partie des concepts proposés a été abandonnée en cours de route par Rollin Becker, soit parce qu'il les considéra finalement incorrects, soit parce qu'il éprouva des difficultés à les transmettre avec justesse.

Mouvement et immobilité

Pour Rollin Becker, l'ostéopathie a pour thèmes principaux la « Vie en mouvement » et « l'Immobilité ». Il estimait que tout ce qui est vivant est en mouvement, que la vie elle-même se manifestait par le mouvement. Pour lui, l'une des façons de décrire l'état appelé santé est la présence d'une complète liberté de mouvement à l'intérieur d'un être vivant, à tous les niveaux. Aider les patients à restaurer leur état de santé nécessite donc de trouver et libérer les restrictions de mouvement.
Tout en sachant que la vie se manifeste sous forme de mouvement, il comprenait également que l'énergie de la vie réside dans l'Immobilité, qui centre tout mouvement. Il percevait qu'il existe une force fondamentale, une puissance à l'intérieur de tous les êtres vivants, aussi longtemps qu'ils sont vivants. Toute vie provient de cette force, et la nature de cette force est l'immobilité, une immobilité dynamique chargée de potentiel, une immobilité que l'on peut apprendre à percevoir aussi sûrement que l'on peut percevoir le mouvement.
Ces propriétés de la vie, du mouvement, du potentiel inhérent (la force fondamentale) et de l'immobilité constituent les ressources disponibles permettant de restaurer la santé.

Dans la plupart de ses interventions, le Dr Becker insistait plus sur le mouvement que sur l'immobilité, car le concept de mouvement et les qualités requises pour l'appliquer se maîtrisent plus facilement. Toutefois, dans ses réflexions personnelles et ses communications privées, il mettait l'accent sur l'immobilité, considérant acquis et intégrés les concepts préalables à sa compréhension.

2-3 Contexte ostéopathique

2-3-1 Les débuts de l'ostéopathie

Le Dr Andrew Taylor Still développa le concept ostéopathique à partir d'une illumination qu'il dit avoir reçue le 22 juin 1874.
Médecin recherchant avec ardeur un système de guérison plus efficient que la médecine de son temps, inefficace et même souvent dangereuse, ses études approfondies, son expérience et ses recherches le conduisirent à établir l'ostéopathie en tant que philosophie reposant sur plusieurs principes fondamentaux.
Pour Still, la structure du corps et son mode de fonctionnement sont inextricablement interconnectés, et chaque personne possède en son sein les ressources nécessaires à la santé.
Il affirmait également que le corps est une unité de fonctionnement, que le corps, l'esprit et l'âme forment un tout unifié qui œuvre sans cesse pour s'auto-traiter.
Pour le Dr Still, toutes les maladies et les affections résultent d'une diminution de la libre circulation des éléments matériels et énergétiques existants au sein du corps, empêchant par conséquent le processus d'autorégulation.
À partir de la compréhension de ces principes, le Dr Still a mis au point une méthode utilisant la connaissance, la compréhension et les mains du praticien comme principaux outils de diagnostic et de traitement.
Ses enseignements couvrent l'ensemble des connaissances médicales et chirurgicales, mais son thème central est axé sur une compréhension approfondie de l'anatomie et de la physiologie, ainsi que sur l'acquisition de capacités palpatoires.
Au fil du temps, plusieurs méthodes de manipulations ostéopathiques ont vu le jour pour appliquer ces principes au traitement des patients.
En 1892, le Dr Still a fondé l'American School of Osteopathy à Kirksville, dans le Missouri.

2-3-2 Les débuts du concept crânien

Dans la promotion de l'année 1900 se trouvait un élève nommé William Garner Sutherland. Pendant ses études W.G. Sutherland prit conscience des mécanismes inhérents du corps humain et fut frappé par l'idée que l'agencement des os du crâne semblait indiquer un mouvement des structures crâniennes. Il émit finalement l'hypothèse que ce mouvement perdure tout au long de la vie, en dehors de tout travail musculaire, ce qui indique la présence d'une autre forme de respiration.
Pendant plus de 40 ans, le Dr Sutherland se consacra à étudier, observer et expérimenter sur lui-même sa découverte, et il met au point les détails de ce mécanisme respiratoire.
Il consacre ensuite 15 années de sa vie à enseigner à d'autres ce *concept crânien* et son application dans les soins apportés aux patients. Ce concept est aujourd'hui connu sous le nom d'*ostéopathie crânienne*.
Dans tous ses enseignements, le Dr Sutherland insiste sur le fait que le concept crânien est uniquement un prolongement, un approfondissement, de la science de l'ostéopathie du Dr Still, et non un concept séparé.
La découverte du Dr Sutherland va bien au-delà de la description d'un système mécanique. En effet, il pressent que le mouvement qu'il ressent est la manifestation de la force fondamentale de la vie en action, une manifestation de la vie dans le mouvement, un signe extérieur des mécanismes d'autorégulation et d'auto-guérison fondamentaux existants au sein du corps.
À cause de la nature primaire de ce mécanisme et sa qualité rythmique, le Dr Sutherland lui donne le nom de *mécanisme respiratoire primaire* (ou *mécanisme crânio-sacré*).
Il présente cinq composants de ce mécanisme, fonctionnant comme un tout unifié :

1) La fluctuation du liquide céphalo-rachidien, associée à la puissance de la marée ;
2) La mobilité inhérente du système nerveux central ;
3) La tension de la membrane dure-mérienne rachidienne et crânienne (la membrane de tension réciproque) ;
4) La mobilité articulaire des os du crâne ;
5) La mobilité involontaire du sacrum entre les os iliaques.

Après être parvenu à une compréhension de l'anatomie et de la physiologie de ce subtil mais puissant mécanisme, le Dr Sutherland établit des principes de traitement pour travailler avec lui. Il élabore une méthode utilisant la manipulation par le toucher, aussi subtile et puissante que le mécanisme avec lequel elle fonctionne.

La méthode du Dr Sutherland pour le traitement peut se résumer dans le principe suivant : « Permettre à la fonction physiologique interne de manifester sa propre puissance infaillible plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur. »[5]
La compréhension et la méthode enseignées par le Dr Sutherland ne se limitent jamais au seul mécanisme crânien. En effet, ce mécanisme respiratoire primaire est présent dans toute la physiologie du corps. Par conséquent, et alors que la méthode soit particulièrement indiquée pour traiter des problèmes dans la sphère crânienne, elle peut également avoir une action bénéfique sur une situation résultant d'une maladie ou d'un traumatisme dans une autre partie du corps.
Le Dr Sutherland a mis en place un programme d'études pour enseigner aux praticiens la compréhension et les capacités palpatoires nécessaires pour commencer à traiter des patients de cette façon.

2-3-3 Le concept crânien après W. G. Sutherland

Après la mort du Dr Sutherland, en 1954, ses étudiants les plus motivés, parmi lesquels Rollin Becker, continuent ces cours, ce qui permet de transmettre le concept crânien du Dr Sutherland et de poursuivre la recherche.
Il leur faut beaucoup de persévérance, car les professionnels de l'époque manifestent peu d'intérêt et de soutien pour cette extension de l'ostéopathie à la sphère crânienne. Il est difficile aujourd'hui de réaliser à quel point le concept crânien fut proche de la disparition dans les années qui ont suivi la mort du Dr Sutherland.
Le peu de soutien de la profession a entraîné une réelle difficulté à transmettre un concept reposant sur l'observation et les résultats cliniques, et Rollin Becker a toujours répugné à s'exprimer en public car il savait que ce concept se comprend essentiellement par la pratique plus que par le verbe, et s'il ne doutait pas de ses idées, il doutait de sa capacité à les transmettre.[6]

2-3-4 Le cheminement de Rollin Becker

Dans une lettre du 3 juin 1974, adressée à Jacques Andreva Duval, Rollin Becker se présente de la manière suivante :

« J'obtins mon diplôme de Docteur en Ostéopathie en 1934 et utilisais les techniques structurales pendant huit ou dix ans. Mais à la longue, je n'étais pas satisfait. Je donnais d'excellents traitements, certaines personnes avaient de bons résultats et d'autres pas, mais je ne pouvais en aucune façon déterminer la raison qui rendait ces résultats si différents alors que j'utilisais les techniques que l'on m'avait enseignées au mieux de mes capacités.
Je décidai alors de tout reprendre à zéro. Pour cela, je relus les écrits originaux de Andrew Taylor Still, particulièrement son *Autobiographie* et sa *Philosophie de l'ostéopathie*. De plus, dès 1944, je m'initiais aux méthodes d'ostéopathie crânienne sous la direction de William Sutherland. Et graduellement, je mis au point les

[5] W.G. Sutherland, The cranial bowl, p. 8.
[6] Cette présentation de la naissance de l'ostéopathie et de son prolongement crânio-sacré est une adaptation personnelle de différentes parties des introductions de *Life in Motion* et de *The Stillness of Life*, rédigées par Rachel E. Brooks, M.D.

méthodes que j'utilise aujourd'hui en empruntant les principes de Still et de Sutherland et en les réincorporant dans l'anatomo-physiologie totale du corps humain.»[7]

Dans une autre lettre du 4 Septembre 1981, adressée à un collègue, il précise ce cheminement :

« J'ai utilisé pendant dix ans l'approche palpatoire associée à des techniques de mobilisations articulaires, et j'avais les compétences palpatoires adaptées à ce type d'approche. Lorsque je me suis rendu compte que la structure-fonction et les mécanismes volontaires et involontaires étaient une réalité dans la physiologie corporelle, j'ai dû modifier, du point de vue philosophique et physique, mon approche globale de la palpation. Ce changement et la période de réentraînement afin d'apprendre à déchiffrer les facteurs homéostatiques fondamentaux à l'œuvre au sein de la physiologie corporelle me prirent de trois à cinq ans. C'était en 1949. »

« I used the palpatory skills associated with articulatory-mobilizing techniques for ten years and had such palpatory skills as were adequate for that type of approach. When I realized that structure-fonction, voluntary and involuntary mechanisms were a reality in body physiology, I had to change my total approach to palpatory skills philosophically and physically. This changeover and retraining period to learn to read basic homeostatis factors in action in body physiology took me three to five years to develop. By now it was 1949. »[8]

La relecture des originaux du Dr Still puis sa rencontre avec W.G. Sutherland, en 1944, ont donc été prépondérantes et en effet, pour la première fois en 1944, W.G. Sutherland indique que l'ostéopathe est assisté par les forces autos correctrices du patient :

« Nous avons à notre disposition quelque chose de plus puissant que notre propre force, qui travaille en permanence à l'intérieur du patient, dans le sens de la normalisation. »

« We have something more potent than our own forces working always in the patient towards the direction of the normal. » [9]

Rollin Becker passera sa vie à étudier ce "quelque chose qui travaille en permanence à l'intérieur du patient ». Dans une lettre adressée à un collègue, en avril 1986, sept mois avant sa mort, il écrit :

«J'ai utilisé cette approche pendant ces 42 dernières années et j'apprends toujours. Dès qu'un patient entre dans mon cabinet, je deviens un étudiant, le "médecin interne" du patient devient le professeur et sa physiologie corporelle devient les outils vivants aux travers desquels mes capacités palpatoires peuvent apprendre pour "comprendre le mécanisme" pour ce jour donné. »

---

[7] J.A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 5-6.
[8] Rollin Becker, Life in Motion, p. 284.
[9] William G. Sutherland, Contributions of Thought, p. 160-161.

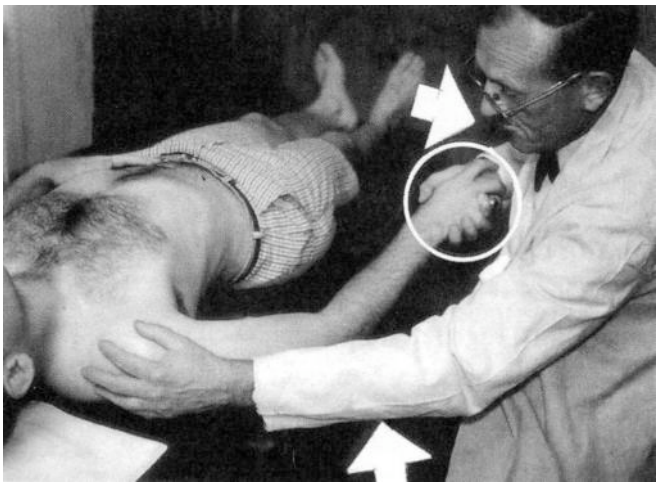
« I have been using this approach for the past 42 years and am still learning. As soon as the patient enters my office, I become a student, the "physician-within" the patient becomes the teacher, and his/her body physiology becomes the living tools through which my palpatory skills can learn to "understand the mechanism" for that given day.»[10]

Il passera également un temps considérable à tenter d'expliquer, soutenir et promouvoir cette approche.

[10] Rollin Becker, The Stillness of Life, p. 239.

III Philosophie

3-1 Les difficultés de transmission du concept



L'histoire montre qu'il est malaisé d'expliquer et de transmettre un concept reposant presque exclusivement sur la palpation et les résultats cliniques.

3-1-1 La terminologie

Trouver une terminologie adaptée semble être une gageure, comme le montrent ces quelques extraits de correspondance de Rollin Becker :

Avec William G. Sutherland, en avril 1953 :

« Les patients sont contents, mon cabinet est en progression et mes collègues pensent que je suis dingue, mais continuent à m'appeler pour diagnostiquer leurs cas les plus difficiles et je passe un temps infernal à écrire mes conclusions en termes qu'ils puissent comprendre. La terminologie n'explique pas mes résultats. Mes collègues "crâniens" pensent que je suis merveilleux. S'ils savaient dans quelle confusion je suis, ils changeraient d'opinion.
Je vois tant de choses à apprendre. Je vois tant de choses à désapprendre dans les méthodes modernes de diagnostic et de recherche. »

« The patients are happy, my business is on the increase, and my colleagues think I am nuts – but still call me in to diagnose their more difficult cases, and then I have a hell of a time writing the findings in terms they will understand. Terminology doesn't explain my findings. My "cranial" colleagues think I am wonderful. If they only knew the confusion I am in, they would change their opinion.
I see so much to learn. I see so much in modern diagnostic methods and findings I have to unlearn. »[11]

[11] The Stillness of Life, p. 204.

À Adah Sutherland, en octobre 1955 (soit 13 mois après la mort de son mari William G.) :

« Je suis convaincu que nous devons prendre l'œuvre de Will, la transposer dans une terminologie d'aujourd'hui et la faire rentrer dans les têtes de nos étudiants actuels. Elle ne perdrait rien de son efficacité et serait infiniment plus agréable. Toutefois, le gros problème est qu'en toute conscience de son message, il n'existe pas de terminologie adéquate pour l'expliquer. Les mots de son époque étaient inadéquats et ceux d'aujourd'hui le sont également. Mais au moins pouvons nous décrire la mécanique de ses découvertes dans des termes physiques et biologiques actuels, comme le fit Bornemisza[12] et laisser les praticiens qui les étudieront prendre conscience du potentiel du fulcrum centrant. Une autre difficulté est que la plupart d'entre nous ne réalisent pas que nous devons tourner une page. Nous sommes trop satisfaits de notre concept actuel… »

« I am convinced that we need to take Will's life work, translate it into present-day terminology and get it into the heads of our present-day students. It loses none of its potency and would be infinitely more palatable. However, the big problem is that with awareness of his message, there is no terminology that is adequate to explain it. The words of his day were inadequate and today's are equally so. But at least we could describe the mechanics of his findings in present-day physical and biological terms, as did Bornemisza, and let the physician studying these terms realize the potential of the centering fulcrum. Another difficulty is that most of us have no idea that we are to turn another page. We are too satisfied with our present concept… »[13]

À Anne L. Wales, D.O., en mars 1956 :

« Il y a des individus qui ont la capacité d'apprendre dans son champ de recherche [celui de W.G. Sutherland], mais il y en a un groupe encore plus important qui n'a même pas idée qu'un tel type d'apprentissage soit possible. Ce groupe doit d'abord s'ouvrir à un tel processus, puis ils doivent cultiver en eux-mêmes l'envie d'apprendre de telles choses et enfin, ils seront prêts, ces données à leur portée… Il est vrai que c'est une lente escalade pour atteindre un niveau auquel on peut dire : maintenant commençons à étudier le message du Dr. Will Sutherland. Commencements, toujours des commencements. Quand atteignons-nous le point où on peut dire que l'on est arrivé ? Je comprends pourquoi ils appellent la délivrance des diplômes les exercices de commencement[14]. Il me semble que je suis continuellement en train de commencer.
Je suis de plus en plus conscient de l'immense travail qu'il reste à faire pour que "ces lois qui n'ont pas été conçues par la main humaine" soient comprises[15].
Nous allons devoir développer une toute nouvelle terminologie, en mots qui décrivent la fonction plutôt que le résultat. Les lois actuelles décrivent les produits finaux, pas

---

[12] Stephen Bornemisza, qui publia en 1955 "The Unified System Concept of Nature".
[13] The Stillness of Life, p. 229-230.
[14] Jeux de mots intraduisible, "commencement" signifiant également une collation à l'occasion des grades universitaires américains.
[15] "I do not claim to be the author of this science of Osteopathy. No human hand framed its law; I ask no greater honor than to have discovered it" A.T. Stills, Autobiography, p. 302.

les processus qui les génèrent et les lois de Will parlent du processus qui génère ces résultats. »

« There are individuals who have the capacity for learning in his field of endeavor, but there is an even greater group who have not been introduced to the idea that such type of learning is even possible. This group has to awaken to such a process first, then they must create a desire to learn about such things within themselves, and then they are ready for the material that is available for them… It sure is a slow climb to reach a point to where we can say, now let us begin to study the message of Dr. Will Sutherland. Beginnings, always beginnings. When do we ever reach a point when we can say we are arrived ? I can see why they call the giving degrees commencement exercices. It seems to me I am forever commencing.
I am increasingly conscious of the tremendous work there is to be done to make "the laws not framed by human hand" understood.
We are going to have to develop a whole new terminology in words that describe function instead of end products. Present-day laws describe the final products, not the processes that produced them, and Will's laws deal with the process that produce end products. »[16]

Et de la part de son fils, Donald, pendant ses études de médecine, en 1967 :

« Tel que je le perçois, tu dois être bien embarrassé. Tu as principalement essayé d'écrire et d'enseigner ces données dans un langage que des gens sans ton niveau de compétence et d'expérience puissent comprendre, en essayant d'inventer une terminologie et des expressions qui permettraient effectivement à un individu d'avoir une idée de ce dont tu parles. C'est une tâche colossale d'essayer de décrire ce genre de choses, c'est comme d'essayer d'expliquer la couleur bleue. »

« You, as I understand it, have been on the horns of a dilemna. Mainly you've been trying to write and teach this material in a language that people without your level of skill and experience may understand, trying to invent terminology and create phrases that allow an individual to actually get an idea of what you're talking about. It is an enormous task, trying to describe this type of material; it's like trying to describe the color blue. »[17]

3-1-2 La pédagogie

Dans cet effort de communication, la prudence est également de mise, dans l'introduction de *The Stillness of Life*, Rachel E. Brooks précise :

« La réticence du Dr Becker à exprimer ses idées était probablement influencée par la philosophie d'enseignement du Dr Sutherland. D'après Anne Wales, D.O, également élève de Sutherland, ce dernier n'exprimait en cours que ce que ses auditeurs étaient prêts à percevoir. Son but était de donner à chaque fois juste ce qu'il fallait d'information pour que ceux-ci évoluent et persévèrent dans cette approche. Il suggérait les possibilités et les implications, mais souvent sous forme d'allusions et les élèves intéressés devaient lire entre les lignes. Avec cette stratégie, il

[16] The Stillness of Life, p. 221.
[17] The Stillness of Life, p. 165.

était fréquent que le Dr Sutherland dise une chose en public et une autre en présence de ses proches étudiants.
De la même manière, le Dr Becker était prudent dans la présentation de concepts que ses auditeurs n'étaient pas prêts à entendre. »

« Dr. Becker's reluctance to express his ideas probably was also influenced by Dr. Sutherland's philosophy of teaching. According to Anne Wales, D.O., another one of Dr. Sutherland's students, Dr. Sutherland, when teaching, would say only what he believed the audience was ready to hear. His goal was to give each audience the next piece of information they needed to continue their progress in this work. He would suggest the possibilities that lay ahead, but these were often in form of allusions, and the interested student needed to read between the lines. Given this strategy, it was often the case that Dr. Sutherland said one thing in public forums and another thing in his private interactions with each of his close students. Similarly, Dr. Becker was cautious about presenting concepts he believed students were not prepared to understand. »[18]

3-1-3 La spiritualité

Ce "quelque chose" qui travaille à l'intérieur des patients est, pour Becker et Sutherland comme ce l'était pour A.T. Still, lié à l'essence même de la vie. La science délaisse ostensiblement ce domaine qui lui échappe et le concept prend alors une dimension spirituelle qu'il est bien difficile de faire admettre. Sutherland et Becker sont conscients de cet état de fait, mais n'ont que la prudence comme réponse. Rachel Brooks nous rapporte que

« Le Dr Becker était également influencé par l'opinion pragmatique du Dr Sutherland sur ce qui était approprié à une certaine époque. Dans une lettre de 1950 adressée au Dr Becker, le Dr Sutherland écrivait : "Il est important à ce niveau d'éviter l'aspect spirituel … Il est nécessaire pour le moment de rester à un niveau matériel en ce qui concerne les publications." La propre expérience du Dr Becker lui confirmait que les discussions sur des aspects spirituels menaient souvent à des résultats confus ou réactionnaires. »

« Dr. Becker was also influenced by Dr. Sutherland's pragmatic view of what was appropriate for a given time. In a 1950 letter to Dr. Becker, Dr. Sutherland wrote, ..."It [is] important at this stage to keep clear of the spiritual… It is necessary for the present to keep to the material [level] concerning material for publication." Dr. Becker's own experiences confirmed that discussions of spirituality often led to confused or reactionary responses. »[19]

Mais si la spiritualité leur posait problème dans leurs communications , elle soutenait ces hommes de l'intérieur. Dans "Be Still and Know"[20], écrit à la mémoire de William G. Sutherland, Becker écrit :

---

[18] The Stillness of Life, p. xvi.
[19] The Stillness of Life, p. xvii.
[20] référence à un verset biblique, traduisible par "Apaises toi et saches" ou "Sois calme et connaît"

« Le Dr Sutherland nous disait : "J'ai souvent dit que nous avions perdu une notion en ostéopathie que le Dr Still avait essayé de transmettre, c'est la part du Spirituel qu'il incluait dans la science ostéopathique." »

« Dr. Sutherland told us, "I have often said that we lost something in osteopathy that Dr. Still tried to get across, that was the Spiritual that he included in the science of osteopathy". »[21]

Et plus loin :

« Je le répète, d'un point de vue universel, le concept ostéopathique dans sa globalité nécessite pour le comprendre l'étude de toutes les hypothèses possibles, et cela inclut le Créateur qui l'a conçu. »

« Again, I say, the total osteopathic concept requires the search for all explanatory principles, universally speaking, to bring it into understanding, and this includes the Creator who brought it into being. »[22]

Dans un monde épris de rationnel et de science, cette notion de spiritualité est évidemment un écueil important dans la présentation du concept crânien, comme elle le fut pour A.T. Still au début de l'ostéopathie. Rachel Brooks présente les choses ainsi :

« Depuis les tout premiers jours de l'ostéopathie, la question a été posée, l'ostéopathie est-elle une religion ? La question fut posée au Dr Still qui était fils de prêcheur méthodiste et émaillait ses écrits de références à Dieu et à l'omniscient Architecte. La question fut également posée au Dr Sutherland, qui accepta pleinement l'enseignement du Dr Still et illustrait certains de ses concepts de références bibliques. Après avoir lu les travaux du Dr Becker, on pourrait lui poser la même question.
La question émerge parce que chacun de ces hommes exprime la ferme conviction qu'il existe une force vitale, universelle, divine qui pénètre et gouverne la nature de toutes choses. Aucun d'entre eux n'entretenait de relation personnelle avec une religion organisée, mais chacun se percevait et percevait les autres en tant qu'êtres de nature spirituelle. Pour ces hommes, le raisonnement scientifique et la spiritualité étaient vus comme un ensemble continu. »

« Since the ealiest days of osteopathy the question has been asked, Is osteopathy a religion ? Dr. Still, the son of a methodist minister, was asked this question, as his writings are rooted in references to God and the all-knowing Architect. Dr. Sutherland, who fully accepted Dr. Still's teachings and used biblical quotations to illustrate some of his concepts, was also asked this question. And, after reading these works of Dr. Becker, the same could be asked to him.
The question arises because each of these men expressed his firm belief that there is a vital, universal, divine force that pervades and governs the nature of all things. None of them personally maintained any connection with an organized religion, but each perceived

[21] Life in Motion, p. 24.
[22] Life in Motion, p. 25-26.

himself and everyone else as spiritual beings. For these men, scientific reasoning and spirituality were seen as a seamless whole. »[23]

La mère de Rollin Becker le soutiendra dans ces dilemmes, lui prodiguant des conseils apaisants :

« Je vois parfaitement ce que tu veux dire, le vieux problème d'être "scientifique" concernant une vérité spirituelle. J'aimerais connaître un autre mot que "spirituel", sa connotation le restreint. L'Esprit Intérieur, le Verbe ou, comme tu l'appelles, le Souffle de Vie, eh bien, mon chéri, ce sont des choses que tu ne peux expliquer, tu n'as pas prise sur cela, alors tout ce que tu peux faire est de le vivre et de laisser la Présence Intérieure guider ton travail... Je sais que c'est ce que tu fais et les gens disent de toi : "Je ne sais pas ce qu'il fait, mais c'est quelque chose !". Ainsi les patients en profitent et c'est tout ce qui compte. Un jour prochain quelqu'un comprendra…»

« I know what you mean exactly – the old story of being "scientific" about a spiritual truth. I wish I knew another word besides "spiritual" – its connotation limits it. The Indwelling Spirit – the Word – or as you say, the Breath of Life – well, dear, there are those you can't explain it to – you can't find a point of contact – so all you can do is to live it and let the Indwelling Presence guide your work. I know you do that, and of you people say, "I don't know what he's got, but it's something." Just so the patients get the benefits – that is all that counts. Once in a while somebody will understand… »[24]

Rollin Becker suivra ce conseil et ne s'embarrassera pas systématiquement de justifications inaccessibles pouvant limiter l'expérimentation, voici ce qu'il écrit à un collègue en novembre 1961 :

« Je suis sûr d'une chose : il existe en chacun de nous une énergie fondamentale qui fait de son mieux pour nous maintenir en forme et en accord avec notre univers. Elle peut être perçue par des mains habiles et des esprits éclairés. Elle peut être utilisée pour rétablir la santé. Nous devrions tenter d'échafauder en nous-même une compréhension de cette énergie exceptionnelle et, en même temps, éviter de laisser nos difficultés de verbalisation limiter notre expérimentation en cherchant à la faire coïncider avec nos a priori. Cette énergie exceptionnelle est bien plus importante et plus intelligente que nous et, pour ma part, je compte la laisser me guider dans la recherche de sa compréhension. »

« I do know this, there is a basic power within each one of us that is doing its best to keep us healthy and in tune with the universe around us. It can be perceived by knowing hands and knowing minds. It can be used to bring back health. We should try to create understanding within ourselves of this great power and at the same time not let our limited verbalizations of our understanding limit our experience in using this power by trying to make it fit our conception of it. This basic power is a lot bigger and smarter than we are and I am for letting it take the lead in developing my understanding of it. »[25]

---

[23] The Stillness of Life, p. xvii.
[24] The Stillness of Life, p. 219 (correspondance de sa mère à Rollin Becker, le 26 novembre 1954, juste après la mort de William G. Sutherland).
[25] The Stillness of Life, p. 232.

Et ce qu'il laissera publier en 1963, dans ses premiers articles sur le toucher diagnostique :

« Qu'est ce potentiel inhérent ? Personne ne le sait. Il n'est pas nécessaire de le savoir, pas plus que l'ingénieur n'a besoin de savoir ce qu'est l'électricité pour pouvoir l'utiliser. Au cœur de la santé absolue existe un potentiel inhérent au corps humain qui se manifeste lui-même en tant que santé. Au cœur même de chaque condition traumatique ou maladive existe un potentiel inhérent manifestant ses relations avec le corps traumatisé ou malade. Vous devez prendre conscience de ce potentiel et l'utiliser. Il contient la clé permettant d'inverser la pathologie présente et de permettre au potentiel fondamental qui est santé de se manifester à nouveau. »

« What is this potency ? No one knows. Nor is it necessary to know, anymore than the engineer has to know what electricity is before he puts it to use. At the very core of total health is a potency within the human body manifesting itself in health. At the very core of every traumatic or disease condition is potency manifesting its interrelationship with the body in trauma and disease. Become aware of and use this potency. Within it is the key to reversing the pathology that is present and to allowing the basic potency that is health to manifest itself again. »[26]

[26] Life in Motion, p. 164-165.

3-2 Homéostasie et santé

3-2-1 L'homéostasie

Pour Rollin Becker, l'homéostasie est au cœur du concept ostéopathique et le MRP en est le reflet palpable, permettant diagnostics et traitements. Voici sa présentation de l'homéostasie, dans un article publié en 1959 :

« Walter B. Cannon, dans son ouvrage The Wisdom of the Body (La sagesse du corps), publié en 1932, a perfectionné la théorie et les travaux de Claude Bernard concernant les processus d'autorégulation au sein du corps, et appelé l'ensemble de ces processus "l'homéostasie". Cannon a défini l'homéostasie comme "une tendance à l'uniformité ou à la stabilité dans les états corporels normaux de l'organisme". La théorie de l'homéostasie peut être comparée aux principes du concept ostéopathique du Dr A. T. Still, car leur similitude est évidente. »

« In 1932 in his book, The Wisdom of the Body, Walter B. Cannon perfected the theory and the work of Claude Bernard concerning the processes of self-regulation within the body and gave it the name "homeostasis". Cannon has defined homeostasis as "a tendancy to uniformity or stability in the normal body states of the organism". The theory of homeostasis can be compared with the principles of A.T. Still's osteopathic concept ; the similarity is evident. »[27]

Et son rapport avec le MRP, dans une correspondance avec son fils Donald, en 1962 :

« Ce qu'est le mécanisme respiratoire primaire ? C'est l'expression involontaire du mécanisme homéostatique durant la vie, indépendamment des mobilités posturales de l'individu. »

« What is the primary respiratory mechanism ? It is the involuntary capacity of the homeostatic mechanism to express itself during life, regardless of the postural mobilities of the individual. »[28]

---

[27] Life in Motion, p. 271.
[28] The Stillness of Life, p. 122.

3-2-2 Une certaine approche de la santé

Pour Becker, la recherche de l'homéostasie, de la santé retrouvée, en utilisant le MRP, deviendra prépondérante dans tous ses traitements :

« Mon approche de la recherche de la santé n'est pas un concept nouveau. C'est un prolongement de la notion de ce que j'aimerais voir s'accomplir chez le patient. Dans cette approche, je ne me borne pas à l'idée restrictive "Je vais corriger cet endroit". C'est un peu différent, je libère pour voir la santé revenir plutôt qu'une lésion se corriger. C'est vraiment une philosophie de traitement. Et elle fonctionne. »

« This approach of my seeking health is not a new idea. It is an extension of the notion of what I would like to see accomplished within the patient. In this approach, I'm not confining myself to the tunnel vision of, "I'm going to correct this spot". It's a little bit different – I'm letting go to see that health is the thing that comes through rather than a correction of a lesion. This is truly a treatment philosophy. And it works. »[29]

Cette philosophie de traitement, il l'estime fondamentalement conforme à celle d'A.T. Still et bien sûr, également à celle de W.G. Sutherland :

« Le principe de base qu'Andrew Taylor Still avait exprimé est que le corps est un organisme vivant, respirant et dynamique qui possède toutes les ressources et aptitudes nécessaires pour répondre à ses besoins si vous pouvez l'amener à un équilibre physiologique, en travaillant avec lui et en utilisant ses propres ressources. C'est tout. Vous n'avez pas à utiliser beaucoup d'énergie extérieure si vous parvenez à stimuler les ressources du corps pour qu'il prenne en charge ses propres problèmes. /…/ Pour soigner quoi que ce soit dans le corps humain, la seule chose dont vous avez à vous préoccuper, c'est de stimuler les énergies et les échanges biologiques pour qu'ils soient comme la nature les a conçus. »

« The basic principle that A.T. Still enunciated was that the body is a living, breathing, dynamic organism that has all the resources and capacities necessary to do what it needs, if you can get it into a physiological balance by working with it and utilizing the organism's own resources. That's it. You don't have to introduce a lot of potent entities from the outside if you can arouse the resources of the body to handle its own problems. /.../ If you want to cure anything in the human body, the only thing you have to worry about is arousing the energies and chemicals of life to be as nature designed them. »[30]

Sans oublier de rappeler, que l'ostéopathie est avant tout holistique, globaliste :

« Nous devons diagnostiquer et traiter le corps comme un tout. Nous ne devons pas le dissocier en partie corporelle et en partie crânienne, mais le traiter comme un tout, l'un faisant partie de l'autre. La science de l'ostéopathie associe également la fonction de santé et la dysfonction en une seule unité. Il incombe au praticien de raisonner avec la physiologie corporelle du patient, d'apprendre d'elle comme d'une unité et

[29] Life in Motion, p. 222.
[30] The Stillness of Life, p. 3.

d'éviter le piège consistant à séparer les différentes unités du corps. Lorsque vous travaillez sur une partie, vous êtes en relation avec toutes les parties. Vous écoutez et ressentez au travers d'une partie, mais ce que vous percevez vient du tout. »

« We need to diagnose and treat the body as a whole. We must not separate it into a somatic portion and a cranial portion but instead treat it as a whole, one within the other. The science of osteopathy also shares the function of health and dysfunction as one unit. It's up to the physician to reason with the body physiology of the patient, to learn from it as a unit and learn to avoid the trap of separating the various unit of the body. When you're working on any part, you're in contact with all parts. You're listening and feeling through one part, but you are hearing the whole as you work. »[31]

3-2-3 La physiologie corporelle en action:

La physiologie corporelle, en tant que mécanisme en perpétuelle adaptation avec son environnement, Rollin Becker l'a longuement palpée et étudiée. Il en ressort une vision de son fonctionnement et de son adaptation aux traumatismes, voici ce qu'il nous en dit dans un article publié en 1959 :

« La physiologie corporelle ne se repose jamais. Le corps "immobile" n'est jamais immobile. Son environnement interne, essentiellement composé de liquides, est constamment en mouvement. Par conséquent, toute force externe s'ajoute à un mécanisme présentant un mouvement interne. La physiologie corporelle est un ensemble de cellules vivantes baignant dans des liquides mouvants et, lorsqu'une force y est introduite, sa structure biodynamique est modifiée. Les systèmes cellulaires adoptent de nouveaux schémas de fonctionnement incluant les facteurs de force. La symptomatologie subjective et objective devient l'ordre du moment et s'accompagne d'une limitation du mouvement, de douleur, de névralgies, de myosite, de fibrose et de tensions articulaires membraneuses et ligamentaires, ainsi que d'autres troubles. Aussi longtemps que les facteurs de force sont présents, la physiologie corporelle doit compenser cet ajout à son fonctionnement physiologique normal. Le patient doit inclure les facteurs de force dans chacun de ses mouvements, dans chacune de ses activités volontaires et dans chacune des activités involontaires de son environnement interne. Ces facteurs ont été inscrits dans sa structure et sa fonction cellulaires, dans son mécanisme homéostatique.
Je pense aujourd'hui que ces facteurs de force agissant dans la physiologie corporelle, transportent dans chaque cellule et dans la matrice liquide un mouvement ondulatoire. Ce phénomène est à son tour enregistré par le système nerveux périphérique, et cette empreinte nerveuse s'intègre dans le schéma du système nerveux central. Si l'impression sur le système nerveux central a été suffisamment forte, cette information est incluse dans la structure des ordres véhiculés par le système moteur, le système trophique et le système nerveux autonome. L'ensemble de l'organisme créer ainsi un nouveau schéma de fonctionnement intégrant ces facteurs de force à la physiologie corporelle. Cela s'ajoute aux blessures locales du corps, la seule chose que traite généralement le praticien.
L'intelligence cellulaire est une qualité reconnue dans tous les tissus biologiques et, en cas de traumatisme, les schémas d'origine de milliers de cellules se trouvent soudain

[31] Life in Motion, p. 8.

modifiés par rapport à leur schéma normal de fonctionnement et ils deviennent des schémas nouveaux incluant des facteurs de force les poussant dans des directions spécifiques d'action et de mouvement. Le système nerveux sensoriel enregistre ces nouvelles sensations. Si l'impression a été suffisamment forte, ces messages nerveux sensoriels continuent à être envoyés pendant des heures ou des jours, selon la gravité de la blessure. Tant que les tissus seront en état de choc, ces messages seront émis et cela sera suffisant pour établir un changement définitif dans les données du système nerveux central. En conséquence, le système nerveux central doit inclure ces nouvelles données dans chaque utilisation volontaire et involontaire des zones locales concernées et, à des degrés différents, dans l'ensemble de la physiologie corporelle. Voilà pourquoi nous découvrons souvent que le patient se sent plus à l'aise en déplaçant volontairement son corps dans la direction dans laquelle les facteurs de force ont été introduits dans son corps. Si ce déplacement est effectué dans une direction différente de celle des facteurs de force introduits, cela le gêne. Dans le premier cas, le patient coopère avec les données inscrites dans son système nerveux et, lorsqu'il effectue d'autres mouvements, il va "à contre-courant".
À mesure que le temps passe, cette empreinte de base s'intègre à sa physiologie corporelle, constituant un nouveau mécanisme, avec une perte subséquente dans l'efficacité initiale par rapport à une physiologie corporelle n'incluant pas ces facteurs de force additionnels. Les tissus locaux sous les ordres directs de ces stimuli deviennent plus vulnérables à des blessures et des lésions ultérieures, du fait de leur résistance amoindrie. »

« Body physiology is never at rest. The "still" body is never still. Its internal environment is essentially fluid and is in constant motion. So any external force is being added to an internally moving mechanism. Body physiology is a collection of living cells bathed in moving fluids, whose biodynamic structure is modified when force is fused with body physiology. Cellular systems take on new patterns of functioning with the addition of the force factors. Subjective and objective symptomatology become the order of the day with limitation of motion, pain, neuralgias, myositis, fibrositis, ligamentous and membranous articular strains, and other disturbance. As long as the force factors are present, the body physiology must compensate for this new addition to its normal physiological functioning. The patient must include force factors in every move he makes, in every voluntary activity he undergoes, in every involuntary activity of his internal environment. It has become written into his cellular structure and function, into his homeostatic mechanism.
My current thinking is that these force factors driving into the body physiology carry a wave-like motion into every cell and into the fluid matrix. This in turn is recorded by the peripheral nervous system, and this nerve imprint becomes part of the central nervous system pattern. If there has been a strong enough impression made upon the central nervous system, it includes this data within its makeup of orders that are fed out through the motor system, the trophic system, and the autonomic nervous system. The whole organism has created a new pattern for functioning in keeping with the body physiology plus force factors. This is in addition to the local injuries that have been endured by the body, which are usually the only thing treated by the physician.
Cell intelligence is a recognized quality of all biologic tissues, and in circumstances of trauma, thousands of cells have had their inertial patterns suddenly disturbed from their normal patterns of functioning into a new patterns that include force factors thrusting them in specific directions for action and motion. The sensory nervous system records these new sensations. If the impression has been great enough, such sensory nerve messages are continued for hours or days, depending upon the injury. They will be continued as long as

there is shock in the tissues, and that is long enough to establish a definite change within the central nervous system data. Thereafter, the central nervous system must include this new data in every voluntary and involuntary use of the local areas involved and in varying degrees throughout the entire body physiology.
This is why we often find it is comfortable for the patient to voluntary move his body in the direction in wich the force factors were introduced into his body, but if that given motion is in any direction at variance with the introduced force factors, it is disturbing to the patient. He is cooperating with the data that has been written into his nervous system in one case and is going "against the grain" in his other movements.
As timegoes by, this basic imprint into his body physiology becomes part of his new mechanism, with a subsequent loss of baseline efficiency as compared to a body physiology without the additional force factors. Local tissues under direct orders from all these stimuli become more susceptible to further injury and strains by the lowered resistance. »[32]

3-2-4 Une définition de la santé :

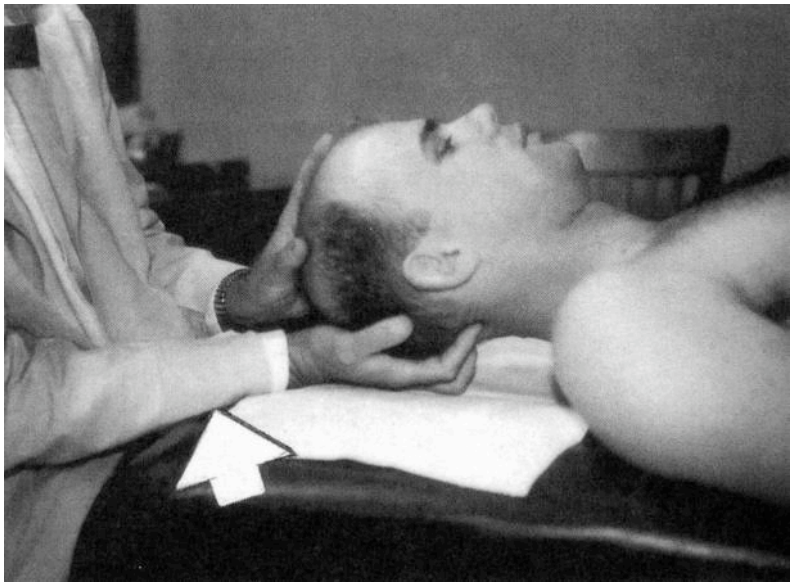
Ces explications permettent de comprendre Becker quand il dit "Je libère pour voir la santé revenir plutôt qu'une lésion se corriger", une santé pleine et entière qu'il définit ainsi :

« Qu'est-ce que la santé ? La santé ce sont toutes les parties fonctionnant dans une relation mutuelle harmonieuse. Tous les systèmes sont fonctionnels et peuvent s'adapter librement à l'environnement, en constante transformation, de la vie de l'individu. Toutes les parties fonctionnent ensemble et le patient n'est conscient d'aucune en particulier, car son système nerveux ne lui indique pas que quelque chose va mal. Il accepte le bien-être comme un composant naturel de sa vie quotidienne. Il a la liberté de vivre sans que sa conscience soit attirée par la limitation d'une fonction de l'un de ses systèmes. Il peut marcher, se tenir debout, s'asseoir, travailler, jouer, manger, dormir, rêver et faire toutes les choses dont il a besoin, tout en sentant qu'il se meut dans son environnement, en fonction de ses besoins et de ses désirs. C'est un être humain vivant qui est en harmonie avec l'univers, à l'intérieur, dans son équilibre homéostatique, et à l'extérieur, avec son environnement. »

« What is health ? It is all parts functioning in harmonious interrelationship. All systems are "go" and are free to adapt to the ever-changing environment of the individual's life. Everything is working together, and the patient is not conscious of any part because his nervous system is not reporting to him that anything is wrong. He accepts wellness as a natural component of his daily living. He has freedom to live without conscious thought of any limitation of function in any of his systems. He can walk, stand, sit, work, play, eat,sleep, dream, and do all the things he needs to do with a sense of moving in his environment according to his needs and desires. He is a living, whole man or woman in tune with the universe, both internally in his homeostatic balances and externally with his environment. »[33]

[32] Life in Motion, p. 275-276.
[33] Life in Motion, p. 299.

3-3 Le médecin intérieur :



3-3-1 Seuls les tissus savent

Jacques Andreva Duval, D.O., a étudié avec Rollin Becker, au Texas, dans les années 70. Sa vision de l'ostéopathie, apprise en Grande-Bretagne, en a été singulièrement bouleversée. Il a témoigné de son apprentissage dans le premier livre publié en français sur cette approche et a ainsi fait connaître Rollin Becker aux francophones. Dans la citation suivante, inspirée d'un article de Rollin Becker sur le toucher diagnostique, il donne incidemment naissance à la petite phrase qui fera son chemin, celle-ci n'apparaissant pourtant jamais telle quelle dans les notes de cours et conférences de Rollin Becker :

« Quand un malade pénètre dans le Cabinet d'un praticien, trois opinions sont en présence :
– celle du malade, basée principalement sur des interprétations sensorielles, des "symptômes", auxquels viennent s'ajouter quelques informations glanées çà et là (conversations, lectures, autres opinions professionnelles, etc.) ;
– celle du praticien, qui s'établit sur de longues années d'études, d'expérience et de réflexion ;
– et celle des tissus du malade ; nous disons bien : l'opinion des tissus du malade.

En fait, le malade ne "sait" pas : il sent, et il tâche d'exprimer ses sensations; mais le praticien ne sait pas davantage : il infère, et il s'efforce de formuler, d'étiqueter ses inférences. *Seuls les tissus savent.* En eux se trouve manifestée la connaissance absolue : ils savent ce dont ils souffrent, et ils savent la direction dans laquelle se situe la solution de leurs problèmes. »[34]

Pour la petite histoire autour de la phrase "Seuls les tissus savent", Becker s'était exprimé ainsi :

[34] J.A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 11-12.

« Chaque fois qu'un patient entre dans votre cabinet, vous devez toujours tenir compte de trois facteurs : les croyances et les idées qu'a le patient sur son problème, ce que le praticien considère comme étant le problème du patient, et finalement ce que l'ensemble anatomo-physiologique du corps du patient sait être le problème. /…/ Le concept qu'a le praticien sur le problème du patient se fonde sur de nombreuses années d'entraînement. Il a appris à formuler un diagnostic en termes choisis lui permettant de le communiquer. /…/ Bien que cette aptitude à communiquer soit indispensable, elle n'en constitue pas moins un facteur limitant dans l'élaboration d'un diagnostic vrai. Le corps n'évalue pas ses problèmes avec des terminologies aussi restreintes.
Finalement, il y a le troisième facteur : la connaissance qu'a le mécanisme anatomo-physiologique de son propre cas. C'est lui qui détient la réponse. Le mécanisme anatomo-physiologique et sa structure-fonction contiennent l'ensemble du schéma de la maladie et de la santé restaurée.
En résumé, le patient évalue le diagnostic, le praticien l'évalue scientifiquement, mais c'est le corps du patient qui connaît le problème et le manifeste dans les tissus. Il est possible d'obtenir un diagnostic plus exact, plus proche du véritable schéma, en utilisant les informations et le savoir du corps du patient pour faire émerger ce diagnostic. »

« There are always three factors to consider every time a patient enters your office : the patient's ideas and beliefs of what he considers his problem to be; the physician's concept of what he considers the patient's problem to be; and finally, what the anatomical-physiological wholeness of the patient's body knows the problem to be. /.../ The physician's concept of what is wrong with the patient is based on many years of training. He has been taught to create a diagnostic label couched in terminology with which he can communicate his findings./.../ While this ability to communicate is necessary, it is also a limiting factor in the true diagnosis. The body does not think of its problem in such a limited sense.
Finally there is the third factor, the anatomical-physiological mechanism's knowledge of its own case. It has the answer. The anatomical-physiological mechanism and his structure-function carry the total picture for disease and restored health.
To sum up, the patient is guessing as to a diagnosis, and the physician is scientifically guessing as to the diagnosis, while the patient's body knows the problem and is manifesting it in the tissues. It is possible to obtain a more accurate diagnosis, one that is closer to the true pattern, by utilizing the information and know-how of the patient's body to bring this diagnosis into existence. »[35]

3-3-2 Le médecin intérieur

Pour Becker, le mécanisme anatomo-physiologique et sa structure-fonction, qu'il appelle également la physiologie corporelle, détiennent donc des réponses, un savoir. J.A. Duval rapporte :

« Une cellule humaine, par essence, est universelle, mais, par physiologie, elle est hautement spécifique. C'est sa spécificité qui est perturbée dans l'état de maladie,

[35] Life in Motion, p. 154-155.

puisque tout état pathologique est une perversion, un déséquilibre de l'état physiologique. Mais son appartenance universelle la maintient toujours en communion avec la connaissance universelle. »[36]

« …"Les cellules n'appartiennent pas à l'individu, nous disait Becker, elles sont simplement influencées par lui : elles appartiennent à l'univers. Si stupide que soit cet individu, elles demeurent hautement intelligentes". Nous les conduisons sur cette route qui est la leur (ou plutôt, nous les assistons : elles connaissent le chemin), afin qu'elles puissent se réévaluer d'elles-mêmes à travers leur "immobilité" équilibrée et que les forces adverses qui les maintiennent dans cet état pathologique ou traumatique puissent se vider, se dissoudre et rejoindre "le royaume de l'œuf de la nuit", pour reprendre le mot du paléontologue Loren Eiseley[37]**. Nous voici alors bien loin d'une médecine locale, symptomatique, et même d'une ostéopathie structurale de "lésions". La physiologie du malade n'est plus seulement en état d'équilibre fonctionnel à l'intérieur des limites visibles de la substance physique : elle est aussi en harmonie, c'est-à-dire en état d'échanges rythmiques équilibrés et incessants, avec son environnement, avec sa "biosphère". »**[38]

L'universalité de la cellule lui confèrerait donc son savoir, et l'harmonie, la santé, s'obtiendraient au travers "d'échanges rythmiques équilibrés et incessants avec son environnement". Malheureusement, ni Becker, ni Duval, ne précise à quoi correspond cette universalité cellulaire, mais le mécanisme crânio-sacré apparaît comme porteur et propagateur de ce savoir. Cet ensemble, Becker l'appelle le médecin intérieur, le médecin primaire ou encore le partenaire silencieux :

« Nous ne sommes pas ici uniquement pour apprendre à diagnostiquer et à traiter une maladie ou un traumatisme au sein de ce mécanisme, mais pour apprendre comment faire émerger la santé au sein d'un mécanisme vivant. Pour cela, nous devons parvenir à comprendre qu'à l'intérieur de chacun de nous existe un médecin primaire qui inclut le mécanisme crânio-sacré (ils ne peuvent pas être séparés, ils font partie de la même unité). Nous devons parvenir à comprendre qu'il y a un médecin primaire en nous, sachant exactement ce qu'est la santé et la manifestant constamment, pour autant que nous soyons attentifs à ce médecin primaire. »

« We're not here just to learn to diagnose and treat disease and trauma in this mechanism ; we're here to learn how health is delivered from within a living mechanism. This requires that we come to understand that we each have a primary physician within, wich includes the craniosacral mechanism – you can't separate them, it's all the same unit. We come to understand that there is a primary physician within us that knows exactly what health is and is constantly delivering that health to the surface, provided we will listen to that primary physician. »[39]

---

[36] J. A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 12.
[37] Loren Eiseley, The Firmament of Time.
[38] J. A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 73-74.
[39] Life in Motion, p. 4.

Voici ce qu'il répond, en 1979, à des étudiants lui demandant des précisions :

« Le Partenaire Silencieux n'est pas anthropomorphe, il est comme il est. Il faut le considérer comme une conscience ou un savoir éveillés, mais dès l'instant où vous avez quelque chose sur lequel poser votre mental, votre doigt intellectuel, ce n'est plus lui. Cependant, c'est toujours quelque chose qui est. Le Partenaire Silencieux peut être délibérément appelé ou contacté, à chaque fois. Pourquoi et comment il travaille, je ne sais pas, et même si je le savais, ce ne serait pas ça. Il est plus facile de le démontrer que d'en parler. »

« The Silent Partner is not anthropomorphic, it is itself. It has to be made a conscious awareness or knowing, but just the second you've got something that you can put your mental, intellectual finger on, that isn't it . But still it is something that is.
The Silent Partner can deliberately be appealed to or contacted on a one-on-one basis. Why and how it works, I don't know, and if I did know, that wouldn't be it. It's easier to demonstrate than it is to talk about. »[40]

3-3-3 Le schéma de santé

Becker, en précisant le concept du médecin intérieur, développe l'idée d'un schéma de santé individuel et évolutif :

« Ce médecin vivant en nous manifeste constamment la santé. Du moment où vous avez été conçu jusqu'à l'heure de votre mort, il manifeste constamment la santé pour vous. Pour chaque décennie de votre vie, il existe un schéma de vie correct pour vous. Si vous êtes dans la vingtaine, vous avez un schéma de santé correspondant exactement à l'expression de cette décennie. Ce schéma mûrit en même temps que vous et change progressivement de vitesse, mais il manifeste constamment la santé.
Les patients viennent nous voir parce que leur schéma de santé est obscurci par quelque nuage et qu'il pleut sur eux, mais cela ne modifie en rien le fait qu'au-dessus du nuage, il existe un soleil qui continue de briller ; la santé est toujours disponible. Il dépend de nous d'extraire le schéma de santé existant au sein de la condition maladive ou traumatique et de faire en sorte que le seul schéma qui demeure soit celui de la santé. En ce sens, notre position en tant que praticien est subordonnée. Notre responsabilité en tant que médecin en second est de travailler avec le médecin primaire qui est en nous et en nos patients pour permettre à la fonction physiologique interne de manifester son potentiel inhérent infaillible, c'est-à-dire d'amener le schéma de santé à émerger à la surface. »

« This living physician within us is always manifesting health. From the time you were conceived until the time you kick the bucket, it is constantly manifesting health for you. For every decade of your life, you have a pattern of life that is right for you. If you're in your twenties, you've got a health pattern that literally is an expression of that decade.

[40] The Stillness of Life, p. 28.

It matures as each of us does and gradually changes gears, but it is constantly manifesting health.
Patients come to us for the reason that their health pattern has gotten clouded over a little bit and it's raining on them, but that doesn't change the fact that above that cloud, there's a sun still shining and health is still available. It's up to us to deliver the health pattern from within the traumatic or diseased condition and allow health to be the only pattern left. In this sens, our position as a physician is secondary. It is our responsability as the secondary physician to work with the primary physician within ourselves and within our patients to allow physiologic function within to manifest its own unerring potency – to bring this health pattern through to the surface. » [41]

Chaque individu est unique et personne n'est réellement symétrique dans sa structure. Pour Becker, chacun porte en lui son propre schéma de santé, dont les fondements se forgent in utero et dans les premières années de la vie, et qui évolue ensuite avec le vieillissement et les aléas de la vie⊡

« Dans la structure-fonction des unités du corps existent autant de variations superposées qu'il y a d'individus, mais chacune présente en son sein un schéma spécifique qui dit : « Ceci est le fonctionnement de santé de cet individu. » Et c'est ce schéma de santé inhérent que recherche le praticien lorsqu'il traite un patient. Ces variations commencent aux périodes prénatales, natales et post-natales, et se continuent pendant les premières années de la vie. »

« There are as many superimposed variations in the structure-function of body units as there are individuals, but all of them carry a specific pattern within that says, "This is this individual's health functioning." And this is the health pattern within that the physician is seeking in his care for the patient. These variations begin in the prenatal, natal, and postnatal periods and on up through the early years of life. »[42]

3-3-4 Physiologie corporelle et santé

Comment agit le médecin intérieur, le partenaire silencieux, pour nous maintenir en état de santé ? Voici une des réponses de Becker :

« La physiologie corporelle est le partenaire silencieux et la base de la santé au sein de l'ensemble de l'être humain. Deux principes fondamentaux manifestent cette santé. Le premier est la souplesse involontaire pour tous les mouvements : la mobilité, la motilité et la dynamique fluidique permettant d'exprimer la vie. Chaque cellule et tous les fluides de chaque organe, de chaque viscère, le mécanisme musculo-squelettique, le réseau de circulation, le système lymphatique, le système nerveux central et périphérique, la structure fasciale et la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, expriment rythmiquement une simple flexion et extension de tous les tissus et liquides médians, accompagnées d'une rotation externe et interne de tous les tissus et liquides bilatéraux. Ce mouvement peut être comparé à celui de la marée d'un océan, à ceci près que dans la physiologie corporelle, il se produit 10 fois par minute

[41] Life in Motion, p. 4-5.
[42] Life in Motion, p. 264

au lieu de deux fois par jour. Comme dans la marée de l'océan, chaque fluctuation de cette pompe rythmique contient une puissance, puissance que le praticien peut ressentir, déchiffrer et palper dans tous les tissus et tous les liquides. C'est l'activité involontaire du mouvement vivant exprimant la santé. Pensez aux ressources au sein de la physiologie corporelle du patient et acceptez d'utiliser le fait qu'elles soient vivantes. Le mouvement n'est pas la vie, mais le mouvement exprime la vie. La dynamique liquidienne fluctuant dans la physiologie corporelle est l'un de ces éléments. Tous les tissus et liquides expriment ce mouvement involontaire comme une seule unité en état de santé, et comme une seule unité en cas de stress. Le second principe fondamental est que le patient exprime une activité volontaire pour vivre son quotidien, même quand son partenaire silencieux poursuit un mouvement de marée en son sein pour lui permettre de fonctionner en état de santé. »

« Body physiology is the silent partner and the foundation for health within the total human being. There are two basic principles expressing health. There is the involuntary flexibility for all movements, mobility, motility, and fluid drive with wich to express life. Every cell and all fluids in every organ, viscera, musculoskeletal mechanism, circulatory network, lymphatic system, central and peripheral nervous system, fascial framework, and cerebrospinal fluid fluctuation are rhythmically expressing a simple flexion and extension of all midline tissues and fluids accompanied by external and internal rotation of all bilateral tissues and fluids. This movement can be compared to a tide, similar to that in an ocean, except that in body physiology, it occurs approximately 10 times per minute rather than twice a day. Like the ocean tide, there is a power in this rhythmic pump with every fluctuation, power that the physician can feel, read, listen to and palpate in all of the tissues and fluids. This is the involuntary activity of living motion expressing health. Think of the resources within the body physiology of the patient, and accept their livingness for use. Motion is not life, but motion expresses life. The fluid drive, as it fluctuates in body physiology, is one of these elements. All tissues and fluids express this involuntary movement as one unit in health and as one unit in stress. The second basic principle is the patient expressing voluntary activity with which to live his daily life, even as his silent partner continues a living tide-like movement centered within to maintain his health functioning. »[43]

3-3-5 Conséquences pour le diagnostic et le traitement

Cette approche, basée sur la réactivation du processus homéostatique via le mécanisme respiratoire primaire, induit des conséquences sur le diagnostic et le traitement :

« La qualité de la santé peut être mesurée à n'importe quel endroit dans le corps et servir d'échelle dans l'évaluation du degré de restriction du mouvement de la marée dans la région stressée. La souplesse est également réduite dans la zone à problème. La science de l'ostéopathie est profonde mais simple, si vous comprenez le mécanisme. Lorsqu'un traitement est administré pour restaurer la santé, la qualité du mouvement involontaire, de la motilité et de la dynamique liquidienne dans la région subissant le stress, commence sa libération progressive vers un fonctionnement de santé. Les effets se manifestant dans la zone de traumatisme et/ou de maladie font

[43] Life in Motion, p. 240.

bien plus qu'une simple correction, ils se dissolvent littéralement, laissant la santé s'équilibrer de nouveau dans le fonctionnement physiologique. Quelles que soient les mesures correctives utilisées par le praticien, les unités rythmiques de marée travaillent environ 10 fois par minute agissant comme une huile de graissage avec les autres facteurs nutritifs pour supprimer la zone de stress et restaurer la santé. »

« The quality of health can be measured anywhere in the whole body to serve as a guide for measuring the quality of restricted tidal movement in the stress area. Flexibility is also reduced in the problem area. The science of osteopathy is deep but simple, if you understand the mechanism. As treatment is administered to restore health, the quality of involuntary mobility, motility, and fluid drive in the stress area begins its progressive release towards health functioning. The effects manifesting in the area of trauma and/or disease do more than make a mere correction ; they literally melt, leaving health recentered in physiologic functioning. Whatever corrective measures the physician may be using, the rhythmic tidal units are working about 10 times per minute to act as penetrating oil with other trophic factors to cancel the stress area and to return to health. »[44]

« En utilisant notre habileté palpatoire pour déchiffrer la physiologie du corps vivant, nous permettons à cette physiologie corporelle du patient de manifester ses schémas de santé et ses schémas de stress et/ou de maladie. Voilà pourquoi le diagnostic et le traitement sont inséparables. »

« Using our palpatory skills to read the living body physiology, we're allowing this patient's body physiology to show its patterns of health as well as its patterns of stress and/or disease. That is why diagnosis and treatment are inseparable. »[45]

Avec également cette conséquence inattendue, que tout traitement donné est aussi un traitement reçu, voici ce que Becker écrit à Anne L. Wales, D.O., en avril 1969 :

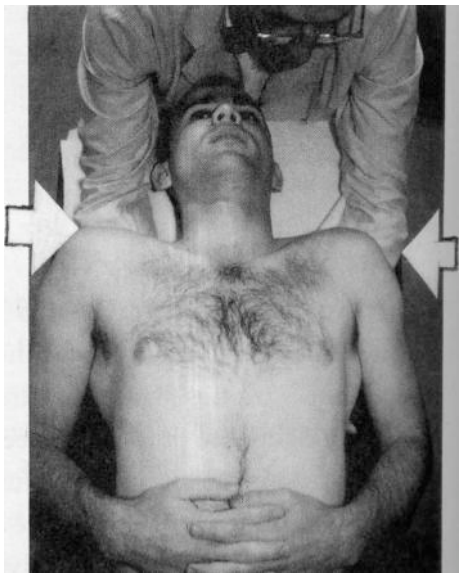
« Je suis convaincu que lorsqu'on fait appel au potentiel inhérent de nos patients et que l'on travaille à travers lui dans nos programmes de traitement, nous, aussi, recevons un traitement. Puisque la santé pour le patient et pour nous-même cherche toujours à se manifester, nous tirons parti de l'utilisation de cette approche, que l'on en soit conscient ou pas. »

« I am Convinced that when we tap into the potency within our patients and go through it during the treatment program, we, too, receive a treatment. Since the normal for the patient and the normal for ourselves always wants to manifest itself, we get benefit from using this approach wether we are conscious of it or not. »[46]

---

[44] Life in Motion, p. 241.
[45] Life in Motion, p. 219.
[46] The Stillness of Life, p. 224.

3-4 Marées, Souffle de Vie et immobilité



3-4-1 Le liquide céphalo-rachidien

Le LCR et sa fluctuation sont des éléments primordiaux dans l'approche de Rollin Becker, qui se réfère à Still et Sutherland dans ses présentations :

« Le Dr A. T. Still disait qu'il s'agit de l'élément le plus noble connu dans le corps humain, et il a fait d'autres références dans ses ouvrages, indiquant qu'il y a là quelque chose qui le différencie des autres fluides du corps, qu'il se passe quelque chose au sein du liquide céphalo-rachidien qui représente un principe fondamental. C'est un fluide dynamique, qui fluctue et se déplace, et il ne nécessite pas l'enroulement et le déroulement du système nerveux central pour fluctuer. Il fluctue, un point c'est tout. Acceptez ce fait. Je l'ai accepté dès le premier jour où j'ai entendu Will Sutherland l'énoncer. Je suis parti du principe que c'était vrai, et je n'ai jamais trouvé chez mes patients une preuve me suggérant une autre hypothèse. Je me moque complètement de ce qui en fait un fluide dynamique, je veux simplement le mettre au travail, c'est un principe. »

« Dr. A.T. Still said it's the highest known element in the human body, and he made other references in his writings indicating something was there that was different than in other fluids within the body, there was something going on within the cerebrospinal fluid that represented a fundamental principle. It is a fluid drive, it fluctuates and shifts, and it doesn't require the coiling and uncoiling of the central nervous system to make it fluctuate. It fluctuate, period. Accept that fact. I've accepted it ever since the first day I heard Will Sutherland say it. I assumed this was true, and I have never found any proof in my patients to suggest otherwise. I care less than nothing about what makes it a fluid drive – I simply want to put it to work – it's a principle. »[47]

[47] Life in Motion, p. 98-99.

On peut noter que Becker encourage à accepter sans discussion la fluctuation du LCR en tant que phénomène primaire, et que, tout en affirmant que l'origine de cette fluctuation du LCR lui est indifférente, il s'oppose à l'idée que celle-ci soit due à l'enroulement du système nerveux central. Voici un développement de cette opposition :

« Le Dr Sutherland nous a enseigné que la fluctuation du liquide céphalo-rachidien vient en premier, comme un phénomène autocinétique, et je suis complètement d'accord avec cette idée. Certains s'y opposent et cherchent à l'associer à la contractilité du système nerveux central ou avec l'aspiration et l'expiration rythmiques du système respiratoire. Il existe évidemment une interrelation avec tous les tissus vivants et leurs fréquences rythmiques de fonctionnement, un système nerveux central motile, un va-et-vient de la membrane de tension réciproque, un mécanisme respiratoire rythmique et d'autres mécanismes, volontaires et involontaires, et ils modifient la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et sont modifiés par elle. Néanmoins, si nous, en tant que praticiens, avec notre conscience et nos méthodes palpatoires, travaillons avec la dynamique du liquide céphalo-rachidien en gardant à l'esprit qu'il s'agit du phénomène primaire, nos programmes de diagnostic et de traitement seront bien meilleurs. »

«!We are told by Dr. Sutherland that the fluctuation of cerebrospinal fluid comes first, as a phenomenon on and of itself, and I am in complete agreement with this thought. There are those who disagree and seek to associate it with the contractility of the central nervous system or the rhythmic inhalation and exhalation of the respiratory system. There is obviously an interrelationship with all of the living tissues and their rates of rhythmic function, a motile central nervous system, a to-and-fro rocking of the reciprocal tension membrane, a rhythmic respiratory mechanism, and others, both voluntary and involuntary, and these mofify the fluctuation of the cerebrospinal fluid and are modified by the fluctuation of cerebrospinal fluid. Nevertheless, if we, as physicians, with our awareness and palpatory methods, will work with the cerebrospinal fluid dynamics with the thought in mind of it being the primary phenomenon, we will do a better work in our diagnostic and treatment programs.!»[48]

Quoi qu'il en soit, il affirme haut et fort l'importance du LCR :

« Nous pouvons dire qu'à travers la compréhension du liquide céphalo-rachidien et de ses schémas de fluctuation, nous composons avec la batterie rechargeable de vie et de santé au sein de la physiologie humaine. »

«!One might say that through the understanding of cerebrospinal fluid and its fluctuation patterns, one is dealing with the rechargeable battery of life and health in human physiology.!»[49]

[48] Life in Motion, p. 85-86.
[49] Life in Motion, p. 77.

3-4-2 La marée

C'est dans une conférence donnée en avril 1948 que W.G. Sutherland utilise pour la première fois la métaphore de la marée (tide), en parlant de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien :

« Cette marée, comme nous l'appelons, cet ensemble régulier de fluide »

« This tide, as we call it, this constant body of fluid » [50]

Becker ne reniera jamais l'image, qui perdure aujourd'hui. En voici sa présentation lors d'une conférence donnée en 1983 :

« La physiologie corporelle est les principes de traitement, elle est les méthodes de traitement. […] Vous avez le droit de tester votre savoir faire, tant que vous obéissez aux lois de la physiologie corporelle. Un simple mécanisme vous permet de tester ces règles, une simple flexion/rotation externe et extension/rotation interne, pas le mouvement grossier des os et des ligaments, mais une marée, une marée liquide qui est à l'origine de cela, et qui crée une flexion/rotation externe et une extension/rotation interne. C'est un guide. Elle est restreinte dans les zones de stress. Elle vous indique également si le patient est capable de contribuer au maintien de sa santé. C'est une indication à rechercher lorsque vous réexaminez un patient. La ressentez-vous mieux ? Si c'est le cas, très bien, mais si, lorsque le patient revient six mois plus tard, vous sentez que la marée est de nouveau restreinte, cela vous indique que vous devriez peut-être réévaluer votre réflexion, laisser aller un peu plus, écouter un peu mieux, apprendre davantage et travailler à nouveau pour ce patient. »

«!The body physiology is the principles of treatment, it is the methods of treatment. […] You have the right to self-test your skill as long as you obey the laws of the body's physiology. You have a simple mechanism that allows you to test for these rules – a simple flexion/external rotation, extension/internal rotation – not the gross motion in bones and ligaments but a tide, a fluid tide that is literally doing these things, creating flexion/external rotation and extension/internal rotation. It's a guide. It's restricted in areas where there is stress. It also gives you a clue as to what the patient is capable of contributing towards securing health. It is a clue to look for when you reexamine a patient. Does it feel better!? If it does, good, but then six months later, when the patient comes back, if you feel that it has gotten tied up again, it's a clue that perhaps you should reevaluate your thinking, let go a little more, listen a little harder, learn a little more, and work for that patient again.!»[51]

Un point important pour mieux comprendre le phénomène de la marée, perceptible dans tout le corps, c'est qu'il inclut le système lymphatique!

[50] Contributions of Thought, p. 197.
[51] Life in Motion, p. 220-221.

«La fluctuation crânio-sacrée involontaire inhérente du liquide céphalo-rachidien et de tout le système lymphatique à une fréquence de 10 à 14 fois par minute dans des conditions de santé, avec une motilité et une mobilité rythmiques.»

«The inherent involuntary craniosacral fluctuation of the cerebrospinal fluid and the total lymphatic system at a rate of 10 to 14 times per minute in health, in rhythmic motility and mobility.»[52]

3-4-3 La grande marée

Becker a également observé, et fut le premier à rapporter, un phénomène semblable à la marée, mais ayant un cycle 9 fois plus long, qu'il appelle la grande marée (large tide), en voici la présentation lors d'une conférence, en 1979 :

« Un immense mouvement semblable à celui de la marée se produit environ six fois dans une période de neuf minutes, un mécanisme fluctuant durant environ une minute et demie pour chaque cycle rythmique. J'ai remarqué cette grande marée chez mes patients il y a dix ans, et je n'ai aucune idée de sa source, ni de sa nature fondamentale. C'est une marée que l'on perçoit plus massive avec une expansion graduelle de la totalité de la physiologie corporelle et un mouvement graduel de retrait, suivi d'une autre expansion massive et graduelle dans un échange rythmique équilibré au-dedans et dans la totalité de la physiologie corporelle. »

« A large tide-like motion and movement that occurs about six times in a nine-minute period of time, a fluctuant mechanism, taking approximately one and a half minutes for each rhythmic cycle. I first noticed this large tide within my patients ten years ago, and I have no idea as to its source or its basic nature. It is a more massive-feeling tide with a gradual, welling expansion of the whole body physiology and a gradual, receding movement to be followed by another gradual, massive expansion in rhythmic balance interchange within and throughout the total body physiology. »[53]

Plus loin, il précise sa perception de cette grande marée :

« Je voudrais commenter brièvement le mouvement semblable à une grande marée comme outil thérapeutique. Il n'est pas toujours clairement perceptible dans chaque patient. Lorsqu'il peut être suivi, c'est une perception plus massive, avec une expansion graduelle de doigts liquidiens semblables à la marée, qui s'infiltrent dans les faisceaux des enveloppes membraneuses et fasciales de tout le corps. Celui qui habite au bord de la mer et peut observer les doigts de la marée montante remplir les coins et les recoins d'un estuaire peut avoir une idée du fonctionnement de cette immense marée. Durant la phase de retrait, les doigts de la marée se retirent des faisceaux membraneux et fasciaux pour revenir encore lors du nouveau cycle rythmique suivant. C'est un puissant outil thérapeutique, car l'on peut sentir des douzaines ou des centaines de minuscules corrections articulaires, membraneuses et

---

[52] Life in Motion, p. 54.
[53] Life in Motion, p. 54.

ligamento-fasciales se produire, comme un tissu conjonctif qui se serait enrichi d'une source qui le fait travailler a son niveau le plus efficace de fonction vivante. L'habileté palpatoire et la sensibilité motrice mises en œuvre peuvent apprendre à chercher et à utiliser cette immense marée, pas nécessairement dans chaque cas ou chaque traitement, mais assez souvent pour la rendre intéressante et productive lorsqu'elle se présente au praticien. »

« A brief comment about the large tide-like motion and movement as a therapeutic tool. It is not always clearly perceptible in every patient. When it can be monitored, it is a more massive feeling, with a gradual welling expansion of tide-like fingers of fluid infiltrating the bundles of membranous and fascial envelopes throughout the whole body. If one lived on a sea shore and saw the incoming tidal fingers filling up the nooks and crannies of an estuary, one would get the idea of this large tide's way of functioning. During the receding pattern, the tide-like fingers retreat from the membranous and fascial bundles to again return on the next incoming rhythmic cycle. It is a powerful therapeutic tool, as one can feel dozens or hundreds of minute membranous articular and fascial-ligamentous articular corrections taking place – a connective tissue that has enriched itself from some source that puts it to work at its most efficient phase of living function. The participating palpatory and sensitive motor skills can learn to find and use this large tide, not necessarily in every case or treatment but often enough to make it interesting and productive when it does show itself to the physician. »[54]

Becker précise donc que cette grande marée n'est pas toujours clairement perceptible, il l'explique ainsi :

« Je pense en fait qu'elle est constamment présente, mais comme tout le reste, s'il n'y a pas de problème, elle est exactement en concordance avec l'univers entier. S'il n'y a pas de problème, on perçoit juste un rythme simple. Je pense que nous sommes dans un rythme simple avec les étoiles les plus éloignées, dix fois par minute avec le liquide céphalo-rachidien et, d'un autre côté, toutes les minutes et demie avec cette grande marée. Je pense que cette grande marée est toujours présente, mais que lorsqu'elle rencontre une résistance, comme un gros problème compliqué, on peut alors la ressentir. C'est tout ce que j'en sais, sauf que je suis persuadé que cette grande marée est une manifestation de l'un de nos supposés schémas de fonctionnement liquidien ou de vie, et qu'elle a une fonction. Elle n'est pas là pour poser des problèmes, elle est là pour résoudre des problèmes. »

« I actually think it's there all the time, but like anything else, if there is no problem, it's strictly in interchange with the total universe. If there is no problem, you just feel a simple rhythm. I think we're in simple rhythm with the farthest stars, ten times a minute by way of the cerebrospinal fluid and a minute and a half apart for this large tide. I think this large tide is always there, but when there's a resistance to it, as a gross layered problem, we become aware of it. That's all I know about it, except that I am convinced that this large tide is a manifested form of one of our patterns of liquid function or living function that's supposed to be, and it's there for a purpose. It isn't there to create problems; it's there to solve problems. »[55]

[54] Life in Motion, p. 58-59.
[55] The Stillness of Life, p. 50-51.

Voici également ce qu'il écrit à Anne L. Wales, D.O., en janvier 1979 :

«C'est un outil thérapeutique puissant et, comme la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, il peut être utilisé avec notre "contrôle de marée". En tant que praticien, quand je peux partager subjectivement ce rythme lent et majestueux avec le patient lors d'un traitement, du dedans en dehors, il se produit un échange global dans toute la physiologie du patient. Un échange avec quoi? Je n'ai aucune idée de l'origine de ce rythme lent, ni de sa nature fondamentale. Je sais seulement que quand je prends le temps de laisser ce rythme lent faire son travail chez le patient, il opère plus de rééquilibrage physiologique que tout ce que j'ai pu observer dans n'importe quelle forme de traitement. […] De plus, j'ai la sensation qu'il existe une forme de palpation plus profonde que celle correspondant aux mouvements volontaires et involontaires. Cette forme plus profonde est une forme subjective de palpation dans laquelle la conscience subjective du praticien fusionne avec la conscience subjective qu'a le patient de toute sa physiologie corporelle et de ce fait partage l'expérience de tout le fonctionnement involontaire du patient. C'est cette dernière expérience qui permet à ce rythme lent de démontrer son efficacité au sein du patient et de coordonner son action au travers d'un traitement.»

« It is a powerful therapeutic tool, and like the cerebrospinal fluid fluctuation, it can be used with so-call "Tide control." When I, the physician, can share this slow, majestic rhythm subjectively with the patient during the treatment, from within-out, there is a total interchange throughout the physiology of the patient. Interchanching with what ? I have no idea as to the source of this slow rhythm nor of its basic nature. I do know that when I take time to let this slow rhythm do its work within the patient, it accomplishes more towards physiological rebalancing than anything I have ever observed in any other form of treatment. […] Additionally, I feel there is an even deeper art of palpation than the voluntary or involuntary. That deeper art is a subjective form of palpation in which the subjective awareness of the physician fuses with the patient's subjective awareness of his/her total body physiology and thereby shares the experience of the patient's total involuntary functioning. It is this latter experience that allows this slow rhythm to demonstrate its working within the patient and to coordinate its work through a treatment session. »[56]

Pour information, James Jealous, D.O., élève de Rollin Becker, évoquera plus tard un troisième rythme à 2,5 cycles par minute. Chacun de ces trois rythmes correspondant selon lui à un niveau particulier de l'Être :
Le rythme de 7 à 12 cycles par minute, la marée, correspondrait au corps physique et varierait en rythme et amplitude en fonction de l'état de santé de l'individu.
Le rythme de 2,5 cycles par minute correspondrait à l'Âme et serait invariable en rythme et amplitude.
Le rythme de 0,65 par minute, la grande marée, correspondrait à l'Esprit et aurait également un rythme invariable.[57]

[56] The Stillness of Life, p. 226-227.
[57] James Jealous, Cours d'Ostéopathie Biodynamique, 1ère session 1997.

3-4-4 Le Souffle de Vie

La notion de Souffle de Vie, comme nous le rappelle Becker, est un apport de W.G. Sutherland :

«Le Dr Still a dit que le liquide céphalo-rachidien est l'élément le plus noble connu du corps humain. Le Dr Sutherland a ajouté qu'il était doté d'un potentiel inhérent, un facteur de Souffle de Vie, qui est transmuté en élément dans la physiologie du système nerveux central. C'est pour toutes ces raisons que le Dr Sutherland a affirmé que le liquide céphalo-rachidien fluctuant est le principe fondamental au sein du mécanisme respiratoire primaire.»

«Dr. Still has said the cerebrospinal fluid is the highest known element in the human body. Dr. Sutherland added that it contains a potency, a Breath of Life factor, which is transmuted as an element into central nervous system physiology. It is for all these reasons that Dr. Sutherland has stated that the fluctuant cerebrospinal fluid is the fundamental principle in the primary respiratory mechanism.»[58]

Pour mieux comprendre cette notion, voici des extraits explicatifs d'une conférence donnée par Rollin Becker, en 1977 :

« Pour une compréhension plus complète des mécanismes impliqués lors du travail avec les ressources naturelles du corps dont le liquide céphalo-rachidien, et de l'utilisation de nos qualités motrices et sensorielles de perception, il est nécessaire de présenter trois définitions et deux ensembles de principes. Les définitions concernent l'auto-organisation, la fluctuation et la transmutation ; les deux ensembles de principes étant le Souffle de Vie et le souffle de l'air.
Auto-organisation : **capacité innée de l'individu d'exprimer physiquement, mentalement, émotionnellement et philosophiquement la vie.**
Chaque individu possède un double ensemble de mécanismes qui travaillent simultanément pendant toute la durée de sa vie : une capacité volontaire à travailler, jouer et se reposer, et un mécanisme involontaire complexe conçu pour conserver la santé et s'adapter aux traumatismes et/ou aux maladies. En 1932, Cannon donnait à cette auto-organisation du corps le nom d'homéostasie, qui est un équilibre dynamique dans lequel tous les processus corporels sont maintenus dans leur équilibre respectif. Il ne s'agit pas du tout d'un processus statique, mais d'un processus vivant continuel. […]
Fluctuation : **mouvement d'un fluide contenu dans une cavité naturelle ou artificielle, pouvant être observé par la palpation ou la percussion.**
Le liquide céphalo-rachidien fluctue rythmiquement dans une cavité naturelle, le neurocrâne, et il peut être observé par la palpation. Le corps étant essentiellement composé de liquides, et le liquide céphalo-rachidien étant, en partie, absorbé dans le système lymphatique, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien peut être observée dans tout le corps. […]
Transmutation : **le changement d'une chose en une autre ; la transformation d'un élément chimique en un autre.**

[58] Life in Motion, p. 130.

La transmutabilité est un phénomène naturel qui se produit au sein du corps pendant toute la durée de la vie. La fluctuation rythmique du liquide céphalo-rachidien entraîne la transmutabilité et crée un échange rythmique équilibré avec les plexus choroïdiens, les centres physiologiques situés dans le plancher du quatrième ventricule, les neurones du système nerveux central et périphérique, l'axe hypotalamo-hypophysaire, la glande pinéale et les autres glandes hormonales du corps, le système lymphatique et, en fait, avec tous les systèmes cellulaires et liquides du corps.
Le praticien peut enrichir, revitaliser et optimiser ce facteur de transmutation dans la fluctuation du liquide céphalo-rachidien du patient. En utilisant sa perception, sa palpation, et en mettant en œuvre son habileté palpatoire, le praticien peut procéder à une compression contrôlée des courants existants dans la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, qu'il s'agisse d'un schéma longitudinal, latéral alternant ou en spirale, pour les amener vers une courte période rythmique dans leur fonctionnement, un "still-point". En les amenant à, et au travers de ce still-point, il se produit immédiatement un échange rythmique équilibré entre tous les fluides du corps. Ses effets physiologiques ont une portée considérable. […]
Qu'est-ce que ce facteur de transmutation ? Le Dr Sutherland disait que lorsque la fluctuation du liquide céphalo-rachidien est amenée vers cette courte période rythmique, le still-point, il se produit un échange rythmique équilibré avec le Souffle de Vie. Il n'avait pas d'explications sur ce facteur de transmutation, de même qu'il n'expliquait pas pourquoi la fluctuation du liquide céphalo-rachidien est primaire en elle-même. […]
Le principe du Souffle de Vie, qui pénètre dans le corps et est le principal facteur de transmutation dans son auto-organisation, reste invisible et non-mesurable. La conscience du praticien peut accepter ce principe de transmutation comme un fait qu'il peut utiliser dans son travail avec le liquide céphalo-rachidien. Le praticien peut mesurer les résultats au moyen de la palpation, de son habileté palpatoire appliquée, et de tests de laboratoire. […]
***Le principe de Souffle de Vie :* le Dr Sutherland a déclaré que le potentiel inhérent du liquide céphalo-rachidien pouvait être considéré comme un principe fondamental du fonctionnement du mécanisme respiratoire primaire. Il l'a également appelé le Souffle de Vie, l'Élément Invisible, et avec d'autres termes afin d'attirer notre attention sur son importance dans le fonctionnement du liquide céphalo-rachidien. […] Sa compréhension, sa terminologie et ses concepts sont fondés sur une connaissance participative qu'il a ressentie en lui-même et pas seulement sur des observations cliniques faites en testant ses découvertes sur d'autres personnes. […]**
Il ne m'est pas nécessaire que le Dr Sutherland ait donné une explication au fait que la fluctuation du liquide céphalo-rachidien se présente comme un phénomène primaire autocinétique, ni au phénomène de transmutation et d'échange avec le Potentiel Inhérent, le Souffle de Vie, ou tout autre terme de votre choix (je lui ai moi-même donné un nom), qui se produit au cours de la courte période rythmique, le still-point, ainsi qu'un échange rythmique équilibré et immédiat qui se produit physiologiquement dans tous les liquides du corps. […]
***Le principe du souffle de l'air :* Tout comme le Souffle de Vie nous fournit l'information que le liquide céphalo-rachidien est une entité rythmique fluctuante dont la fonction est d'échanger avec une force de vie, le principe du souffle de l'air nous apporte les informations relatives à tous les systèmes anatomo-physiologiques circulatoires et rythmiques en fonctionnement lors de notre séjour sur la terre. Pour nous manifester en tant qu'individus, il nous faut plus qu'une simple force de vie.**

Nous avons besoin de nourriture, d'eau, d'air, de lumière, d'obscurité, de mobilité, de motilité et d'autres facteurs; nous possédons des ensembles complets de systèmes internes, certains volontaires et d'autres involontaires, qui sont conçus pour se modifier et être modifiés mutuellement lorsqu'ils accomplissent leurs tâches et fonctions circulatoires et rythmiques; nous possédons quelque chose appelé esprit, conscience ou perception, qui nous permet de nous rendre compte que nous sommes le produit d'un environnement global et pas seulement de notre propre environnement (même si nous pensons fortement qu'il est le plus important), et que nous devons être en échange rythmique équilibré avec cet environnement. Voilà certains des éléments sur la fonction intégrée d'auto-organisation de la vie chez un individu, dans le maintien de la santé et dans l'adaptation aux traumatismes et/ou aux maladies. »

« Working with the natural resources within the body, including cerebrospinal fluid, and using our sensory and motor qualities of awareness require three definitions and two sets of principles for a more complete understanding of the mechanisms involved. The definitions include self-organization, fluctuation, and transmutation. The two sets of principles are the Breath of Life and breath of air.
Self-organisation : *the innate capacity of the individual to express life physically, mentally, emotionally, and philosophically.*
The individual has a dual set of mechanisms working concurrently throughout life – a voluntary capacity to work, play, rest and a complex involuntary mechanism designed to maintain health and adapt to trauma and/or disease. In 1932, Cannon described this self-organization of the body as homeostasis, a dynamic equilibrium in which all the body processes are maintained in their respective equilibria. This is definitely not a static process but a continuous living process. […]
Fluctuation : *the movement of a fluid contained within a natural or artificial cavity, observed by palpation or percussion.*
Cerebrospinal fluid fluctuates rhythmically within a natural cavity, the neurocranium, and it can be observed by palpation. Because the body is basically fluid in composition, and in addition, cerebrospinal fluid is absorbed, in part, into the lymphatic system of the body, the fluctuation of cerebrospinal fluid can be observed throughout the body.
Transmutation : *the change of one thing into another ; the change of one chemical element into another.*
Transmutability is a natural phenomenon occurring within the body throughout life. The rhythmic fluctuation of the cerebrospinal fluid involves transmutability and creates rhythmic balanced interchange with the choroid plexuses, the physiological centers in the floor of the fourth ventricle, the neurons of the central and peripheral nervous system, the pituitary-hypothalamic axis, pineal gland and other hormonal glands throughout the body, the lymphatic system, and, in fact, with all the cellular and fluid systems of the body.
This transmutation factor in the fluctuation of the cerebrospinal fluid can be enriched, revitalized, and maximized in the patient by the physician. By use of his awareness, palpation, and applied palpatory skills, the physician can apply a controlled compression to the existing patterns of fluctuation of the cerebrospinal fluid – whether it be a longitudinal, alternating lateral, or spiral pattern – to bring it down until it reaches a brief rhythmic period in its functioning, a "stillpoint." By bringing it down to and through this stillpoint, an immediate and instant rhythmic balanced interchange occurs between all the bodily fluids. It is far-reaching in its physiological effects. […]
What is this transmutation factor ? Dr. Sutherland said that when the fluctuation of the cerebrospinal fluid is brought down to this short, rhythmic period, the stillpoint, there is a

rhythmic balanced interchange with the Breath of Life. He did not have an explanation for this transmutation factor nor did he explain why the fluctuation of cerebrospinal fluid is primary in itself. […]
The Breath of Life principle, which enters into and is the fundamental transmutation factor within the self-organization of the body, remains invisible and is not measurable. The awareness of the physician can accept this principle of transmutation as a fact the physician can use in working with cerebrospinal fluid. The physician can measure the results with his palpation and applied palpatory skills and his laboratory tests. […]
Breath of Life Principle : *Dr. Sutherland has stated that the Potency of the cerebrospinal fluid might be considered as a fundamental principle in the functioning of the primary respiratory mechanism. He has also referred to it as the Breath of Life, an Invisible Element, and in other terms that would attract our attention to its importance in the functioning of cerebrospinal fluid. […] His understanding, terminology, and concepts are based on a participating knowledge from within himself and not solely upon clinical observations in testing for these findings in other individuals. […]*
I do not find it necessary that Dr. Sutherland should have given us an explanation for the fact that the fluctuation of cerebrospinal fluid comes first as a phenomenon in and of itself nor for the phenomenon of transmutation and interchange with the Potency, the Breath of Life, or whatever you choose to call it (I have my own private name for it), which takes place during the short, rhythmic period, the stillpoint, as well as an immediate rhythmic balanced interchange that takes place physiologically in all bodily fluids. […]
Breath of AirPrinciple : *Just as the Breath of Life principle provides us with the information that cerebrospinal fluid is a fluctuating rhythmic entity of function for interchange with a life force, so does the breath of air principle provides us with information concerning all anatomico-physiological circulatory and rhythmic systems of function for our walkabout on earth. We require a lot more than just a life force to manifest as an individual. We require food, water, air, light, darkness, mobility, motility, and other factors ; we have whole sets of internal systems, some voluntary and some involuntary, designed to modify each other and to be modified by each other in performing their circulatory and rhythmic duties and functions ; we have something called a mind, consciousness, or awareness, to allow us to realize we are a product of a total environment, and not merely our own (even if we do think it is the most important), and that we must be in rhythmic balanced interchange with that environment. These are some of the elements for the integrated function of the self-organization of life for the individuals in maintaining health and adapting to trauma and/or disease. »*[59]

3-4-5 L'Immobilité (Stillness)

Laissons à Jacques A. Duval, le soin de présenter l'immobilité :

« Comment la décrire cette Immobilité dont Walter Russel[60] disait qu'elle était le fondement de l'univers spirituel ?
Mais d'abord mettons nous bien d'accord sur le terme lui-même. Les anglo-saxons et les Hindous emploient le mot "Stillness" qui n'a pas de traduction littérale

[59] Life in Motion, p. 83-93.
[60] Walter Russel, A new Concept of The Universe.

satisfaisante en français. "Stillness", ce n'est pas l'immobilité absolue comme nous pourrions l'entendre dans un usage courant : "stillness", c'est "la tranquillité, le calme, le repos, le silence, la paix" (Harrap's Dictionary), mais aucun de ces mots en particulier. En fait, c'est une immobilité relative; quelque chose qui vit mais qui ne se déplace pas, ou "relativement" pas (un animal au repos, l'océan, le point mort d'un moteur, des passagers à l'intérieur d'un avion en plein vol, etc.).
Nous avons donc choisi le mot "immobilité", mais nous le mettons entre guillemets ; et surtout nous l'employons dans son sens originel et étymologique : "état d'une chose qui ne se meut pas", "qui ne se déplace pas", nous disent les dictionnaires. Ce n'est donc pas du tout la "fixité" ("état de ce qui est arrêté en un point ") ; notre "immobilité", au contraire, implique quelque chose qui vit, qui fluctue, qui se balance : une barre est "fixe", l'eau calme est "immobile" ; une foule composée de milliers d'éléments vivants peut être "immobile" ; le visage de la Joconde n'est pas "fixe", il est "immobile" ; etc. Et en ce qui concerne le "point d'immobilité" lui-même, notre comparaison favorite est peut-être celle de l'abeille qui voltige dans toutes les directions au-dessus d'un massif de fleurs. Elle choisit une fleur et finit par s'y poser. Vivante, vrombissante, elle butine : elle a fait son "point d'immobilité" ; alors que la fleur se balance au bout du bras de levier tridimensionnel de sa tige.
Nous nous excusons de cette digression linguistique, mais la compréhension du point d'immobilité et de sa signification est le coeur, le but et la justification de nos méthodes ; de même qu'elle demeure la clé de l'ostéopathie crânienne de William Sutherland. […]
Techniquement, si l'on peut dire, ou tout au moins en tant que sensation physique dans la séquence du traitement, ce n'est donc pas un arrêt du mécanisme, un "blocage"; bien au contraire. En fait, ce n'est même plus une sensation physique ; c'est au-delà. Les tissus se sont mis en état d'équilibre réciproque, et cela nous le sentons ; simultanément quelque chose vient se surajouter à cette perception d'équilibre structural, quelque chose qui se situe dans la profondeur fonctionnelle des tissus.
C'est un temps de repos, une "quiétude", dit le Dr Edna Lay, un lieu de silence dans lequel les courants énergétiques qui parcourent les structures réticulées vont se réévaluer eux-mêmes et se réaffirmer dans un nouveau schéma directionnel de fluctuation. Becker appelle cet instant de silence et de transition "the point of non-sense", le point de non-perception : "l'immobilité" est au-delà des possibilités de perception de nos mains.
Pour qui a éprouvé ce moment de repos de la physiologie des tissus avec, dans la profondeur, cette mutation de la puissance, c'est un souvenir inoubliable. Dès lors on n'a plus besoin de description : on reconnaîtra l'"immobilité" chaque fois qu'on la rencontrera.
Dans ce contexte de perception et de non-perception où se situe cette rencontre, Rollin Becker aimait citer Krishnamurti (in *Commentaries on Living*) : "une chose étrange se passait dans cet espace qui est l'esprit. Tout disparut, sauf cet immense espace. Et dans cet espace où rien ne subsistait, il y eut un mouvement ; et ce mouvement était l'immobilité. C'était un mouvement profond, immense, sans commande, sans motif; il partait de la périphérie et, avec une force incroyable, il se dirigeait vers le centre, – et ce centre est à l'intérieur de l'immobilité, à l'intérieur du mouvement qui est l'espace." »[61]

[61] Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échange Réciproque, p. 63-66.

L’immobilité peut donc se percevoir quand les tissus ont atteint un état d’équilibre réciproque. Voici comment Becker introduit ce "quelque chose [qui] vient ce surajouter à cette perception d'équilibre structural", lors d'une conférence à la mémoire de W.G. Sutherland, en 1965 :

« Il est temps de mentionner un autre élément que le Dr. Sutherland nous a donné pour approfondir notre compréhension. Il s’agit de l’immobilité dans la Marée, pas le mouvement de va-et-vient des vagues de la Marée, mais l’Immobilité rencontrée au niveau du fulcrum à l’intérieur de cette marée. Cette immobilité renferme un Potentiel Inhérent. Cette idée d’immobilité introduit de la confusion dans notre réflexion pour essayer de comprendre ce travail. Comment peut-il exister un Potentiel Inhérent, une force ou une énergie dans de l’immobilité ? Le Dr. Sutherland avait l’habitude de nous donner comme illustration, la transmission d’une vibration sur un verre d’eau et observait que la surface formait un still-point en son centre. Et il attirait l'attention sur le fait qu’il s’agissait d’un fulcrum à l’intérieur de ce verre d’eau et le comparait au fulcrum que nous atteignons en réduisant la fluctuation du liquide céphalo-rachidien jusqu’à son still-point dans la compression du quatrième ventricule ou par toute autre technique de contrôle de la Marée. "C’est l’immobilité dans la Marée que nous cherchons", disait-il car c’est dans cette immobilité qu’est le Potentiel Inhérent de la Marée. »

« It is time to refer to something else that Dr. Sutherland gave us in developing our understanding. This is the stillness of the Tide - not the up-and-down fluctuation of the waves of the Tide but the Stillness found at the fulcrum point within the Tide. There is a Potency within this stillness. The idea of stillness can confuse us in our thinking in trying to understand this work. How can there be a Potency or power or energy in stillness ? Dr. Sutherland used to give us the illustration of transmitting a vibration to a glass of water and observing the surface of that glass of water forming a still point in its center. And he called attention to the fact that this was a fulcrum point within that glass of water and compared it to the fulcrum point we reach in bringing the cerebrospinal fluid fluctuation down to its stillpoint in compression of the fourth ventricle or any other of the Tide control techniques. "It is the stillness of the Tide we seek," he would say, for in that stillness is the Potency of the Tide. » [62]

Voici une autre analogie utilisée par Becker pour expliquer ce concept :

« L'œil du cyclone contient le potentiel inhérent ou la puissance de la totalité de la tempête, tandis que les tourbillons de vents alimentant cet œil manifestent l'état destructeur de la tempête. L'œil du cyclone contient le modèle de toute la tempête. Tout changement dans l'œil modifie automatiquement les tourbillons de vent prenant leur source en son sein et, par conséquent, le modèle de la tempête. […] Le praticien peut par conséquent entraîner son toucher à reconnaître et accepter le fait qu'au sein de chaque schéma de traumatisme ou de maladie se trouve un "œil", dans ou en dehors du patient, possédant en lui-même le pouvoir de manifester la condition maladive ou traumatique. C'est un point d’immobilité à l'intérieur de ce centre. Il est évidemment invisible, mais peut être perçu par la

[62] Life in Motion, p. 29-30.

palpation entraînée et perspicace du praticien. Comment sais-je cela ? J'ai eu conscience de ce potentiel des centaines de fois. Je l'ai appris par une expérience personnelle. Il s'est imposé à moi lorsque j'apprenais à déchiffrer la structure-fonction au sein des patients qui venaient me présenter leurs problèmes. J'ai pris conscience de cette zone de calme centrant le traumatisme ou la maladie. Au cours d'une longue période de temps, la connaissance et la compréhension de son existence en tant que partie du tableau traumatique ou maladif se sont peu à peu précisées. »

« The eye of the hurricane carries the potency or power for the whole storm, while the spirals of the high winds feeding into the eye manifest the destructiveness of the stoem. The eye of the hurricane carries the pattern for the whole storm. Any change in the eye automatically changes the spiraling effects of the winds feeding into the eye and thus the pattern of the storm. […] Thus, the physician can train his touch to recognize and accept the fact that whithin every trauma or disease pattern, there is an "eye", within or without the patient, which has within it a potency to manifest this traumatic or disease condition. It is a point of stillness within that focus. It is invisible, to be sure, but it can be perceived by the trained, discerning touch of the physician. How do I know ? I have been aware of this potency hundreds of times. I learned by personal experience. It was forced upon me while learning to read structure-function within the patients who brought their problems to me. I became aware of this area of stillness, centering the trauma or disease. Slowly, over a long period of time, knowledge and understanding came as to why it existed and its part in the traumatic or disease picture. »[63]

Et ce qu'il dit de l'immobilité à Anne L. Wales, D.O., au début des années 70, dans une correspondance sur bande magnétique :

« Quand un patient vient me voir, avec n'importe quel problème, et que je suis arrivé au bout de l'histoire, arrivé au bout de la conversation nécessaire pour le faire monter sur la table, je mets mes mains sous la zone désignée du problème et j'essaie de prendre conscience de l'immobilité. Pas d'un still-point, mais d'une immobilité qui est cet individu. On ne peut que prendre conscience de l'immobilité, on ne peut pas palper l'immobilité avec ses mains. L'immobilité est ce qui centre chaque molécule d'être d'un corps vivant. La physiologie corporelle est l'expression extérieure de cette immobilité. Ils forment une unité totale, en échange réciproque équilibré. Dans l'état de santé, c'est un libre courant d'échange réciproque. Dans la maladie et le traumatisme, des schémas de dysfonctionnement s'installent qui portent l'immobilité en eux. Donc, l'énergie de cette force motrice est inscrite dans ces schémas de dysfonctionnement comme elle l'est dans la santé.
Les schémas de dysfonctionnement résultent de tous les facteurs qui les ont produits : les torsions, les tensions, les endotoxines, tout ce que vous voulez. Ils sont présents, et eux aussi sont soumis à la force motrice de l'immobilité. La physiologie corporelle ne choisit pas d'autoriser ce corps à continuer dans la santé maladive ou le traumatisme. Elle choisit, avec l'immobilité, de corriger le problème pour retourner à l'échange réciproque libre et à la fonction, un état que l'on appelle santé.
Donc, quand je mets mes mains sur un patient, j'établis un contact palpatoire de doigts pensant, sentant et connaissant. Je prends le problème en main avec une

[63] Life in Motion, p. 158-159.

connaissance de la physiologie corporelle de cette partie du corps, une synthèse complète de connaissances incluant son mécanisme ligamento-articulaire, sa dynamique liquidienne, ses échanges réciproques lymphatiques, son irrigation en sang artériel et son drainage veineux. L'image complète de tous nos cours donne une compréhension dynamique de ce que je palpe, de ce qu'il y a dans mes mains. Dès que je suis conscient de l'immobilité en tant que force motrice aux commandes de ce cas, mes mains commencent à palper et ressentir le changement des éléments de la physiologie corporelle, et leur réponse à cette force motrice venant de l'immobilité. C'est une vraie représentation physiologique du modèle de physiologie corporelle tel qu'il est entré dans le cabinet, avec son problème présent. »

«⊡ Patient comes in with any given problem, and when I get through with the history – get through with the conversation that's necessary to get them onto the table – I get my hands under the given area of problem and I try to be aware of stillness. Not a still point, but a stillness that is that individual. You can only be conscious of stillness, you cannot palpate stillness with your hands. The stillness is that which centers every molecule of being of that living body. The body physiology is the outward expression of that stillness. They are in total unity, in balanced interchange. In health, it is a free-flowing interchange. In disease and in trauma, patterns of disability are set up that have the stillness within them. So, the energy from that motive power is built into these patterns of disability as it is into the health.
The patterns of disability are present because of all the factors it took to produce them – The twists, the strains, the endotoxin, the what have you. They are present, and they too are subject to the motive power of the stillness. Body physiology does not choose to allow that body to continue in ill health or in trauma. It chooses to correct that problem back towards free interchange and function with stillness – a state which we call health.
So when I get my hands on this patient, I establish a palpable contact of thinking, feeling, knowing fingers. I take hold of that problem with a knowledge of the body physiology of that part of the body – a total synthesis of understanding including its ligamentous-articular mechanism, its fluid dynamics, its interchange of lymphatics, its arterial flow of blood and veinous drainage. The total picture from our training gives a dynamic understanding of what I am palpating, what is there in my hands. As soon as I am aware of stillness as the motive power that is in command of this case, then my hands begin to palpate and feel the shift of the element of body physiology and their response to this motive power coming from the stillness. It is more that just a sense of motion. It's a living entity of interchange that is taking place. It is a true physiological picturing of the pattern of body physiology as it exists in its present problem as brought to the office. »[64]

La profondeur de la perception palpatoire de Rollin Becker, après 36 ans de pratique, est réellement impressionnante. Quoi qu'il en soit, voici un autre extrait de cette correspondance :

« Nous pouvons palper l'échange réciproque entre l'immobilité et le problème. Et quand nous percevons que cet échange réciproque se met en place entre immobilité et problème, quand nous percevons que la physiologie corporelle participe et partage l'immobilité, dans et avec le problème, qu'elle échange avec elle pour dissiper le processus traumatique ou de maladie présent dans le corps, nous savons que notre traitement est accompli pour ce jour donné, parce que c'est là tout ce dont la

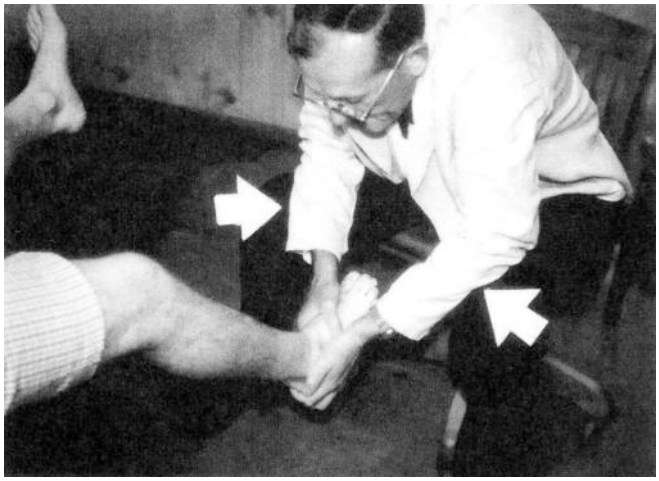
[64] The Stillness of Life, p. 68-69.

physiologie corporelle à besoin. C'est une notion permissive. En fonction du problème et de ce qui est possible ce jour-là, tout ce qui peut retourner se dissiper dans l'immobilité, commencera à le faire. »

« We can palpate the interchange between the stillness and problem. And when we can sense this interchange actively taking place between the stilness and the problem – when we sense that the body physiology has become part of and is sharing stillness in the problem and with the problem, and is interchanging with it to dissipate the traumatic and disease process that is in the body – we know that our treatment program is through for that day, for that is all the body physiology needs. It is a permissive thing. As much of that problem as is possible for that given day will begin to dissipate back into the stillness. » [65]

[65] The Stillness of Life, p. 71.

3-5 L'apprentissage philosophique



3-5-1 Les bases

On l'aura compris, l'approche de Rollin Becker demande autant de savoir être que de savoir faire. Avant de le détailler, retournons tout d'abord à l'origine de son cheminement quand, déçu de ne pas comprendre, ni ressentir dans ses mains pourquoi certains de ses patients ne réagissaient pas favorablement à ses traitements, il remit son savoir faire en cause et réétudia les textes fondateurs de l'ostéopathie :

« Je me replongeai donc dans les ouvrages du Dr A. T. Still et je décidai littéralement d'abandonner la pratique de "l'ostéopathie", et d'étudier à la place la pratique du Dr A. T. Still. Au bout d'un certain temps, je me rendis compte que pour comprendre et utiliser son concept, expliqué en détails dans un paragraphe précis[66], en tant qu'objectif de développement, il me fallait laisser tomber mon soi-disant art palpatoire et en apprendre un tout nouveau. Je commençai cela en posant simplement mes mains sur différentes parties du corps de mes patients, selon leurs plaintes, et j'appris à écouter, écouter, écouter les tissus à l'intérieur. Je fis cela parce que le Vieux Docteur, le Dr Still, disait que toute physiologie corporelle comporte en elle-même un médecin qui permet à la fonction physiologique d'œuvrer vers l'autocorrection ; que toutes les puissances, toutes les forces motrices, et tout ce qui

---

[66] A.T. Still, Autobiography, p. 148. **«□J'espère que ceux qui me liront comprendront que je suis totalement convaincu que Dieu, ou l'esprit de la Nature, a prouvé Sa capacité de concevoir (si tant est qu'une conception fût nécessaire) et de faire ou de fournir les lois d'espèce, sans modèle, pour les myriades de formes que présentent les êtres animés, et de les équiper complètement pour les fonctions de la vie, avec leurs moteurs et la force motrice de leurs batteries en parfait état de marche. Chaque partie est complètement armée pour sa fonction□elle a le pouvoir de sélectionner et de s'approprier, en l'extrayant du grand laboratoire de la nature, toute force nécessaire à l'accomplissement de son office particulier dans l'économie de la vie. En bref, cet Architecte omniscient a découpé et dénombré chaque élément pour qu'il tienne sa place et remplisse ses fonctions dans chacune des constructions de la force animale, pendant que les soleils, les étoiles, les lunes et les comètes obéissent tous à la loi éternelle de vie et de mouvement.□** (Traduction□J. A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 7-8.)

est nécessaire au traitement d'un patient se trouve déjà à l'intérieur de la machine ; que tout cela est nécessaire pour reconnaître ces mécanismes et travailler avec eux. Si les moteurs, les forces motrices et tout le reste sont déjà en action et en mouvement, et si même le principe fondamental du médecin à l'intérieur du patient est en mouvement et peut faire ce qui est nécessaire, alors je compris que je devais développer un type d'habileté palpatoire par laquelle je puisse entendre ce que la physiologie corporelle avait à dire au lieu de lui dire moi, ce qu'elle devait faire. »

« So I went back to the writtings of A.T. Still, and literally I decided to give up the practice of "osteopathy" and instead decided to study the practice of A.T. Still. Over a period of time, I realized that in order to understand and use his concept – spelled out in one paragraph in particular – as a goal for development, it would be necessary to drop all my so-called palpatory skills and learn a whole new set-up. I began this by simply putting my hands on various segments of the patients' bodies that related to their complaints, and I learned to listen, listen, listen to the tissues within. I did this because the Old Doctor, Dr. Still, had said every body physiology has a physician within that allows physiologic function to work towards self-correction ; all the powers, motive forces, and everything necessary for the treatment of that case are already built into the machine ; all that is necessary is to recognize and work with these mechanisms. If the motors, motive forces, and everything else are already in action and in motion, and if even the fundamental principle of the physician within is in motion, capable of whatever is necessary, then I realized I would have to develop a type of palpatory skill whereby I could hear what the body physiology had to say instead of me telling it what to do. »[67]

Comme on le voit, dès le début, il s'agit d'apprendre à écouter, plutôt que d'apprendre à faire. D'ailleurs, "écouter" restera le maître mot de l'approche pratique de Rollin Becker, voici ce qu'il écrit à un collègue en avril 1986, après 50 ans de pratique ostéopathique :

« Dès que le contact de mes mains et du corps est établi, je commence à ressentir, à écouter, à expérimenter activement, calmement et sans jugement, ce que le médecin intérieur et la physiologie corporelle du patient manifestent au travers de mes contacts palpatoires. Quand cette session de diagnostic-traitement est terminée, je peux retirer mes contacts palpatoires et alors seulement, "penser" à ce qui vient de se passer. Analyser en jugeant ce qui se passe pendant le traitement, inhibe une partie des informations que la physiologie corporelle vivante et mouvante essaie de vous donner. "Écouter" activement, calmement, à travers vos contacts palpatoires, revient à faire beaucoup d'expériences intéressantes. Mettre en place vos contacts palpatoires puis penser à autre chose, ou ne pas essayer d'écouter le "professeur" à l'intérieur du patient, revient à ne rien expérimenter du tout, pendant ce temps où vous auriez dû "écouter". »

« As soon as my hands and body contacts have been made, I begin to feel, to listen, to quietly, without judgment, actively experience what the physician within and the body physiology of the patient is manifesting through my palpatory contacts. When this diagnostic-treatment session is finished, I can remove my palpatory contacts and then "think" about what took place. To analyze with judgment during the treatment session inhibits some of the material the living moving body physiology is trying to give to you.

[67] Life in Motion, p. 141-142.

To actively, quietly "listen" through your palpatory contacts is to receive many interesting experiences. To position your palpatory contacts and then think about everything else, or not try to listen to the "teacher" within the patient, is to experience nothing during the time you should be "listening". »[68]

3-5-2 Renoncer à son ego

Pour Becker, il s'agit donc et avant tout d'être disponible à ce qui se passe dans nos mains et de savoir écouter, sans entraver l'action du "médecin intérieur". D'ailleurs, Becker prévient clairement ses étudiants :

« La première chose à faire, et vous n'allez pas aimer cela, est de renoncer à vos ego. Vous êtes loin d'être aussi intelligent que votre corps ou que le corps du patient sur la table. »

«!The first thing you do, and you're not going to like it, is to give up your egos. You aren't half as smart as your body is or the body of that patient on the table.!»[69]

Et dans le même ordre d'idée :

« Dans un traitement, ce sur quoi vous travaillez a une meilleure chance de rétablissement si vous pouvez vous mettre hors du chemin, que si vous restez assis là à diriger les opérations. »

« In a treatment, if you can get yourself out of the way, what you are working on has a better chance to become what it's supposed to be than if you're sitting there directing the traffic. »[70]

« C'est simplement une question de reddition continuelle, à prendre comme une expérience de perception consciente, et cela demande à être une habitude. Il nous est pratiquement impossible de faire cela tout le temps, parce que nous sommes des êtres humains et que nous vivons en ce monde. Je me fatigue et si quelqu'un me coupe la route en rentrant à la maison, cela me rend dingue. C'est donc difficile à faire, mais c'est aussi simple que cela, une reddition consciente, personnelle, extra personnelle même, à cette immobilité qui fait partie de nos êtres. »

« It's simply a matter of continuing surrender as a conscious awareness experience, and it gets to be a habit. It is practically impossible for us to do this always because we're human beings and live in this world. I get tired, and while I'm driving home, someone cuts me off

[68] The Stillness of Life, p. 239.
[69] Life in Motion, p. 144.
[70] The Stillness of Life, p. 16.

and I get mad. So it's hard to do it, but it's as simple as that, a conscious, personal, even super-personal surrender to this stillness that's part of our being. »[71]

« Je procède ainsi parce que votre Patron est, de loin, bien plus savant et performant que moi, quel que soit le problème pour lequel vous me consulter. Je réveille ses antennes et je lui demande d'aller travailler. Mais je ne vais pas lui dicter comment faire son travail, et je ne dois pas non plus rester là à le surveiller ou concentrer mon attention sur lui. Plus vite vous pouvez vous en écarter et retourner à une véritable reddition, mieux c'est. […] Je le contacte et je lui laisse la place, c'est aussi simple que cela. Si vous compliquez un tant soit peu les choses, vous êtes morts, il ne se passe rien. Voilà tout ce qui le concerne. C'est de cela que parle A. T. Still quand il dit : "Dieu, l'esprit de la nature". C'est à cela qu'il se réfère. »

« I approach it this way, because your Boss is far more knowledgeable and efficient than I am for whatever problems you've come to me for. I've aroused its antennae, and I'm asking it to go to work. But I'm not going to dictate how it's going to do its work, and it isn't up to me to sit there and watch it or concentrate on it. The quicker you can get away from it and just go back to pure surrender, the better. […] I'm contacting it and surrendering to it, it's as simple as that. If you make it any more complicated, you're dead, nothing's happening. That's all there is to it. That's what A.T. Still is talking about when he says, "God, of the mind of nature." That's what he is referring to. »[72]

Et enfin :

« Syntonisez vous avec votre Partenaire Silencieux, puis avec le Partenaire Silencieux de votre patient, soumettez vous et, ce faisant, devenez un participant dans le processus qui est déjà en cours… L'acte de s'abandonner dans l'inconnu, en tant que participant, fait tout le travail. »

« Tune to your Silent Partner, then to the Silent Partner of the patient, surrender and thereby become a participant in the process already going on… The act of surrendering as a participant into the unknown does all the work. »[73]

3-5-3 L'intention, traiter l'être ou le corps

Becker nous précise aussi que l'intention du thérapeute est primordiale dans un traitement :

« En d'autres termes, si je traite seulement les tensions pour faire disparaître le problème, c'est un certain niveau de traitement. Si je les traite pour faire disparaître le problème et syntonise en même temps tout le mécanisme, j'obtiendrai un autre résultat. Si je traite la région avec l'idée d'oublier le fait qu'elle a un problème, et si j'essaie littéralement d'en extraire la santé, de la réveiller et de lui dire : "Eh, c'est

[71] The Stillness of Life, p. 31.
[72] The Stillness of Life, p. 29-30.
[73] The Stillness of Life, p. 250.

vous qui êtes censé faire le travail ici", si je syntonise cela au reste du schéma de santé, puis syntonise l'ensemble avec le Patron qui veut l'éveiller, j'obtiendrai un autre résultat. Vous avez donc différents niveaux de résultats, selon l'approche que vous faites en tant que praticien. »

« In other words, if I only treat the strain to get rid of the problem, that's one level of treatment. If I treat it to get rid of the problem and at the same time tune into the whole mechanism, I'm going to get another result. If I treat the area with the idea of forgetting the fact that it's got a problem and literally try to bring the health out of it, to wake it up and say, "hey, you're the one that's supposed to be doing the work here," and then tune that into the rest of the health pattern, and then tune that into the Boss that wants to take it upstairs, I will get another result. So you've got different levels of results depending upon the approach that you, as a physician, make. »[74]

Et que son intention personnelle est, clairement, de traiter l'être en même temps que le corps :

« Il vous faut dépasser l'idée que le problème est le corps. Oubliez le corps, c'est juste le bagage de quelqu'un qui est entré et qu'il a rangé sur la table. Oubliez le. Le corps n'est pas le but, c'est juste le service des réclamations. Il n'y a que l'ego dedans. C'est pourquoi tout le monde veut se sentir bien. C'est à cela que tout le monde s'exerce. C'est bien. Mais ce n'est rien d'autre qu'un sac rempli d'effets qui réagit à tout ce qui lui arrive. Cette conclusion m'a ennuyé pendant un temps. Pourquoi, en tant que praticien, m'occuperais-je d'un tas d'ego en vadrouille ? Bon, malheureusement c'est ce qu'est le monde : un tas d'ego en vadrouille. Donc, quelqu'un doit s'en occuper, et pourquoi ne pas le faire efficacement ?
Si je travaille sur le corps de l'ego en vadrouille, juste pour l'amuser, et l'amener à un état appelé santé physiologique, c'est très intéressant. C'est pour cela que les gens viennent. Mais je peux également rechercher dans le schéma particulier de ce corps, pas seulement pour trouver la Santé, mais également pour trouver et stimuler l'Esprit inhérent de cet individu et lui donner un petit coup de pouce. Peut-être qu'alors le patient saisira l'allusion et réveillera ses capacités internes de développement spirituel. Je ne leur mentionne jamais le mot "spirituel", et je ne l'avais encore jamais dit à aucun autre groupe. J'ai découvert que vous n'utilisez pas ce mot, à cause de ses connotations. Mais pour moi, quand je travaille sur mes patients, je m'intéresse surtout à stimuler les couches les plus profondes de leur conscience globale, quoi que vous l'appeliez. Dans ce processus, je taquine quelque chose qui est enterré, où qu'ils l'aient enterré. Je ne sais pas où c'est enterré, je ne le demande même pas, et je m'en moque. Toujours est-il que je le taquine. Cependant, plus superficiellement, je recherche le niveau en rapport avec la fonction de santé pour le problème qui les a amenés.
Je ne veux absolument pas dire que je donne un traitement d'ordre spirituel. Je ne veux pas être catalogué comme guérisseur spirituel. Je ne suis pas dans le business de guérison spirituelle. Toutefois, mon but personnel est d'essayer de contacter les tréfonds de mon patient à chaque fois que je donne un traitement. J'ai une bonne excuse. Ils viennent me voir pour de l'aide, et j'épelle Aide avec un "A" majuscule. »

[74] The Stillness of Life, p. 21.

« You have to get over the idea that the problem is the body. Forget about the body, it's just the baggage somebody came in with and parked on the table. Forget about it. The body is not the point, that's just the complaint departement. That's just the ego there. That's why everybody wants to get well. That's what everybody exercises for. That's great. But it's still nothing more than a bag full of effects that's reacting to everything that's going on. This issue bothered me for a while. Why am I, as a physician, just taking care of a bunch of ego trips ? Well, unfortunately, that's what the world is, a bunch of ego trips. Therefore, somebody has to take care of them, and why not take care of them efficiently ?
If I am working with the ego-trip body purely to keep it amused, and get it to a state of so-called physiologic health, that's very interesting. That's all people come in for. But I can also reach through the particular pattern of that body, not only to find Health, but also to find and arouse the inherent Mind of that individual and give it a little shot in the arm. Then perhaps that patient would get the hint and arouse their own internal capacity for human spiritual development. I never mention the word "spiritual" to them, and I never mentioned it before to any other group. I have found you don't use that word, because it has connotations. But for me, when I work with my patients, I am purely interested in arousing the deepest level of their total awareness, whatever you call it. In this process, I'm teasing at something that's buried wherever they have buried it. I don't know where it's buried, I don't even ask, and I don't care. I just tease at it anyway. Meanwhile, more superficially, I'm seeking the layer that relates to healthy function for the problem that they came in with.
I'm absolutely not saying that I am giving a spiritual treatment. I don't want to be known as a spiritual healer. I'm not in the business of healing spiritually. However, my internalized goal is that I'm trying to touch the innermost part of the patient's being every single time I give a treatment. I've got a perfect excuse. They came to me for help, and I spell Help with a capital "H". »[75]

« En dépit du fait que la plupart de mes patients viennent me voir pour un soulagement symptomatique, je me sens à l'aise, parce que je sais que chacun des traitements que je donne améliore l'ensemble du mécanisme en plus de soulager les symptômes. Je dois juste accepter que ces patients ne restent pas avec moi jusqu'au point où je pourrai leur apporter un traitement complet de leurs problèmes. »

« In spite of the fact that most of my patients are coming to me only for symptomatic relief, I'm at ease because I know that every treatment I give is corrective to the whole mechanism in addition to giving symptomatic relief. I just have to accept that these patients are not going to stay with me to the point where I am able to give total care to their problem. »[76]

C'est là une vision très personnelle de l'acte thérapeutique. Mais, après tout, Rollin Becker soulageait ses patients de leurs maux avec d'excellents résultats. Chercher à traiter les causes plutôt que les effets peut mener à bien des discussions philosophiques. Quoi qu'il en soit, Becker nous assure que son approche est à la portée de tout le monde :

[75] The Stillness of Life, p. 20.
[76] The Stillness of Life, p. 167.

« C'est un style de vie, un style de Vie avec un "V" majuscule. C'est comme ça. Ne vous compliquez pas les choses. Vous pouvez dès maintenant contacter votre Partenaire Silencieux, vous pouvez contacter celui de quelqu'un d'autre et vous soumettre à eux. Tout le monde peut le faire, nous avons tous les mêmes ressources. »

« It's a way of life, a way of Life with a capital "L". So that's what it is. Don't make it complicated. You can contact your Silent Partner right now, and you can contact someone else's and then surrender to theirs. Everybody can do it; we all have the same resources. »[77]

3-5-4 Un toucher vivant, la syntonisation

Pour Becker, le sens du toucher, avec des doigts qui pensent, sentent et connaissent permet de mettre en harmonie les éléments constitutifs de l'être et du corps :

« J'accepte le fait que ma vie m'appartient individuellement, qu'elle est vivante et capable de répondre aux besoins d'un patient particulier. J'accepte également que le patient soit doté de vie et soit vivant. Quand j'utilise mon sens du toucher, je ne pose pas mes mains sur un patient pour dire "Cela est dur, cela est mou". Au lieu de cela, j'accepte le fait que mon toucher soit vivant. Je suis vivant, le patient est vivant, alors pourquoi ne pas rendre ma palpation vivante ? J'accepte le principe que les mécanismes anatomiques et physiologiques du patient constituent un mécanisme dynamique vivant, en harmonie avec l'ensemble de la Vie. Une fois que le principe est acquis, je peux me retirer du chemin. Je peux répondre au mécanisme du patient et expérimenter en lui quelque chose qui doit être fait. »

« I accept the fact that my life is individually belonging to me, and it's alive and able to respond to the needs of this particular patient. I also accept that the patient is endowed with life and alive. When I use my sense of touch, I don't lay my hands on a patient and say, "That is hard and that is soft." Instead I accept the fact that my touch is alive. I'm alive, the patient is alive, so why not make my palpation alive ? I'm accepting the premise that the patient's anatomical and physiological mechanisms are a living dynamic mechanism that is in tune with all of Life. Once I have the premise, then I can get out of the road. I can respond to the patient's mechanism and experience within it something that needs to be done. »[78]

Être syntone, c'est vibrer en harmonie avec le milieu dans lequel on se trouve. Le processus de syntonisation avec et pour la physiologie corporelle est donc essentiel :

« Il est important de se rappeler qu'en toute occasion c'est le processus de syntonisation qui est important. La réalisation, et le résultat qu'elle procure, ne doit pas vous préoccuper. Il s'agit de syntonisation, pas de réalisation. Outre la syntonisation elle-même, tout ce qui se passe est simplement une question

[77] The Stillness of Life, p. 30-31.
[78] The Stillness of Life, p. 16.

d'expression, de manifestation. Il s'agit encore "d'effets", et si vous vous attachez à cela, alors vous vous enfermez dans un état d'égotisme. »

« It's important to remember that in every instance it is the process of attunement that is the point. The attainment, and the result it brings, is not something you should ever be concerned with. It is about attunement, not attainment. Beyond the attunement itself, everything else that takes place is simply a matter of expression; it is manifestation. This is a case of "effects" again, and if you get hung up in that as attainment, then you have crossed your wires and you are back into the state of egotism. »[79]

3-5-5 Une voie d'évolution

Becker nous rappelle cependant, dans une conférence donnée en 1983, que cette approche ostéopathique est toujours en développement, que son chemin est semé d'embûches, mais que l'expérimentation en est exaltante, comme une voie d'évolution :

« L'apprentissage de la science de l'ostéopathie ne se fait pas selon des directions déterminées. C'est un chemin d'expériences, une voie d'évolution. En développant mes principes de l'ostéopathie pour ma pratique personnelle, je me suis fourvoyé dans toutes les impasses. J'ai lutté de nombreuses fois pour revenir sur la route principale, uniquement pour découvrir que je me trouvais dans une autre impasse. J'ai fait toutes les erreurs que l'on peut commettre, et j'en ferai probablement d'autres jusqu'à la fin. Le Dr Sutherland lui-même, lucide jusqu'aux derniers jours de sa vie, apprenait la science de l'ostéopathie et développait de meilleures façons de l'adapter. C'est un beau voyage. »

«!!earning the science of osteopathy doesn't come with specific directions!;!it's a road of experiences, a road of development. I have been up every blind alley you can name in developing my principles of osteopathy for the way I practice. I have fought my way back to the main road many times, only to discover myself in another blind alley. I have made all the known mistakes you can possibly make, and I will probably make more before I'm through. Even Dr. Sutherland, clear up to last week of his life, was learning the science of osteopathy and developing better ways to accommodate to it. It's an enjoyable trip.!»[80]

[79] The Stillness of Life, p. 32.
[80] Life in Motion, p. 219-220.

IV Pratique

4-1 L'apprentissage pratique

4-1-1 Apprendre à ressentir

Becker nous précise qu'apprendre à ressentir ne s'enseigne pas et qu'il s'agit d'une recherche personnelle. Voici l'extrait d'une conférence donnée en 1986 :

« Nous devons apprendre à ressentir, mais cela ne s'enseigne pas. Je ne peux rien vous enseigner à ce sujet ; vous devez apprendre vous-mêmes avec chacun de vos patients. Mes patients m'ont enseigné de l'intérieur. J'ai appris de leur intérieur en écoutant au fond de moi-même comment travailler avec la physiologie corporelle. Je ne sais toujours pas ce que je suis censé ressentir, j'apprends toujours. »

« We have to learn to feel, but it doesn't happen by being taught. I can't teach you anything about it ; You have to learn it yourself on a one-on-one basis. Patients taught it to me from within themselves. I learned it from within them by listening from within myself about how to work with the body physiology. I still don't know everything I'm supposed to feel, I'm still learning. »[81]

Cependant, le manque de ressenti ne semble pas être un obstacle à l'efficacité du traitement :

« Cinq ans après avoir commencé ma soi-disant nouvelle approche, je quittai le Michigan pour aller vivre au Texas. […] Il est intéressant de remarquer que le fait que je n'ai rien pu ressentir au cours de ces années n'a pas eu de conséquence sur l'efficacité du traitement. Je ne pouvais ressentir aucune des choses que je peux ressentir à présent, mais je travaillais avec une physiologie corporelle au sein du patient qui pouvait comprendre que quelque chose se passait. Elle a fait quelque chose pour ce patient, non parce que je pouvais la ressentir, lui donner des ordres,

[81] Life in Motion, p. 143.

lui dire de se taire ou de faire autre chose, mais parce que je me contentais d'entrer en contact avec la zone du patient qui avait quelque chose à dire. Mon travail consistait à placer doucement les mains et à écouter à travers elles, à lire à travers elles, à sentir à travers elles, doucement, ce que le patient essayait de me dire. Ce n'était pas l'ego ou l'intelligence du patient, mais la quiétude de ses tissus en fonctionnement communiquant avec moi, qui a effectué les modifications nécessaires et a permis au patient de réaliser les changements physiologiques vers la restauration de la santé. »

« Five years after I began with so-called new approach, I moved from Michigan to Texas. […] It is interesting to note that the fact I could not feel in those early years did not determine the efficiency of the treatment. I could not feel any of the things that I can feel now, but I was working with a body physiology within the patient that could understand that something was going on. It did do something for the patient – not because I could feel it, or give it orders, or tell it to shut up or do anything else, but because I simply did the job of taking hold of the area of the patient that had something to say. It was a job of quietly positioning my hands and then listening through my hands, reading through my hands, feeling through my hands, quietly, for that which the patient was trying to tell me. It was not the patient's ego or intellect but the quietness of their tissue functioning, reporting through to me, that made the necessary changes and allowed the patient to make the physiologic changes towards restoration of health. »[82]

4-1-2 Les étapes de l'apprentissage

Becker nous explique les étapes à franchir pour progresser dans son approche :

« Étapes :
1. Acceptez le mécanisme vivant qui est en vous et en votre patient.
La vie essaie toujours d'exprimer la santé.
2. La reddition vient après l'acceptation.
Acceptez le fait que ce que vous dit le mécanisme est vrai.
3. Développez votre habileté palpatoire.
Le corps est plus intelligent que vous. Apprenez donc à apprendre de lui.

La première étape est la plus difficile, mais elle est essentielle à la compréhension et à l'utilisation des mécanismes de santé vivants. Commencez par chercher les mécanismes de la fonction vivante en vous et par apprendre d'eux, ce qui vous permettra de comprendre les mécanismes inhérents à vos patients.
La deuxième étape consiste à écouter les fonctions vivantes travailler. Abandonnez vous aux patients.
La troisième étape est le développement d'une habileté palpatoire vivante. Le toucher est l'outil utilisé par le praticien pour lire ce que le médecin en chef inhérent à chacun d'entre nous va faire émerger : la santé. Apprenez à ressentir la fonction inhérente, et non seulement des mouvements flagrants ou plus subtils. »

[82] Life in Motion, p. 143-144.

« Steps :
1. Accept the Living Mechanism in you and the patient.
Life is always trying to express health.
2. Surrender comes after acceptance.
Accept the fact that what the mechanism is telling you is true.
3. Develop palpatory skills.
The body is smarter than you are, so learn to learn from it.

Step one is the hardest, but it is the essential step in the understanding and use of living health mechanisms. Seek and learn the mechanisms of living function within yourself first, and it will lead you to understand it in your patients.
Step two is to become a beholder of living functions at work. Surrender to the patients.
Step three is to develop a living palpatory skill. Palpation is the tool the physician uses to read what the primary physician in each of us is doing to deliver health from within. Learn to feel function within, not merely gross or fine movements. »[83]

Dans un autre texte, il détaille ces étapes :

« Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous devons passer par trois étapes, la première étant la plus difficile. Vous devez tout d'abord accepter le fait que la fonction anatomo-physiologique existant chez vous et chez le patient est vivante, déjà en mouvement, et qu'elle est disponible pour être évaluée et mise à contribution. Vous devez accepter ce fait. Fermez les yeux et traversez une frontière, en espérant qu'il existe un sol sur lequel vous poser de l'autre côté. Soudain, vous devenez le second par rapport à la chose sur laquelle vous travaillez. Le grand chef est à l'intérieur. Le grand patron est en vous et en vos patients. Le médecin en second va apprendre à le comprendre et à le mettre à contribution.
Ensuite, nous avons besoin d'étudier les détails du mécanisme anatomo-physiologique dans un corps vivant. Nous devons comprendre que les détails anatomo-physiologiques vivants du mécanisme respiratoire primaire et du mécanisme crânio-sacré ne constituent pas une unité de fonction ou un sujet d'étude séparé. Nous allons ajouter ces détails à l'anatomie et à la physiologie que nous avons étudiées à l'université. Lors de mon premier cours avec le Dr William Garner Sutherland, je lui expliquai que je n'étais pas venu pour apprendre son travail, mais pour approfondir ma connaissance de l'anatomie et de la physiologie et y inclure le mécanisme crânio-sacré qui ne nous avait pas été enseigné. C'est l'apport du Dr Sutherland à la profession, et nous vous le transmettons aujourd'hui. Vous êtes là pour poursuivre votre étude de l'anatomie et de la physiologie du corps vivant, ce qui inclut le mécanisme respiratoire primaire.
La troisième étape consiste à développer notre habileté palpatoire. Pour travailler avec les mécanismes vivants au sein d'un corps vivant, nous avons besoin de capacités palpatoires vivantes. Ce sont nos capacités palpatoires qui nous donneront la possibilité d'évaluer et de mettre à contribution les unités œuvrant dans le corps pour leur permettre d'auto-traiter le patient. Si nous désirons coopérer avec les mécanismes déjà à l'œuvre, les patients recevront un auto-traitement chaque fois que nous poserons les mains sur eux. »

[83] Life in Motion, p. 11.

« To achieve the goals we've laid out there, there are three steps to go through and the first one is the most difficult one. First, you have to accept the fact that the anatomicophysiological function within you and within the patient is living, is already in motion, and is available for your evaluation and use. You have to accept that fact – close your eyes and step across a border and hope there's still some floor there when you touch down on the other side of that border. All of a sudden, you are secondary to the very thing you are working on. The primary boss is inside. The primary boss is in you and in your patients. The secondary physician is going to learn to understand and use it.
Secondly, we need to study the details of the anatomicophysiological mechanism in a living body. We need to understand that the living anatomicophysiological details of the primary respiratory mechanism, of the craniosacral mechanism, are not separate unit of function or study. We are adding these details to the anatomy and physiology we learn in school. When I went to my first class with Dr. William Garner Sutherland, I told him I had not come to learn his work, I had come to extend my knowledge of anatomy and physiology to include the craniosacral mechanism, which we had not been taught in school. Dr. Sutherland gave that to the profession and now we are giving it to you. You are here to continue your study of the anatomy and physiology of the living body, which includes the primary respiratory mechanism.
The third step is that we have to develop living palpatory skills. To work with living mechanisms in a living body, we need living palpatory skills. It is these palpatory skills that are going to give us the chance to evaluate and make use of the working units of the body to allow them to self-treat the patient. Patients get a self-treatment every time we put our hands on them, if we will cooperate with the mechanisms that are already at work. »[84]

4-1-3 Quelques conseils

Si apprendre à ressentir ne s'enseigne pas, Becker n'est pas avare de conseils, en voici quelques-uns :

« Une fois rentrés chez vous, si vous décidez de faire quelque chose pour un patient, commencez par consulter l'immobilité en vous-même, et immédiatement, en un claquement de doigts, quelque chose se produira. De cette manière, en posant les mains sur le patient, vous découvrez que vos mains, votre esprit et son corps commencent à se compléter, et vous commencez à mieux comprendre ce qu'il convient de faire pour ce patient ce jour-là. Consultez votre propre fulcrum de Sutherland lorsque vous entrez en contact avec un patient, consultez votre propre fulcrum de Sutherland et l'immobilité. »

« When you go home and decide to do something for a patient, first consult the stillness within your self, and immediately, as fast as a snap of thefingers, something happens. In this way, as you lay your hands on this patient, you discover your hands and your mind and their body are beginning to integrate, and you will begin to better understand what you need to do for this patient that day. Consult your own Sutherland fulcrum when you contact this patient – consult your own Sutherland fulcrum and the stillness. »[85]

[84] Life in Motion, p. 5-6.
[85] Life in Motion, p. 23.

« Le praticien doit connaître sa propre anatomie et sa physiologie afin d'interpréter ce que le corps lui dit à travers les contacts de son point d'appui, et il doit en même temps s'empêcher de faire quelque chose dans la zone examinée afin de laisser l'histoire venir à lui. Cela est difficile. En tant que praticiens, nous sommes entraînés à faire, et voilà que l'on nous dit de laisser quelque chose d'autre faire le travail de faire. Nous avons appris à écouter le récit oral du problème de notre patient, puis de faire quelque chose à partir de ce récit. Nous devons à présent apprendre à écouter un récit tactile au moyen de notre sens du toucher diagnostique en développement. »

« The physician has to know his anatomy and physiology in order to interpret that which the body is telling him through his fulcrum contacts, and at the same time, he has to divorce himself from doing something to the area under examination, thus letting the story come through to him. This is difficult. As physicians, we are trained to do, and here we are told to let something else do the job of doing. Wee have learned to listen to the verbal account of our patient's problem and then do something based on that. Now we must learn to listen to a tactile account through our developing sense of a diagnostic touch. »[86]

« Quelle que soit la zone que vous examinez, vous devez comprendre sa représentation anatomique, physiologique et biomécanique. Puis, pour l'approche manuelle, vous pouvez poser vos mains sur ces tissus, et accompagner les mouvements qu'ils produisent, en ressentant avec vos mains les zones qui font ce qu'elles sont censées faire, ainsi que celles qui ne font pas ce qu'elles sont censées faire. En d'autres termes, vous analysez la gamme des fonctions dans ces zones, et votre démarche manuelle est de trouver le point fulcrum dans le schéma global de changement, sur lequel un schéma donné semble opérer. Vous l'accompagner à ce point fulcrum dans les tissus pour qu'il puisse opérer une normalisation ou, au moins, créer un changement à l'intérieur qui puisse permettre aux tissus de réévaluer leur problème et de créer une normalisation. Comme le Dr Sutherland avait coutume de me dire : il n'y a pas de technique spécifique, c'est plutôt une question de compréhension. Si vous comprenez le mécanisme, votre technique est simple. La technique est votre outil pour utiliser un mécanisme normalisateur dans le fonctionnement des tissus. »

« You need to understand the anatomical, physiological, and biomechanical picture of the area you are examining, whatever part of the body it is. Then regarding the manipulative approach, you can get your hands on those tissues and carry them through the motions they can make, understanding with your hands which areas are tending to do what they are supposed to be doing while feeling for the areas that are not doing what they are supposed to be doing. In other words, you are analyzing the range of function within these areas, and then your so-called manipulative technique is to find the fulcrum point within the total pattern of change around which a given pattern seems to be operating. You carry it to that fulcrum point within the tissue, so that it can make a change of normalization or at least create a change within it which would permit the tissue to reevaluate its problem and to create a normalization. As Dr. Sutherland used to tell me, there is no specific technique –

[86] Life in Motion, p. 170.

it's a question of understanding. If you understand your mechanism, your technique is simple. Your technique is your tool for utilizing a normalizing mechanism within tissue functioning. »[87]

« J'applique souvent un peu de compression au départ dans mes traitements. Je crois qu'une personne est centrée quelque part, qu'il y a un axe. Pour aider le processus de traitement, je peux appliquer une compression contrôlée vers ce centre d'où que je sois et dans n'importe quel type de tension. Je parle d'une compression contrôlée, je ne pousse rien là dedans. Je le répète, j'agis en tant que participant dans un mécanisme quantique. Si j'applique d'abord un peu de compression vers le centre, puis ajoute un peu d'exagération, de correction directe ou autre, je trouve les résultats bien plus rapides et j'obtiens une meilleure correction.
La compression est appliquée vers le point d'où provient l'énergie. L'énergie qui se dégage rayonne de plus en plus loin jusqu'au bout des membres. Si je comprime le point d'où provient l'énergie, je le ramène vers son point fulcrum interne. Donc, personnellement, j'utilise une compression dans pratiquement tous mes traitements. J'utilise une forme particulière de compression plus de l'exagération, de la correction directe, de la physiologie opposée, ou ce que vous voulez, en fonction de ce que les tissus essaient de faire. »

«Often in my treatments, I apply a little compression at the start. My understanding is that a person is centered somewhere, there is a hub. To aid in the treatment process, I can apply a controlled compression towards that center from wherever I am on any strain pattern. This is a controlled compression; I don't just shove it back in there. Again, I am functioning as a participator in quantum mechanics. If I first apply a little compression towards the center and then add in the exageration, direct action, or whatever I want, I find I get results a lot faster and get a better correction.
The compression is going towards the point out of which energy comes. The energy that is manifesting is radiating further and further out to the end of the limb. If I compress towards the point from which the power comes, I'm taking it back towards its built-in fulcrum point. So I, myself, use compression in practically every treatment I give. I use a modified form of compression plus exaggeration, direct action, opposing physiologic motion, or what have you, depending on what the tissues are trying to do. »[88]

« Au point tranquille à l'intérieur d'un spasme, il y a de l'énergie bloquée. Si vous le comprimez, vous commencerez d'abord à sentir une résistance à la pression que vous exercez. Vous continuez à comprimer doucement, jusqu'à sentir que vous équilibrez la quantité d'énergie de cette zone tranquille. Par ce biais, vous atteignez un point où vous annulez ou tendez à neutraliser l'énergie qui est dans ce point d'immobilité. En faisant ça, vous atteignez un point où un changement peut se produire. »

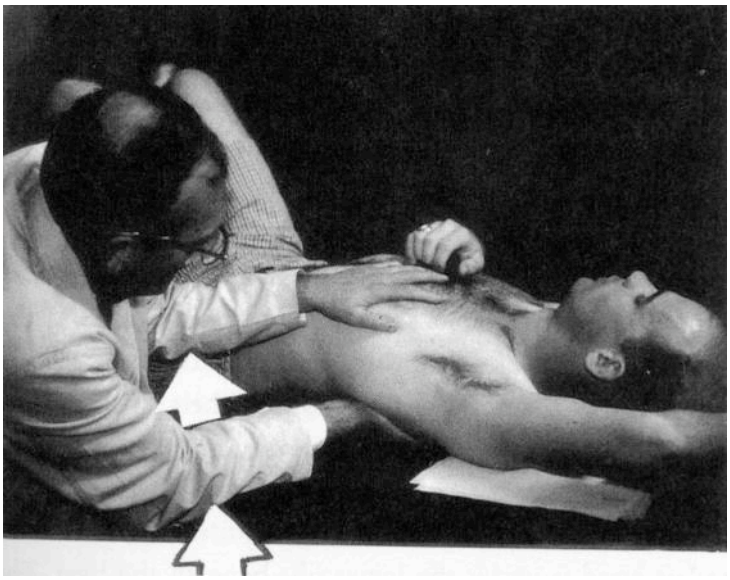
« At the point of quiescence within this spasm, there is locked energy. As you compress on it, you begin to sense that there's a resistance to this pressure that you're putting on. But you keep gently compressing in until you feel that you have balanced the amount of energy within that quiescent area. Through this action you have reached a state where you are

[87] The Stillness of Life, p.162.
[88] The Stillness of Life, p. 57.

voiding or tending to neutralize the energy that's within that point of stillness. In doing so, you have reached a point where it can make a change. »[89]

[89] The Stillness of Life, p. 143.

4-2 La palpation



4-2-1 Un auto-apprentissage

Comme pour le ressenti en général, Becker nous incite à travailler en nous-même, car l'art de la palpation ne s'enseigne pas :

« Le Dr Irvin Korr, l'un de nos plus célèbres physiologistes, intervenant dans l'une de nos conférences il y a plusieurs années, affirmait qu'il est impossible d'enseigner l'habileté palpatoire, car une seule personne à la fois peut poser un doigt sur un endroit. C'est vrai, la palpation est littéralement un art que chacun doit s'enseigner à lui-même. Vous pouvez enseigner les idées et les principes et certaines des choses que vous pourriez découvrir, mais c'est à vous de déterminer comment les transcrire dans votre physiologie corporelle et utiliser la palpation pour comprendre la physiologie corporelle du patient. »

« Dr. Irvin Korr, one of our famous physiologists, was a speaker at our conference years ago, and he said it's impossible to teach palpatory skills because only one person can put a finger on one spot at a time. This is true. Palpation is literally a self-taught art. You can teach the ideas and principles and some of the things that perhaps you're going to find, but then it's up to you to figure out how you can translate it into your body physiology and use it to understand the patient's body physiology. »[90]

« Nous pouvons entraîner nos sens, en particulier celui du toucher, pour nous conduire au sein de la structure-fonction des mécanismes anatomo-physiologiques du patient afin d'obtenir d'eux l'information dont nous avons besoin. Dans une telle démarche, chaque praticien doit apprendre par lui-même les détails de la voie menant à la structure-fonction et la traversant. C'est une démarche d'auto-apprentissage. »

[90] Life in Motion, p. 221.

« We can train our senses, especially our sense of touch, to lead us into the structure-function of the patient's anatomical-physiological mechanisms and make them give us the information we need. In invoking this process, each physician will have to teach himself the details of the way into and through structure-function. It is a self-taught process. »[91]

« Les zones sensorielles finissent par se réveiller et, un beau jour, nous découvrons que nous pouvons ressentir. »

« Finally, the sensory areas wake up, and all of a sudden we discover that we can feel. »[92]

4-2-2 Quatre niveaux d'habileté palpatoire

L'entraînement peut toutefois être dirigé et organisé. Becker a prononcé beaucoup de conférences et écrit plusieurs articles sur le développement des qualités palpatoires ainsi que sur ce qu'il a appelé "le toucher diagnostique". Pour nous faire comprendre les mécanismes, autant physiques qu'intellectuels de la palpation, Becker détermine quatre niveaux de palpation :

« […] Pensez aux quatre niveaux d'habileté palpatoire, cela peut vous aider. Le premier niveau est un contact superficiel. Vous entrez par hasard en contact avec quelque chose ; vous n'écoutez pas, vous enregistrez simplement le fait que vous êtes en train de toucher quelque chose. Ce contact mobilise uniquement les récepteurs du toucher de vos doigts et de vos mains. Le deuxième niveau d'habileté palpatoire est développé en travaillant avec les fibres proprioceptives du long fléchisseur du pouce et du fléchisseur profond des doigts, qui sont les muscles de l'avant-bras contrôlant le mouvement des doigts et du pouce. Vous pouvez commencer par prendre contact avec un mécanisme au moyen d'un contact superficiel, pour ensuite contracter légèrement vos muscles. Immédiatement, vous avez conscience d'une façon tout à fait différente du fait que vous ressentez un objet.
Essayez. Laissez tout d'abord vos mains établir un contact quelque part sur le corps. Ensuite, ne faites rien à part contracter légèrement les muscles du fléchisseur du pouce et du fléchisseur des doigts. Ressentez-vous quelque chose de différent à présent ? Revenez ensuite au point de départ avec les propriocepteurs. Il existe une différence dans la qualité de la sensation car, avec le contact proprioceptif, vous accédez à un corps de liquide et à un ensemble de ligaments et de muscles, tous en mouvement. Avec le contact superficiel, vous ne ressentez pas le mouvement, vous êtes simplement entré en contact avec le corps. Lorsque vous utilisez les propriocepteurs, vous écoutez mécaniquement la fonction se produisant dans la zone que vous examinez.
La création d'un point d'appui peut vous aider à faire fonctionner ce contact proprioceptif. Placez confortablement les bras sur la table de traitement, puis appuyez-vous doucement sur les coudes. Cela ajoute une légère compression à votre contact. Si votre pression sur les coudes est trop importante, vous verrouillerez ce que

[91] Life in Motion, p.155.
[92] Life in Motion, p.144.

vous essayez de ressentir ; vous empêcherez qu'il ne se produise quelque chose. Pour trouver le bon degré de pression, une solution consiste à vous appuyer trop fort sur les coudes, puis à relâcher une partie de la pression sur la table. Relâchez la pression des bras sans déplacer les mains et, tout à coup, vous prenez conscience du fait que quelque chose est en train de se produire. À ce moment-là, vous n'êtes pas coincé sur la table, et vous n'êtes pas non plus en suspens, vous avez établi un contact fluctuant. Avec ce contact fluctuant, tout ce qui survient au sein du patient se manifestera, et vous le ressentirez, car vos propriocepteurs sont en harmonie avec la tension de cette partie du mécanisme du patient, avec laquelle vous avez établi un contact. […]
Après avoir établi le contact avec votre main et engagé vos fibres proprioceptives, écoutez ce qui se passe au sein de la physiologie corporelle du patient, connectez la zone sensorielle de votre cerveau. Cela peut sembler idiot, mais comment parler de quelque chose que vous ne pouvez pas examiner ? Pensez de là-haut, ressentez de là-haut. Ressentez d'en haut, continuez à écouter la physiologie corporelle. Ça a tout l'air d'un subterfuge, mais vous finirez par découvrir qu'au lieu de ressentir les choses se produisant en bas dans vos bras, vous enregistrez également cette information dans votre zone sensori-motrice. Vous pouvez écouter et amener directement les informations que le corps essaie de vous apprendre dans les zones sensorielles et motrices de votre cerveau. Je qualifie ce niveau de palpation de sensori-moteur. […]
À présent, après avoir découvert ces trois niveaux d'habileté palpatoire (superficielle, proprioceptive, et le contact sensori-moteur), passons à l'étape suivante. Sachant que tous ces outils fonctionnent de toute façon, contentez vous d'écouter, écouter, écouter. En acceptant que quelque chose puisse se produire, sans que vous sachiez pourquoi, vous faites un saut quantique. Cela s'appelle ressentir au moyen d'un saut quantique ; c'est développer une habileté palpatoire impossible à définir, mais dont vous pouvez garantir qu'elle fonctionne réellement. Le contact superficiel vous donne un niveau d'instruction sur la physiologie corporelle ; les propriocepteurs vous permettent de passer à un autre niveau, et la perception sensori-motrice vous apporte un niveau d'instruction plus profond. Vous pouvez ensuite mettre ces trois niveaux au rebut et déclarer : "Je vais Écouter, avec un É majuscule" et vous entrez dans le niveau quantique. Je ne peux pas l'expliquer, mais j'obtiens davantage d'informations à ce niveau quantique qu'en utilisant les trois autres combinés.
Pour expliquer ce contact quantique, j'utilise l'analogie d'une punaise d'eau. Savez-vous ce qu'est une punaise d'eau ? N'en avez-vous jamais vu courir sur une mare ? Dans l'apprentissage de la palpation, une manière de comprendre la mécanique quantique est de devenir une punaise d'eau courant sur la surface d'un corps de fluide qui est la physiologie corporelle. Une punaise d'eau ne se mouille ni ne se noie jamais, et il ne lui arrive rien. Elle court simplement sur la surface de l'eau, qui est vivante, et elle aussi. La punaise d'eau se déplace sur ce corps d'eau, recherchant les zones de pression ou de lésion. En tant que praticien, vous pouvez vous concentrer et écouter à travers la punaise d'eau ce qui se produit dans la physiologie corporelle. N'est-ce pas agréable ? La punaise fait tout le travail, et vous êtes assis là, vous écoutez. Lorsque vous écoutez cette petite analogie de la punaise d'eau, vous pouvez avoir plusieurs sensations de fonctionnement. C'est simplement une indication ; c'est une chose amusante avec laquelle vous jouez.
Lorsque vous commencez à examiner le problème d'un patient, pensez tranquillement à ce qui se passe et gardez à l'esprit qu'en lisant le mécanisme, vous venez de vous voir attribuer le rôle de médecin. Utilisez le contact superficiel de vos mains pour obtenir toutes les informations possibles. Sentez au moyen du contact

proprioceptif et sensori-moteur pour obtenir ces informations, puis lisez avec la punaise d'eau dans l'ensemble de la physiologie corporelle du patient. En écoutant les messages envoyés par l'intermédiaire de la punaise d'eau, vous acceptez d'être utilisé par la physiologie corporelle du patient. Par ces messages, le médecin au sein du patient tente de montrer comment vous pouvez aider le patient à restaurer la santé. »

« It helps to think about four levels of palpatory skills. The first level is a superficial contact. You just casually take ahold of something. You're not listening, you simply register that you are touching something. This contact is using only the touch receptors in your fingers and hands. The next level of palpatory skill is developed by working through the proprioceptive fibers of the flexor pollicis longus and the flexor digitorum profundus, which are the muscles in the forearm that control the motion of the fingers and thumb. You can take ahold of a mechanism with a superficial contact, and then you slightly contract your muscles, and immediately you are aware in a whole different way of the fact that you're feeling an object.
Try it yourself. First just let your hands make a contact somewhere on the body. Then, don't do anything except barely contract your flexor pollicis and flexor digitorum muscles. Do you feel something which you didn't before ? Now, go back to not feeling with the proprioceptors. There is a difference in the quality of the feel because with the proprioceptive contact, you are reaching through to a body of fluid and a set of ligaments and muscles, and they are all in motion. With the superficial contact, you are not feeling motion; all you have is ahold of the body. When you use the proprioceptors, you are mechanically listening to the function that's going on in that particular area.
In order to put this proprioceptive contact to work, it helps to create a fulcrum. Place you arms comfortably on the treatment table, and then lean gently on your elbows. This introduces a slight compression into the picture. If you lean too hard into your elbows, you'll lock whatever it is you're trying to feel; you'll be preventing anything from happening. One way to find the right amount of pressure is to lean too hard and then ease up part way on the pressure on the table. Take the pressure off the arms, but do not move the hands, and all of a sudden, you become aware of the fact that something is happening. At this point, you're not locked into the table, nor are you hanging free – you have a floating contact. With this floating contact, anything that happens within that patient is going to reflect back, and you're going to pick it up because your proprioceptors are now in agreement with the exact tensity of that part of the patient's mechanism you have ahold of.
Once you've set up your hand contact and engaged your proprioceptive fibers, listen to what is taking place within that body physiology – turn on the sensory area of your brain. This sounds stupid, but how do you talk about something you can't discuss ? Think from up there, sense from up there. Sense from upstairs, keep on listening to the body physiology. It's a little bit of a trick, but you finally discover that instead of feelings things happening just down in your arms, you are also recording this information in the sensorimotor area. You can listen and bring the material the body's trying to teach you right up to the sensory and motor areas of your brain. I call this level of palpation, sensorimotor. […]
Now, let's take these three layers of palpatory skill – superficial, proprioceptive, and sensorimotor contact – and go one step farther. Knowing that all these tools are working anyway, just listen, listen, listen. You are making a quantum jump, accepting that anything can happen and you don't know why. This is sensing by means of a quantum jump ; it is developing palpatory skills you can't define but can guarantee do, in fact, work. The superficial contact gives you one layer of instruction from the body physiology ; adding the proprioceptors gives another layer ; adding the sensorimotor gives yet a deeper layer of

instruction. You can then throw out all three of these and say, "I'm going to Listen, with a capital 'L'", and you get into a quantum level. I can't explain it, but I get more information at this quantum level than I do with the other three combined.
An analogy I use for this quantum contact is that of a water bug. Do you know what a water bug is ? Have you ever seen one running around on a pond ? A way to get into quantum mechanics in learning how to palpate is to become a water bug running around on the surface of a body of fluid, which is the body physiology. A water bug never gets wet, drowned, or anything else. He just runs around on the surface of this water, which is living, and he's alive. The water bug moves around on this body of water, finding the areas of stress or strain. Then as the physician, you can focus through and listen through the water bug to what's going on in body physiology. Isn't that nice ? The bug does all the work, and you're sitting there listening. As you listen to this little water bug analogy, you can get different impressions of functioning. It gives you just a clue; it's a fun thing you just play with.
When you start examining some patient's problem, quietly think about what's going on and realize you've got a physician's role to play in reading this mechanism. You use your superficial hand contact and get all the input you can. You feel with the proprioceptive and sensorimotor contact and get that input, and then you read with the water bug into the total body physiology of the patient. You consent to be used by the body physiology of that patient as you listen to the messages being given to you through the water bug. With these messages, the patient's physician within is trying to demonstrate how you can help that patient move towards the restoration of health. »[93]

4-2-3 Écouter et ressentir avec tout le corps

Becker insiste sur l'écoute, mais il précise que cette écoute requiert tout l'organisme du praticien :

« Pour amplifier notre champ de travail et d'observation, nous faisons appel à l'ensemble de notre champ sensoriel vivant. Nous ouvrons toutes les zones sensorielles de notre cerveau. Nous ouvrons toutes les fibres sensorielles proprioceptives de la tête aux pieds, et non uniquement celles des mains et des bras. Nous ressentons avec tout notre corps les délicates mobilités et motilités des mécanismes involontaires du corps, ainsi que du mécanisme respiratoire primaire. Nous apprenons à lire les entrées sensorielles, des zones sensorielles du système nerveux central vers la main, au lieu de le faire de la main aux zones sensorielles du système nerveux central. Écoutez à travers vos mains, et non avec vos mains.
[…]
Il n'est pas suffisant de ressentir le mouvement. Il faut "écouter" ce que le mouvement signifie, écouter avec l'esprit, raisonner avec l'esprit, interpréter avec l'esprit, lire avec l'esprit. Développez une "image mentale" du quand, comment et pourquoi le mécanisme physiologique du patient souhaite ce type de mouvement.
[…]
Plus le praticien entre en lui-même, pour écouter au moyen de son contact palpatoire l'activité de la physiologie corporelle du patient, plus il obtient d'informations lors de son examen.

[93] Life in Motion, p. 144-147.

Pendant que vous faites cela, cessez d'y penser et abandonnez-vous aux informations anatomo-physiologiques du patient. Laissez-les être enregistrées par la faculté sensorielle du praticien, qui reçoit et accepte cette entrée sensorielle sans juger son contenu. Ainsi, le mécanisme anatomo-physiologique du patient "permet à la fonction physiologique inhérente de manifester sa puissance infaillible, plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur". »

« We magnify our field of work and observation by calling into play our total living sensory field. We open all the sensory areas of the brain. We open all the proprioceptive sensory fibers from the head to the feet, not merely the hands and arms. We feel with the whole body in response to the fine mobilities of the involuntary mechanisms of the body, including the primary respiratory mechanism. We learn to read sensory input from the central nervous system sensory areas to the hand instead of from the hand to the central nervous system sensory areas. Listen through the hands, not with the hands. […]
Feeling motion is not enough. One needs to "listen" to what the motion means – listen with the mind, read with the mind. Develop a "mental picture" of what, when, and why the patient's physiological mechanism wants this type of motion. […]
The deeper the physician goes within himself to listen to the activity of body physiology of the patient through his palpatory contact, the greater will be the data shown to the physician in his examination.
In this process, stop thinking about it and surrender to the total anatomicophysiological output of the patient. Let it be recorded as sensory input to the physician, who receives and accepts this sensory input without making judgement of its content. This permits the patient's anatomicophysiological mechanism to "allow physiological function within to manifest its own unerring potency rather than using blind force from without". »[94]

« En développant mon toucher, je peux passer à un niveau supérieur. À travers le point d'immobilité du fulcrum et la profondeur de mon contact digital, je peux développer une conscience connaissante du potentiel inhérent et de la structure-fonction au sein des tissus du corps du patient. Cette conscience est au-delà des sensations physiques de mes cinq sens. Ce n'est pas ce que je sens avec mon contact digital, car cela pourrait être mon opinion. En réalité, c'est ce que le corps du patient m'indique, à travers mon fulcrum et mon contact digital. C'est de la conscience. C'est une écoute par un contact digital. C'est l'opinion et le savoir du corps du patient, non une simple information. »

« I can go another step in developing my touch. Through the still point of the fulcrum and the dephts of my finger-touch, I can develop knowledgeable awareness of potency and structure-function in tissues within the patient's body. This awareness goes beyond the physical sensations of the physician's five senses. This is not what I feel with my finger-touch ; that would be my opinion. Instead, this is what the patient's body is reporting through my fulcrum and finger-touch. This is awareness. This is a listening finger-touch. This is the patient's body's opinion and knowledge, not mere information. »[95]

[94] Life in Motion, p. 148-149.
[95] Life in Motion, p. 161.

Becker nous précise également l'importance de l'attention :

« Lorsque je prends contact avec ce mécanisme crânien, ou que je prends contact avec ce que je veux traiter, et que je focalise ma perception sur le mécanisme du patient, j'essaie de lire ce qu'il y a en dessous, en me demandant : Que veut faire ce mécanisme involontaire ? Où est-il et comment puis-je le faire émerger pour qu'il fonctionne ? Comme je sais qu'il possède de l'énergie, qui lui a été transmise à la naissance ou avant, et que cette énergie est disponible, alors je me concentre dessus. Il peut émerger et s'exprimer dans la zone que je suis en train de traiter. Lorsque je le sens redresser la tête et dire : "Entendu, patron, j'ai trouvé ce point neutre et je peux maintenant me mettre au travail", je sais que quelque chose s'est produit au niveau involontaire, et je peux revenir en arrière et vérifier la lésion du mécanisme volontaire que j'avais détectée au départ. De nombreuses lésions se corrigent d'elles-mêmes par ce simple processus d'attention. »

« So when I take ahold of this cranial mechanism, or I take ahold of whatever it is I'm trying to treat, as I focus my awareness on this patient's mechanism, I try to read underneath, asking, What does this involuntary mechanism want to do ? Where is it and how can I get it up to the surface for function ? Since I know it has this energy powered from birth or beyond and that energy is available, then I focus on that, it can come through and express itself in the area I am treating. When I feel it stick its head up and say, "Okay, boss, I've found this neutral point and now I can go to work," I know something has happened at the involuntary level, and I can go back and check the voluntary mechanism strain I originally found. In this process of simply focusing, a lot of strains correct themselves. »[96]

4-2-4 Le toucher diagnostique

Becker a écrit un article appelé "Le toucher diagnostique : Ses principes et son application", publié en quatre parties entre 1963 et 1965, voici des extraits de sa présentation :

« Qu'est-ce qu'un toucher diagnostique ? C'est une forme de palpation conçue pour répondre aux principes exprimés dans l'affirmation suivante : Dans la science de la santé, de la maladie et du traumatisme, permettre à la force biodynamique intrinsèque de manifester sa puissance infaillible, plutôt que d'appliquer une force extrinsèque venue de l'extérieur. […]
Le développement d'un toucher diagnostique se déroule en plusieurs étapes. Elles peuvent être résumées de la façon suivante : Placez votre main, ou vos mains, sur ou sous les tissus que vous souhaitez examiner; établissez un point d'appui pour chaque contact établi à partir duquel vous travaillerez; laissez votre main ou vos mains palpatoires et le ou les points d'appui se fondrent avec les tissus à examiner; permettez au fonctionnement et au dysfonctionnement des tissus, de traverser vos mains et vos points d'appui, au lieu d'essayer de ressentir quelque chose dans les tissus. […]

[96] Life in Motion, p. 48.

Pour examiner une zone quelconque du corps, il faut effectivement placer une ou deux mains sur le corps, établir un ou deux points d'appui, à travers et depuis lesquels déchiffrer les réponses provenant du corps, modifier la quantité de pression sur les points d'appui, afin de rassembler plusieurs profondeurs de l'activité et de la fonction des tissus, et ajouter finalement un léger degré de compression ou de traction à travers la ou les mains qui examinent, pour initier les forces motrices au sein des tissus examinés. Cependant, cela ne signifie pas que vous deviez tester vous-mêmes les tissus, par exemple faire tourner la hanche en rotation interne ou externe. Vous devez plutôt activer des forces existantes au sein du corps du patient pour qu'elles tournent la hanche en rotation interne ou externe avec leur propre puissance innée. […]
Lorsqu'elles manifestent leur fonctionnement dans la santé, la maladie et le traumatisme, toutes les unités anatomo-physiologiques expriment et utilisent l'énergie cinétique. L'art d'apprendre à utiliser ces énergies cinétiques, avec leurs potentiels inhérents centrant, est un toucher diagnostique. […]
L'esprit du praticien devient un outil d'observation, un outil d'analyse, un outil d'exploration et un outil d'interprétation qui accompagne le sens du toucher pendant que les changements se produisent. On peut dire que l'esprit du praticien synchronise avec vigilance le sens du toucher au travers du processus diagnostique, tout comme un observateur entraîné peut rester sur la touche d'une compétition et en étudier les participants. Cependant, dans ce schéma de fonctionnement des tissus, l'esprit du praticien doit aller en profondeur au sein du corps du patient, et suivre le sens du toucher lorsque les énergies biodynamiques intrinsèques manifestent leur propre potentiel infaillible dans le schéma examiné. Les énergies biocinétiques et environnementales au sein du schéma fournissent la force motrice ; le sens du toucher diagnostique suit l'ensemble des événements, de leur début à leur accomplissement possible pour cet examen particulier, pendant que l'esprit observe, évalue et interprète les changements qui se produisent. Grâce à ses connaissances en anatomie et en physiologie, le praticien peut traduire ses découvertes dans un langage biologique, pathologique, clinique et anatomo-physiologique. Il sait par exemple qu'il a examiné un schéma de lésion du psoas ou un poumon consolidé. Grâce à son sens du toucher diagnostique, il peut ressentir ce processus de dysfonction au moment où le corps le manifeste. Avec du temps et de l'expérience, le praticien peut déchiffrer une partie de l'histoire de cette dysfonction, son état présent, et établir un pronostic. Il dispose d'une habileté mentale d'interprétation. Il est extrêmement important de garder l'esprit vigilant et grand ouvert pour accepter ce que les tissus ont à raconter au lieu de ce que le praticien espère découvrir. Encore une fois, laissez les tissus vous raconter leur histoire. Et vous, écoutez. Avec de l'expérience, vous obtiendrez une quantité incroyable d'informations à interpréter. Pour celui ayant appris l'habileté d'obtenir la coopération du corps, cela ne demande pas beaucoup de temps. En cinq ou dix minutes, il est possible d'apprendre beaucoup de choses. »

« What is a diagnostic touch ? It is a form of palpation designed to fulfill the principles expressed in the statement : In the science of health, disease and trauma, allow biodynamic intrinsic force within to manifest its own unerring potency rather than using extrinsic force from without. […]
There are several steps involved in developing a diagnostic touch. These may be summarized as follow : Position your hand or hands upon or under the tissues you plan to examine. Establish a fulcrum point for each hand contact from which to operate. Let

your palpating hand(s) and fulcrum point(s) become one with the tissues involved. Allow tissue functioning and dysfunctioning to come through to your hands and fulcrum points rather than trying to feel something in the tissues. […]
In examining any area of the body, one does position the examining hand(s) upon the body ; one does establish a fulcrum(s) through and from which to read the responses from within the body ; one does modify the amount of pressure on the fulcrum points to gather various dephts of tissue activity and function ; and finally, one can add a slight degree of compression or traction through the examining hand(s) to initiate the motive forces from within the tissue under examination. However, this is not actively testing the tissue yourself, such as manually turning the hip into internal or external rotation. Rather, this is activating already existing forces within the patient's body so that they will turn the hip into internal or external rotation with their own built-in power. […]
All anatomical-physiological units express and utilize kinetic energy in manifesting their functioning in health, disease, and trauma. The art of learning to use these kinetic energies, with their centering potencies, is diagnostic touch. […]
The physician's mind becomes an observing tool, an analytical tool, an exploring tool, and an interpretive tool that accompanies the sense of touch as it follows the changes taking place. One might say that the physician's mind alertly parallels the sense of touch throughout the diagnostic process, just as a trained observer might sit at the sidelines of a visual contest and study the participants of that contest. However, here within the tissue-functioning pattern, the physician's mind must follow deep within the patient's body and go with the sense of touch, as the biodynamic intrinsic energies manifest their own unerring potency in the pattern under examination. The biokinetic and environmental energies within the pattern provide the motive power ; the sense of diagnostic touch follows the whole sequence of events from initiation through to what fulfillment is available for this one examination, and the mind observes, evaluates, and interprets the changes taking place. Because the physician has anatomical and physiological knowledge, he is able to interpret his findings in biological, pathological, clinical, anatomical-physiological language. He knows, for example, that it is a psoas muscle strain pattern or a consolidated lung he has been examining. By this sense of diagnostic touch, he is able to feel this dysfunctioning process as the body manifests it. With time and experience, the physician is able to read some of the past history of that disability, its present status, and prognostic evaluations for the future. This is interpretive mental skill. It is highly important to keep the mind alert and, at the same time, wide open to accept that which the tissues have to report rather than that which the physician hopes to find . Here again, let the tissues tell their story. You listen. With experience, an amazing amount of information comes through for interpretation. It is not time-consuming when one has learned the skill of securing the body's cooperation. A lot can be learned within a five-to-ten-minute period. »[97]

« Il n'y a aucune limite à l'application de ce type de toucher entraîné. C'est un outil pouvant être utilisé pour la quasi-totalité des patients se rendant dans notre cabinet. Il permet de faire la différence entre un mal de tête congestif et un mal de tête d'origine spasmodique vasculaire. Il permet de localiser le sinus congestionné, que son état soit chronique ou aigu. Il permet de localiser le lobe pulmonaire atteint en cas de pneumonie lobaire, et de localiser les stresses et les contraintes au sein du système musculo-squelettique. Il peut être utilisé du sommet du crâne à la

[97] Life in Motion, p. 166-177.

plante des pieds. C'est un outil diagnostique venant s'ajouter aux autres informations et permettant de comprendre la chronicité d'un cas, son état actuel et son pronostic. »

« There is no limit to the application of this type of trained touch. It is a tool that has some use for practically every type of complaint that comes to our attention. It will distinguish the difference between the congestive headache and the vasospastic type of headache. It will locate the specific sinus that is chronically or acurately filled with material. It will localize the specific lobe of the lung that is sick in lobar pneumonia and locate the strains and stresses of the musculoskeletal system. It has uses from the top of the head to the soles of the feet. It is a diagnostic tool that is added to the rest of the available information and will add insight as to the chronicity, present status, and possible prognosis for the case. »[98]

4-2-5 Précaution et incidence

Nous avons déjà abordé la notion de schéma de santé évoquée par Becker. Ce schéma de santé s'établissant fondamentalement in utero et dans les premières années de vie. Becker nous exhorte à respecter ce schéma de base, propre à chaque individu :

« Lorsque de nouveaux patients viennent me voir, j'essaie également de découvrir le type de schéma dans lequel ils vivent. Quel est leur schéma de base ? Dans ce cours, nous avons déjà indiqué qu'aucun de nous n'est identique, qu'aucun de nous n'a le même schéma. Autrement dit, si vous posez les mains sur moi, de grâce, discernez bien mon schéma de torsion, et je veux me retrouver dedans lorsque vous en aurez fini avec moi. J'essaie de découvrir un schéma physiologique corporel global représentatif de cette personne. Cela me guide vers la compréhension du schéma de base avec lequel vit le patient et du fonctionnement de ce schéma de base en flexion/rotation externe et extension/rotation interne. Je peux alors revenir dans la zone dont se plaint le patient et voir la relation entre le patient et ce type de schéma. »

« With new patients who come into the office, I also try to find out what type of pattern they are living in. What is their base pattern ? We've already been finding out in this course that no two of us are alike, and no two of us have the same pattern. In other words, if you get your hands on me, please try to discover I have a torsion pattern and I want to be left in it when I get fired from your services. I try to find a total body physiological pattern that represents how this person gets about. That then gives me a guide towards understanding what is the base pattern the patient has been living with and how his base pattern functions in flexion/external rotation and extension/internal rotation. I can then go back to the area of trouble and see how this patient relates to his type of pattern. »[99]

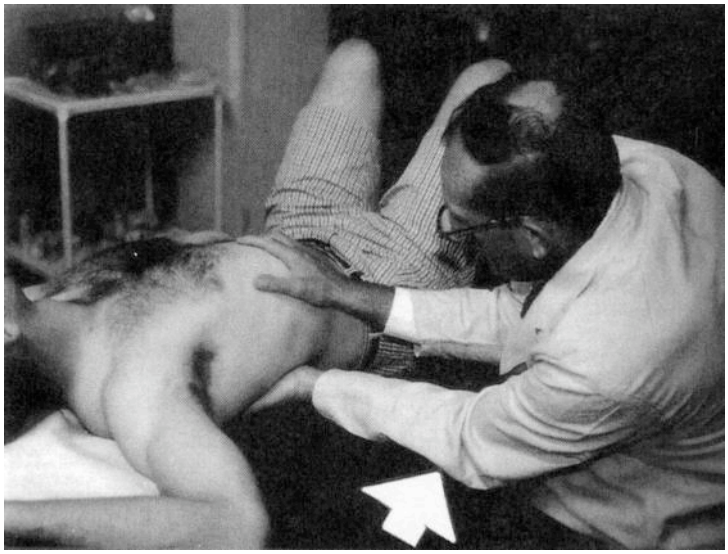
[98] Life in Motion, p. 164.
[99] Life in Motion, p. 224-225.

Laissons à J. A. Duval le soin de présenter une incidence de cette approche palpatoire :

« Incidemment, et pour expliquer à nos patients ce qui, à notre surprise à nous, a peut-être été leur plus grande surprise à eux, c'est pour favoriser la sensation proprioceptive profonde aux dépens de la sensation tactile superficielle que nous ne demandons plus aux malades de se dévêtir. En effet, de peau à peau il y a affinité embryologique et il s'établit une communication élective tactile immédiate qui peut obscurcir la projection de la palpation profonde. Tandis que, d'une part, les cellules nerveuses superficielles de la main du praticien n'ont aucune affinité spéciale pour le tissu d'un pantalon, d'une jupe ou d'un pull-over ; et, d'autre part, la sensation proprioceptive, étant par définition profonde et non superficielle, n'est ni arrêtée ni gênée par l'épaisseur d'un tissu, bien au contraire. »[100]

[100] J.A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 56-57.

4-3 Utilisation de la marée



4-3-1 Une approche globale

Becker insiste, s'il est besoin, sur le fait que l'utilisation du phénomène de la marée ne se limite pas à la zone anatomique du mécanisme crânio-sacré :

« Il est important de savoir que nous ne sommes pas limités au mécanisme crânio-sacré dans notre apprentissage du contrôle de la Marée. Lorsque dans notre recherche des conditions pathologiques ou des dysfonctions présentes, nous cherchons à obtenir un équilibre au sein des composants tissulaires et fluidiques dans chaque région du corps, nous apprenons à amener le mouvement fluctuant vers son point d'équilibre ou dans sa zone de point d'appui. À ce moment-là, le processus de transmutation peut se produire et réduire le mécanisme lésionnel, corriger la pathologie et rétablir la santé pour cet individu. Voilà le principe de guérison du Maître Mécanicien à l'œuvre chez nos patients. Nous pouvons développer notre conscience de praticiens et observer Ses œuvres dans les tissus des patients. »

« It is important to know we are not limited to the craniosacral mechanism in learning to control the Tide. As we seek balance in tissue and fluid elements in any part of the whole body during our search for disease or disabled conditions, we are learning to bring the Tide into its balance point or fulcrum area. In doing this, a transmutation process can take place to reduce the lesion mechanics, correct pathology, and regain health for that individual. This is the healing principle of the Master Mechanic at work within our patients ; and we, as physicians, can develop our awareness and observe its workings in the tissues of the patients. »[101]

[101] Life in Motion, p . 29.

4-3-2 Des tests diagnostiques

Becker nous propose des tests pour valider une correction et évaluer la vitalité d'un patient :

« A présent, je voudrais proposer deux tests de diagnostic utilisant mouvement involontaire et auto-organisation du corps :
1. Le patient présente une région de dysfonctionnement somatique que vous, le praticien, souhaitez rectifier. À l'aide d'une palpation vigilante mais tranquille, vérifiez la qualité du schéma involontaire de flexion/rotation externe et d'extension/rotation interne dans une autre partie du corps du patient, puis examinez celui de la région du dysfonctionnement somatique. Contrôlez-le de nouveau après avoir appliqué un traitement correctif au dysfonctionnement somatique. Si vous pouvez ressentir à peu près la même qualité de mouvement involontaire dans la zone du dysfonctionnement somatique que dans la zone de test, vous pouvez être tranquille : pour ce problème, votre correction continuera à se développer vers la santé. Si, après avoir apporté une correction dans la partie souffrant du dysfonctionnement somatique, vous ne ressentez aucune amélioration du mouvement involontaire, vous avez certainement obtenu une mobilité pour cette zone, mais sa fonction innée n'a pas été remise au service immédiat du corps.
2. Au moyen d'une palpation vigilante et tranquille, prenez conscience de tous les composants de l'auto-organisation ayant une influence sur la qualité de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et du mouvement involontaire au sein du corps. Palpez pour évaluer la vitalité des mécanismes anatomo-physiologiques du patient. Même si cette vitalité n'est pas nécessairement électrique par nature, j'aime la comparer à l'indication du voltage et effectuer une lecture approximative pour chaque patient. En d'autres termes, le patient moyen devrait se sentir comme si sa vitalité était de 110 volts. En cas de dysfonctionnement, comme une dépression chronique du système nerveux, le voltage peut tomber à 60 ou 50 volts, voire moins. Il en va de même pour les cas d'arthrite rhumatoïde. Ce voltage peut être faible en cas de forte fatigue du patient, mais la lecture du voltage permet de ressentir que cette baisse est temporaire et se corrigera probablement d'elle-même avec une bonne nuit de sommeil. Chez les athlètes professionnels, le voltage n'est pas de 110 volts, mais de 220 volts physiologiques. Du moins, il devrait en être ainsi pour encaisser la rude épreuve que ces personnes s'infligent avec leurs sports.
Ce test est utile, car il donne un aperçu de la qualité de la vitalité avec laquelle vous travaillez lorsque vous diagnostiquez et traitez des problèmes. Un voltage suffisant reflète une vitalité suffisante, que vous pouvez utiliser pour apporter une correction et qui aidera celle-ci à se développer comme vous le souhaitez. Un voltage faible indique que vos corrections doivent rester dans les limites de la capacité du patient à les intégrer. En effet, dans un état de vitalité réduite, une sur-correction n'aura pas d'effets durables et s'ajoutera à la fatigue locale et générale du patient.
Ne confondez pas ce test avec le comptage de l'impulsion rythmique crânienne (IRC). Le test que je vous ai proposé est plus sensible et fournit davantage d'informations. Ces deux tests requièrent une mise au point plus approfondie, mais j'en ai suffisamment dit pour qu'ils soient présents à votre esprit. »

« At this point, I would like to suggest two diagnostic tests that utilize this involuntary movement and self-organization of the body :

1. The patient has an area of somatic dysfunction you, the physician, wish to correct. Using an alert but quiet palpation, check the quality of the involuntary flexion/external rotation, extension/internal rotation pattern anywhere else in the patient's body, then check it in the area of somatic dysfunction. Check it again after the corrective treatment has been made for the somatic dysfunction. If you can feel approximately the same quality of involuntary movement in the area of somatic dysfunction as you felt in your test area, you can rest assured your correction will continu to unfold towards health for that problem. If you do not feel the improved involuntary movement after the correction in the area of somatic dysfunction, you may have secured mobility for the area, but its innate function has not been obtained for immediate use by the body.
2. With an alert but quiet palpation, be aware of all the components of self-organization involving the quality of the fluctuation of cerebrospinal fluid and the involuntary movement within the body. Palpate to assess the total vitality of the patient's anatomicophysiological mechanisms. While this vitality is not necessarily electrical in nature, I like to compare it to a voltage reading and make an estimated reading for each patient. In other words, the average patient should feel as if their vitality is 110 volts. In cases of dysfunction, such as chronic nervous system breakdown, the voltage may be down to 60, 50, or less. The same is true in cases of rheumatoid arthritis. It can be low in acute fatigue within the patient, but this voltage reading feel as if it is temporary and will probably correct itself with a good night's sleep. The voltage reading for professional athletes is not 110 volts but a physiological 220 volts. It would have to be to take the punishment these people get in theirs sports.
This is a useful test because it gives you a sense of the quality of the vitality you are working with in diagnosing and treating problems. Adequate voltage means adequate vitality with which to make a correction and have it continue to unfold as you would like it to do ; low voltage indicate your attempted corrections should stay within the capacity of the patient to use the correction because an over-correction, in this lessened vitality state, will not last and adds to the patient's local and general fatigue already present.
This test is not to be confused with counting the cranial rhythmic impulse (CRI). The test I have given you is more sensitive and informative. Both of these tests require further elaboration, but enough has been said to bring them to your attention. »[102]

4-3-3 Le contrôle de la fluctuation du LCR

Becker nous en explique le principe :

« Le liquide céphalo-rachidien possède en son sein un Potentiel, le principe d'un Souffle de Vie, un Élément le Plus Noble Connu, un fluide au sein du fluide. Ce facteur invisible se trouve au point situé à mi-chemin entre inspiration et expiration, point fulcrum au moment où la marée passe de la flexion/rotation externe à l'extension/rotation interne. Ce Potentiel se trouve au point d'équilibre dans la marée de liquide céphalo-rachidien.
La marée de liquide céphalo-rachidien peut être utilisée et contrôlée en modifiant ses schémas rythmiques existants et en amenant son mouvement de fluide (avec son Souffle de Vie inhérent) jusqu'à un still-point. Pendant ce still-point, il se

[102] Life in Motion, p. 86-88.

produit un changement immédiat au sein de la marée, ainsi qu'un échange entre le liquide céphalo-rachidien et tous les fluides du corps. C'est une transmutation entre la dynamique du Potentiel inhérent, avec son Souffle de Vie, et la vitalité de chacun des tissus vivants et des fluides du corps. C'est un point au sein duquel se produit une transmutation entre le Potentiel inhérent et son fonctionnement physiologique, manifesté de façon visible dans l'ensemble du corps. […]
Lorsque la marée est amenée à son still-point, il est également possible de remarquer les changements qui surviennent, ainsi que la réponse thérapeutique dans le mécanisme respiratoire primaire et la physiologie du corps. Dans cette réponse à l'immobilité de la marée et à la transmutation, les effets vont au-delà du simple soulagement d'une dysfonction somatique, pour atteindre une libération initiant un retour à un fonctionnement de santé. […]
Lorsque la fluctuation du liquide céphalo-rachidien est contrôlée et amenée jusqu'à un relatif still-point, il se produit une transmutation immédiate, un échange entre l'élément le plus noble connu et le liquide céphalo-rachidien, qui fournit un facteur nutritif, un facteur "étincelle" et "bioénergétique", ainsi que d'autres facteurs restant à découvrir, entre liquide céphalo-rachidien et système nerveux central, capillaires du plexus choroïdien, et partout où se trouve le liquide céphalo-rachidien dans l'ensemble de la physiologie du corps. Les machineries complexes et inanimées, telles qu'une automobile, un lave-vaisselle ou une fusée lunaire, ont toutes besoin d'une étincelle dans leur système pour entrer en action et continuer à fonctionner. Les systèmes biologiques ont reçu, au sein de leurs mécanismes, une "étincelle" et un système "bioénergétique" implantés pour l'éternité. Il ne s'agit pas d'une élucubration ésotérique ou religieuse ; C'est un fait simple, bioénergétique et physiologique. »

« The cerebrospinal fluid has a Potency within it, a Breath of Life principle, a Highest Known Element – a fluid within a fluid. This invisible factor is found at the midway point between inhalation and exhalation, a fulcrum point in the tidal shifting from flexion/external rotation to extension/internal rotation. This Potency is found at the point of balance for the cerebrospinal fluid tide.
The cerebrospinal fluid tide can be used and controlled by modifying its existing rhythmic pattern, bringing its fluid movement (with its inherent Breath of Life) down to and through a stillpoint. During this stillpoint, there is a immediate shift within the tide and an interchange between the cerebrospinal fluid and all the fluids of the body – a transmutation between the dynamics of the Potency, with its Breath of Life, and the vitality of every living tissue and fluid in the body. It is a point wherein a transmutation takes place between the Potency and its manifesting, visible physiological functioning in the whole body. […]
It is also possible to observe the changes taking place when the tide is brought down to and through its stillpoint as well as the therapeutic response in the primary respiratory mechanism and body physiology. In this response to the stillness of the tide and the transmutation, the effects go beyond a simple release of somatic dysfunction to a release which initiates a return to health functioning. […]
When the cerebrospinal fluid fluctuation is controlled by bringing it down to a relative still point, there is an immediate transmutation, an interchange between the highest known element and the cerebrospinal fluid, that contributes a nourishing factor, a "spark" and "bioenergy" factor, and other factors yet to be discovered, between the cerebrospinal fluid and the central nervous system, the capillaries of the choroid plexuses, and wherever cerebrospinal fluid is found in total body physiology. Complicated, inanimate machinary –

such as an automobile, an automatic dishwasher, a moon rocket – needs a spark in its systems to initiate action and to keep it running. Biologic systems have had a "spark" and "bioenergy" system built into their mechanism for eons. This is not an esoteric or religious fantasy ; it is a simple, bioenergetic, physiological fact. »[103]

Et l'usage qu'il en fait :

« J'ai utilisé l'application du contrôle de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, en l'amenant à sa courte période rythmique, de nombreuses façons et dans des centaines de cas, afin de satisfaire les besoins les plus variés. Je ne l'utilise pas avec chaque patient qui se présente dans mon cabinet, mais je l'utilise lorsque j'ai conscience qu'elle est nécessaire. Elle relève toujours le challenge au sein du patient, dans des cas généralement moins dramatiques que certains de ceux que je vous ai décrits, et je suis conscient, au moyen de ma palpation et de mon habileté palpatoire appliquée, qu'elle a détecté et satisfait les besoins correspondant à ce jour du traitement. »

« I have used the application of controlling the fluctuations of cerebrospinal fluid, bringing it down to its short rhythmic period, in many ways and in hundreds of cases to meet varying needs. I do not use it in every case that comes through the office. I use it whenever my awareness of its need arises. It always meets the challenge within the patient, generally with a lot less drama than some of the cases already described, and I am aware, through my palpation and applied palpatory skills, that it has met and fulfilled the needs for that day's treatment. »[104]

La technique de compression du quatrième ventricule donne d'excellents résultats :

« Howard Lippincott, D.O., décrit les résultats de la compression du quatrième ventricule de la façon suivante :
Lorsque l'on examine les utilisations de la compression du quatrième ventricule, il est difficile de se montrer modéré, car ce puissant liquide, activé par la technique, produit des résultats justifiant l'enthousiasme.
Il se produit un effet bénéfique sur la totalité du système circulatoire, avec une réduction des congestions, des ischémies et des œdèmes, dans la mesure du possible, sans intervention chirurgicale.
Les processus métaboliques sont améliorés, y compris la nutrition des tissus et l'absorption graduelle de dépôts fibreux et de calcium qui se sont ni physiologiques, ni compensatoires.
Elle améliore la fonction organique et, en cas d'infection, l'immunité est augmentée au moyen d'effets sur la rate, le pancréas et le foie.
Le système endocrinien est régulé sur les besoins immédiats du corps.
Le liquide céphalo-rachidien dirige le métabolisme, la plupart des opérations involontaires et le mécanisme auto-protecteur du système.

---

[103] Life in Motion, p. 95-96.
[104] Life in Motion, p. 91-92.

Le Dr Sutherland soulignait que, sous l'influence de la compression du quatrième ventricule, les lésions ostéopathiques secondaires deviennent moins perceptibles. Cette technique est donc très utile pour déterminer les lésions primaires. »

« Howard Lippincott, D.O., describes the results of compression of the fourth ventricule as follows :
It is hard to appear conservative in considering the uses of compression of the fourth ventricle because this potent fluid, activated by the technique, produces results that justify enthusiasm.
There is a beneficial effect upon the entire circulatory system, with reduction of congestions, ischemias and edemas, such as in the realm of possibility without surgical interference.
Metabolic processes are improved, including nutrition to the tissues and the gradual absorption of fibrous and calcium deposits that are not physiological or compensatory.
It enhances organic function, and in the presence of infection immunity is increased through effects upon the spleen, pancreas and liver.
The endocrine system is regulated to the immediate needs of the body.
The cerebrospinal fluid is in command of the metabolism, much of the involuntary operation, and the autoprotective mechanism of the system.
Dr. Sutherland calls attention to the fact that secondary osteopathic lesions become less perceptible under the influence of compression of the fourth ventricle. So it is of value in determining the primary lesion. »[105]

Becker nous précise cependant que la compression du quatrième ventricule n'est pas la seule technique permettant de contrôler la fluctuation du LCR :

« La compression contrôlée de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, en réduisant cette fluctuation jusqu'à une période rythmique courte ou un still-point, peut être appliquée sur les pariétaux, le frontal (ou les frontaux), les temporaux ou le sacrum. Elle n'est pas exclusivement appliquée par la technique de compression du quatrième ventricule. En fait, il est nécessaire d'appliquer cette technique à partir du sacrum dans les traumatismes crâniens sévères ou en cas de suspicion de fracture du crâne. »

« Controlled compression of the fluctuation of the cerebrospinal fluid, bringing it down to and through its short, rhythmic period or stillpoint, can be applied through the parietals, the frontal(s), the temporals, or the sacrum. It does no have to be solely applied as compression of the fourth ventricle. In fact, it is necessary to apply this technique by way of the sacrum in severe head trauma or suspected cranial fractures. »[106]

[105] Life in Motion, p. 89-90 ; W.G. Sutherland, *Contributions of Thought*, p 152-153.
[106] Life in Motion, p. 90.

4-4 Fulcrums et still-points

4-4-1 Les fulcrums

Ces fulcrums, ou points d'appui, qu'il s'agisse de ceux mis en place par le praticien pour sa palpation ou de ceux préexistants au sein de la physiologie corporelle du patient, sont souvent mentionnés dans les textes et conférences de Rollin Becker. Voici quelques extraits explicatifs, permettant de mieux les cerner :

« Notre compréhension des mécanismes corporels s'améliorant, nous nous rendons compte que toute activité normale au sein des différentes structures du corps, qu'il s'agisse d'os, de ligament, de membrane, de fascia, d'organes ou de liquide, semble opérer à partir de fulcrums en suspension capables de déplacements automatiques. »

« As we go deeper into our understanding of body mechanisms, we learn that all normal functioning of the individual units of the body – wether they be bone, ligament, membrane, fascia, organs, or fluid – seem to operate through automatic, shifting, suspension fulcrums. »[107]

« Le dictionnaire définit le fulcrum comme "l'appui ou le point d'appui sur lequel tourne un levier pour soulever ou déplacer quelque chose". Il s'agit donc d'un moyen permettant d'exercer une influence, une pression, etc. »

« The dictionary defines a fulcrum as "the support or point of support on which a lever turns in raising or moving something ;" hence, a means of exerting influence, pressure, and so forth. »[108]

[107] Life in Motion, p. 27.
[108] Life in Motion, p. 159.

« Le Dr Sutherland nous a appris que pour être efficace, une force motrice doit s'appliquer sur ou dans le fulcrum et non aux extrémités du levier. Il nous a enseigné que c'est au point fulcrum qu'il nous faut lire les mécanismes du corps, pour écouter et ressentir leurs fonctionnements, pour connaître leurs tonicités et pour noter leurs rythmes dans ces moments de calme et de repos. Il s'agit de zones fulcrum en suspension, capables de déplacements automatiques, elles forment un still-point d'équilibration important, qu'il nous est possible de rechercher au niveau des tissus et de leurs fluides à l'aide d'un toucher entraîné, et que l'on peut amener à leur point d'équilibre fonctionnel. Une fois ce point de calme et de repos atteint, le Potentiel inhérent de la Marée intervient dans le processus de transmutation, apportant la normalisation au fonctionnement du corps. En apprenant à utiliser ce mouvement de fluctuation propre à la physiologie du corps et conçu par le Maître Mécanicien, nous devenons des praticiens ingénieurs du corps humain et sommes en présence de la force la plus puissante existant au sein du corps humain. »

« We are told by Dr. Sutherland that the motive power for functioning is at or in the fulcrum, not at the ends of the lever. We are instructed by him that it is the fulcrum point you read in the body mechanisms, to listen and feel the functioning at the fulcrum points, to get the tone quality at the fulcrum points, to note the rhythm at these pause-rest periods. They are automatic, shifting, suspension fulcrum areas, yet they are a still point of balance, an important balance point which we can seek in working with the tissue elements and their fluid contents with our knowing touch to bring them to this functioning balance point. When we have reached this pause-rest period, in comes the Potency of the Tide for the transmutation process that brings normalization to body functioning. As human engineers, as physicians, we are dealing with the most powerful force within the human body when we learn to use the tidal movements of body physiology, tidal movements designed by a Master Mechanic. »[109]

« Je voudrais éclaircir ce point de la compression au niveau du point fulcrum et non du contact de la main. Dans le cas d'un levier fonctionnant sur un fulcrum, l'application d'une force dirigée vers le bas sur une extrémité du levier amènera automatiquement l'autre extrémité vers le haut. Lorsque je parle de l'application d'une force ou d'une compression sur mon point fulcrum, je ne décris pas le mécanisme du levier. Le contact établi avec ma main n'est pas amené vers le haut dans le corps du patient. Le contact de ma main est légèrement mais fermement en contact avec le corps du patient, et j'applique une compression ou une force directement vers le bas au niveau de mon point fulcrum, en proportion du degré de lésion ou de stress que je ressens dans les tissus. Le contact de ma main reste toujours légèrement mais fermement en contact avec la physiologie corporelle du patient. Si un homme avait soulevé un sac de cinquante kilos de façon incorrecte, je devrais appliquer une pression considérable vers le bas au niveau de mon point fulcrum pour contrebalancer la lésion produite en soulevant ce poids de 50 kilos, mais je ne pousserais pas le contact de ma main avec le même degré d'intensité. Si je faisais cela, je réduirais à néant les perceptions sensitives provenant des champs bioénergétiques au sein du patient. Essayez les deux façons et apprenez par vous-mêmes.
Ce procédé peut requérir une compression considérable au niveau du point fulcrum du praticien, ou une compression très légère. Dans le cas d'une lésion produite par le

[109] Life in Motion, p. 28.

soulèvement d'un poids de cinquante kilos, le praticien découvrira qu'il doit appliquer une pression considérable sur son point fulcrum pour contrebalancer la quantité de force se trouvant au sein du schéma de lésion. Les contacts des mains peuvent être plus fermes, mais ils devront être suffisamment doux pour permettre au problème au sein du patient de se mettre à l'œuvre. Lorsque le praticien a approximativement équilibré les forces existant au sein du patient au travers de ses points fulcrum, il obtiendra une réponse optimale des tissus sous tension dans leurs efforts pour se replacer, se diagnostiquer et se traiter. Chose intéressante, lorsque le praticien se rapproche des forces au sein du mécanisme physiologique du patient, un degré de confort de manifeste pour ce dernier. Le patient remarquera souvent que le praticien lui applique une petite pression ou pas de pression du tout, alors qu'en réalité, je me serai penché sur mon ou mes points fulcrum avec tout le poids que je pouvais y appliquer. »

« Let me clarify this point of compression at the fulcrum point and not at the hand contact. In the case of a lever operating across a fulcrum, applying power downwards at one end of the lever automatically lifts the other end upwards. This is not the lever mechanism I am describing in applying power or compression at my fulcrum point. My hand contact is not lifted upward into the patient's body. My hand contact is gently but firmly in contact with the patient's body, and I apply compression or power directly downward at my fulcrum point in proportion to the degree of strain or stress I feel in the tissues. The hand contact continues to be firmly but gently in contact with the body physiology of the patient. If a man were to have picked up a 100-pound sack incorrectly, I might be applying considerable pressure downward at my fulcrum point to counterbalance this 100-pound lifting strain, but I would not be pushing my hand contact with the same degree of intensity. To do so would destroy the sense impressions being received from the bioenergy fields within the patient. Try it both ways and learn for yourselves.
This process may require a mot of compression at the fulcrum point of the physician, or it may require very little compression. In the case of the 100-pound lifting strain, the physician will find himself applying considerable compression at his fulcrum point in order to counterbalance the amount of force within the strain pattern. The hand contacts may become more firm, but they will be gentle enough to allow the problem within the patient to go to work. When the physician has approximated the forces within the patient, through his fulcrum points, he will get the maximum response from the tissues under strain in their efforts to position, diagnose, and treat themselves. Interestingly enough, as the physician does approximate the forces within the patient's physiological mechanism, a degree of comfort is manifested for the patient. The patient will frequently remark that the physician is putting little or no pressure on him when in fact, I may have been leaning on my fulcrum point or points with all the weight I could muster. »[110]

« Je peux contrôler le contact doux, mais ferme de mes mains et de mes doigts en fonction de la façon dont j'établis un fulcrum. Vous établissez un fulcrum pour procurer un point de travail à partir duquel opérer et évaluer le problème, il doit être suffisamment libre pour pouvoir se déplacer tout en maintenant une emprise fonctionnelle, de manière à vous adapter aux changements survenant au sein du mécanisme examiné. Essayez d'examiner un enfant hyperactif et vous découvrirez la

[110] Life in Motion, p. 169-170.

nécessité d'établir un fulcrum mobile et un levier avec vos doigts et vos mains, pas uniquement au sein des mécanismes de l'enfant, mais aussi pour l'enfant lui-même. Vous découvrirez également qu'en augmentant la pression au niveau du fulcrum, vous augmentez automatiquement la profondeur du toucher palpatoire à l'extrémité du levier, c'est-à-dire les mains et les doigts. L'inverse est également vrai. Je peux modifier mon toucher pour m'adapter aux différents besoins des énergies cinétiques s'exprimant dans les mécanismes anatomo-physiologiques et leur potentiel inhérent. Les patients sont tous différents, et un patient n'est jamais exactement le même à chaque fois qu'il vient en consultation. »

« I can control the gentle yet firm contact of my hands and fingers by the manner in which I establish a fulcrum. You establish a fulcrum to provide a working point from which to operate and evaluate the case, and yet you must let it be free anough to allow it to shift, while maintaining still-leverage functioning, to adapt to the changing needs from within the mechanisms under examination. Try examining a hyperactive child, and you will see the need for a shifting fulcrum and hand-finger lever, not only within the child's mechanisms but also for the child himself.
You will also find that increasing the amount of pressure at the fulcrum automatically increases the depht of palpatory touch at the end of the lever – the hand and fingers. The reverse is also true. I can modify my touch to meet the various needs of the kinetic energies expressed by the manifesting anatomical-physiological mechanisms and their potencies. Every patient is different, and each patient is different each time he comes in for attention. »[111]

Citons également le fulcrum particulier de la membrane de tension réciproque :

« Le fulcrum de Sutherland est celui à travers lequel les trois faucilles oeuvrent physiologiquement pour conserver l'équilibre du mécanisme articulo-membraneux du crâne. C'est un fulcrum suspendu à glissement automatique, accommodant les mouvements sphéno-basilaires de torsion et de latéroflexion, ainsi que les diverses malpositions se produisant en cas de lésion articulo-membraneuse. »

« The Sutherland fulcrum is the fulcrum over or through which the three sickles function physiologically in the maintenance of balance in the cranial membranous articular mechanism. It is automatic, shifting, suspension, accomodative fulcrum for torsion and sidebending sphenobasilar movements as well as for various malpositions occurring in cranial membranous articular strains. »[112]

« Lorsqu'une lésion se produit, les membranes transmettent ce schéma de lésion, ce qui fait glisser le fulcrum "normal" vers le point de lésion, le point où la zone est allée en lésion. Au sein de cette lésion, il y a un point où la tension membraneuse est équilibrée. Il y a un point fulcrum, un point relatif d'immobilité autour duquel toutes les forces sont regroupées. Lorsque vous mettez toutes ces forces en convergence, le mécanisme passe par un still-point, un point fulcrum, un moment d'immobilité. Lorsqu'il passe par ce still-point, le fulcrum revient vers le schéma normal de

[111] Life in Motion, p. 161-162.
[112] Life in Motion, p. 132.

l'individu, vers le fulcrum de Sutherland, et vous avez réalisé une correction pour ce jour-là. »

« When a strain occurs, the membranes carry this pattern of strain, which has the effect of shifting the "normal" fulcrum over towards the point of strain, the point at which the area went into strain. Within this strain, there is a point of balanced membranous tension. There is a fulcrum point, a relative point of stillness around which all the forces are gathered. When you bring all of these forces into focus, the mechanism goes through a stillpoint, a fulcrum point, a moment of stillness. And when it goes through that stillpoint, the fulcrum shifts back towards the so-called normal pattern for that individual – towards the Sutherland fulcrum – and you have a correction for that particular day. »[113]

Becker nous rappelle enfin, que le principe d'un bon fulcrum est utile dans toute technique de manipulation :

« Le principe du fulcrum peut également être employé dans les techniques de thrust, cela les rendra beaucoup plus efficaces. Après avoir mis en place le levier correspondant à la manipulation à réaliser, arrêtez-vous un instant, établissez un fulcrum, faites une autre pause, et laissez les doigts pensants, ressentant et voyant interpréter l'angle du levier et la quantité de force nécessaires pour terminer la manipulation. Vous découvrirez que vous avez besoin d'appliquer moins de force de l'extérieur et que vous serez capables de contrôler ce levier avec beaucoup plus de précision. »

« The principle of the fulcrum can also be used in thrusting techniques to make those applications much more efficient. After introducing the leverage you will be using in the manipulation, pause a moment, establish a fulcrum, pause again and let the thinking, feeling, seeing fingers interpret the degree of leverage and the amount of force you need to complete the procedure. You will find you need less application of force from without, and you will be able to control that leverage with much greater precision. »[114]

4-4-2 Les still-points

Voici un texte assez étonnant sur les still-points, retranscrit à partir d'une discussion tenue en 1986 :

« Vous avez posé la question : que se passe-t-il lors d'un still-point ? C'est une bonne question et je vais essayer de vous donner des précisions à ce sujet, mais pas la réponse, car il n'y a pas de réponse à ce qui se produit lors d'un still-point.
En déplaçant le fonctionnement relatif d'un levier sur un fulcrum, vous passez par un still-point. Vous créez un échange total entre les deux extrémités du levier.

[113] Life in Motion, p. 261.
[114] Life in Motion, p. 165.

Ne vous laissez pas déconcerter par cela, mais j'ai abandonné l'utilisation du still-point ; ce n'est pas le but que je recherche dans un traitement. J'ai même cessé de le chercher. J'ai trouvé des millions de still-points, avant, pendant et après… Et j'ai finalement laissé tomber. Je me retire simplement le plus possible du chemin pour que ce qui doit arriver arrive.
Un still-point est un moment d'équilibre physiologique, que traverse la physiologie corporelle de tout patient. Il peut se produire à n'importe quel moment, n'importe où, de quelque façon que ce soit. Il se produit probablement chez les patients au cours d'une bonne nuit de sommeil ou de quelque chose du même style. C'est la tentative du corps pour se libérer et recouvrer un mécanisme entièrement motile. Au cours d'un traitement, c'est un événement observable que le praticien peut repérer au sein de la physiologie corporelle, mais ce n'est pas un événement qu'il doit rechercher délibérément ou essayer d'évaluer. C'est un changement anatomo-physiologique effectué par le corps et je n'ai rien à voir avec cela en tant que praticien. Je n'ai même pas à le reconnaître. Le fait qu'il se produise effectivement indique que la physiologie corporelle a choisi de l'utiliser, et je me contente d'observer, pas d'atteindre un but.
Les still-points se produiront souvent devant vous, mais ils peuvent fréquemment se produire à une certaine distance. Vous êtes tranquillement en train de travailler, d'écouter une zone d'un patient et, tout à coup, vous êtes conscients que quelque chose se passe ailleurs. Il a donc dû y avoir un still-point pour que ce quelque chose se soit produit. Mais vous ne vous trouviez pas à cet endroit au moment où cela s'est passé. Vous pouvez être conscient du fait que le changement a eu lieu, que quelque chose est passé par un still-point, mais vous n'en étiez pas l'auteur. »

« You have asked the question, What occurs at a stillpoint ? That's a good question and I'll try to elaborate, but this isn't the answer because there is no answer for what occurs at a stillpoint.
By shifting the relative functioning of a lever over a fulcrum, you go through a stillpoint. You're creating a total interchange between the two ends of a lever.
Now, don't let this throw you, but I gave up using the stillpoint ; it is not a goal I am seeking in a treatment. I even gave up looking for it. I found a million stillpoints – before, during, and after… and eventually I gave up. I just get myself out of the road as far as necessary for whatever happen.
A stillpoint is a physiologic balancing act that the body physiology of any patient is going through. It can occurs anytime, anywhere, anyhow. It probably occurs spontaneously in patients during a good night's sleep or something like that. It's the body's attempt to release itself back to a total motile mechanism. In a treatment, it is an observable event that the physician can recognize as having taken place within the body physiology but not one that he deliberately is seeking nor is he trying to evaluate it. It is an anatomicophysiological change the body is making, and I have nothing to do with it as a physician. I don't even have to recognize it. The fact that it does take place indicates that the body physiology chooses to use it, and I am a simple observer and not a goal seeker.
Often, stillpoints will happen in front of you, but you can also frequently have the experience of them occurring at some distance. You're quietly working on, listening to, some area in a patient, and all of a sudden, you're aware of something happening elsewhere. Well, it had to have gone through a stillpoint for that to have happened. But you

weren't in the area at the time it took place. You can be aware of the fact that the change took place, that something went through a stillpoint, but you weren't the author of it. »[115]

4-4-3 Les phases de correction-traitement :

Voici, pour en terminer avec l'aspect purement technique de l'approche de Rollin Becker, deux extraits détaillants les phases de correction-traitement :

« Lorsque le praticien a placé ses mains et a mis en place un point fulcrum pour chacun de ses points de contact, l'application d'une compression ou d'une force au niveau de ce point de fulcrum lance l'activité des forces biodynamiques et biocinétiques intrinsèques au sein du patient. Les éléments tissulaires, et ces énergies, passent par trois phases distinctes d'activité, à des niveaux de mesure micrométriques, qui sont lues par le praticien au travers de ses points de fulcrum :
(i) Il y a la sensation que ces champs d'énergie et ces éléments tissulaires travaillent à leur convenance, au sein de leur schéma, vers le point d'équilibre de ce schéma.
(ii) Une période calme de pause-repos, le potentiel inhérent, est atteinte. À ce moment-là, tout mouvement semble cesser. À partir de ce point, le praticien peut suivre les changements au travers de ses mains et de ses points fulcrum, et ainsi obtenir des informations diagnostiques sur le problème du patient. Lorsque le schéma passe par l'immobilité, un changement survient au sein du potentiel inhérent. "Quelque chose s'est passé", en conséquence de ce changement dans le potentiel inhérent,. C'est là la phase de correction du traitement.
(iii) Le mouvement est de nouveau ressenti au sein des champs d'énergie et des éléments tissulaires. Le schéma qui se déploie, indique qu'il s'agit d'un schéma plus normal de fonctionnement pour la zone en dysfonction.
Ces trois phases peuvent accomplir leur cycle très rapidement, en une minute par exemple, ou cela peut durer plusieurs minutes selon le degré et l'intensité de la physiologie pathologique impliquée. […] Au cours du cycle de fonctionnement en trois phases, je varie la quantité de compression et de force appliquées au niveau de mes points fulcrum afin de les adapter aux forces oeuvrant au sein du corps du patient. »

« After the physician has positioned his hand contacts and established a fulcrum point for each hand contact, the application of compression or power at his fulcrum point initiates activity into the biodynamic intrinsic force and biokinetic intrinsic forces within the patient. The tissue elements and these energies go through three distinct phases of activity at micrometric levels of measurement, and they are read by the physician through his fulcrum point :
(i) It feels as if these energy fields and tissue elements are working their way, within their pattern, towards the point of balance for that pattern.
(ii) A still, pause-rest period, the potency, is reached, at which time all motion apparently ceases. Up to this point, the physician is able to follow these changes through his hand contacts and fulcrum points and thus gain diagnostic insight concerning the patient's

[115] Life in Motion, p. 69-70.

problem. When the pattern goes through the stillness, a change takes place within the potency . This is the corrective phase of the treatment program.
(iii) Motion is again felt within the energy fields and tissue elements. The pattern which unfolds is one that indicates it is a more normal pattern of functioning for the disabled area.
These three phases can take as short a time as one minute to complete their cycle, or they may take several minutes, depending upon the degree and intensity of the pathological physiology involved. […] I vary the amount of compression and power at my fulcrum points to match the forces I am working with in the patient's body during the three-phase cycle of operation. »[116]

« Nous plaçons une ou deux mains sur la zone concernée par l'examen, et nous établissons un point fulcrum pour chacun de ces contacts manuels, cela permettant d'initier et de ressentir les changements survenant dans la zone en lésion. Dans les secondes qui suivent, nous noterons qu'un changement se produit au sein des tissus, ceux-ci commençant à manifester leur schéma de dysfonction. C'est l'énergie biodynamique intrinsèque au sein de ce schéma qui commence à travailler. Pour l'observateur qui nous regarde, nos mains semblent reposer doucement sur le patient, alors que le mouvement, la mobilité et la motilité que nous ressentons au sein du patient peuvent être considérables, en fonction du problème rencontré. C'est un schéma délibéré dans lequel entrent les tissus lorsqu'ils manifestent leur dysfonction. Ils se rendent vers un point où tout sens de mouvement ou de mobilité semble cesser. C'est le point d'immobilité. Bien qu'il soit immobile, il est doté d'une puissance biodynamique. C'est la zone de potentiel inhérent pour ce schéma de dysfonction. C'est un still-point dans cette unité en fonctionnement. À ce moment-là se produit un changement que le praticien enregistre davantage par la conscience que par le ressenti. Après cela, un nouveau schéma se manifeste quand les tissus créent un nouvel ordre de fonctionnement. C'est un schéma de fonctionnement plus normal, si on le compare à la dysfonction présente au début de l'examen. La correction se produisant peut sembler peu importante, mais c'est une correction physiologique proportionnée à la pathologie présente dans le tissu et ce sera toute la correction que les tissus sont physiologiquement capables de faire pour ce traitement particulier. »

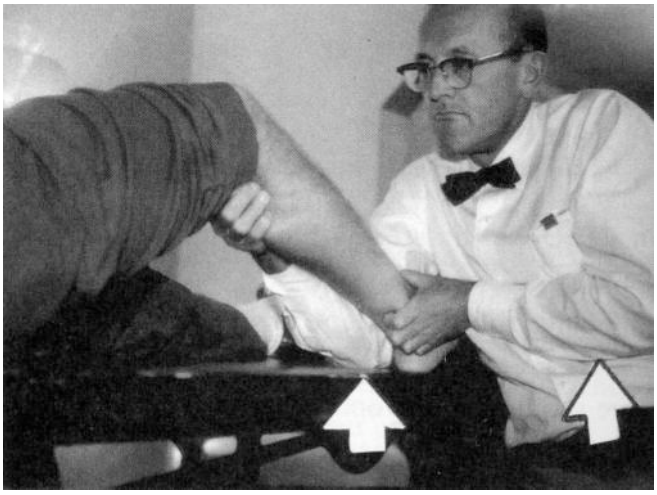
« We place our hand(s) in this area for examination and establish a fulcrum point for each hand contact through which to initiate and sense the changes taking place within the strained area. Within a few seconds, we will find a change taking place within the tissues as they start manifesting the pattern of disability present within them. It is the biodynamic intrinsic energy within that pattern going to work. To the outside observer watching our work, our hands are apparently lying quietly on the patient, but the motion, mobility, and motility we sense from within the patient is considerable, depending upon the problem. There is a deliberate pattern the tissues go through in demonstrating the strain within them. They work their way through to a point at which all sense of motion or mobility seems to cease. This is the point of stillness. Even though it is still, it is endowed with biodynamic power. This is the area of the potency for this strain pattern. This is a stillpoint within this functioning unit. A change take place at this time, which the physician records more with a sense of awareness that a change took place rather than actually being able to feel it. Following this point, a new pattern manifests itself as the tissues create a new state

[116] Life in Motion, p. 182-184.

of functioning. It is a more normal pattern of functioning as compared to the disability that was present at the beginning of the examination. The amount of correction that takes place may not seem great, but it is a phsiological correction commensurate with the tissue pathology that is present and will be all the correction that the tissues are physiologically capable of making for this given treatment. »[117]

[117] Life in Motion, p. 175-176.

4-5 Les patients, les séances



Pour terminer cette approche de la philosophie et de la pratique de Rollin Becker, j'ai choisi de présenter quelques extraits, séparés en deux séries. Dans la première, Becker présente ses relations avec les patients et certains de ces textes font agréablement sourire. Dans la deuxième en revanche, qui concerne plutôt la fréquence et la multiplicité de ses consultations, j'ai relevé des textes dont certains m'ont ébahi, car ils présentent des faits apparaissant incompatibles avec l'exercice de l'ostéopathie telle que nous la pratiquons généralement en France, même s'ils se rapportent à des cas sévères.

4-5-1 Les patients

« Pour ce qui est d'essayer de faire comprendre mon approche thérapeutique aux malades, je n'essaie même pas. Au fur et à mesure que je perfectionnais mes méthodes de diagnostic et de traitement ainsi que ma compréhension des problèmes pathologiques qui se présentaient, je me rendais compte qu'en fait mes malades ne cherchaient pas à comprendre comment je travaillais : ce qui les intéressait c'était d'avoir des résultats qui les soulageraient et résoudraient leurs problèmes. En plaçant mes mains et mon esprit dans les régions dont ils se plaignaient, je pénétrais les raisons de leurs difficultés. Et ainsi, au lieu de leur expliquer «comment » je travaillais, je pouvais leur expliquer le «pourquoi » de leurs problèmes. Et cela les satisfaisait. »[118]

« Il faut garder en tête que vous devez connaître vos propres sentiments par rapport à la personne dont vous vous occupez, et l'accepter exactement pour ce qu'elle est : une personne tout aussi valable que vous. Écoutez la et répondez-lui sans porter de jugement. Les personnes se sentent beaucoup plus libres devant quelqu'un qui les accepte simplement telles qu'elles sont. Votre rôle consiste simplement à être là, détendu, comme si rien ne se passait. Le simple fait de se trouver dans une atmosphère de ce type est un facteur de guérison. C'est vraiment cette réponse faite

[118] J. A. Duval, Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'Équilibre et d'Échanges Réciproques, p. 6.

de bienveillance, et d'attention, et non une réponse formulant conseils ou directives, qui fait fonctionner le traitement de manipulation ostéopathique. »

« The point to bear in mind is to know your own feelings about the person you are addressing, to accept that person exactly as he is – a person as worthy as yourselves. Listen and respond to him without making judgments about him. People feel a lot freer around somebody who is quietly accepting them for what they are. It is for you to just remain relaxed in the presence of nothing going on. Simply to be present in an athmosphere like that is a healing thing. It is actually this caring, listening response, and not a showing or doing response, which makes the osteopathic manipulative treatment work. »[119]

« Je voudrais recommander en premier lieu au praticien de développer son sens de l'humour. En effet, la remarque que j'entends le plus souvent dans ma pratique est : "Il n'a rien fait… Si ce n'est poser ses mains sur moi tout en restant assis, et quand il a eu terminé, je me suis senti mieux". Il est toujours nécessaire d'instaurer une bonne relation patient-praticien et de permettre au processus physiologique interne de manifester son Potentiel inhérent en tant que force motrice nécessaire à la correction, plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur. »

« One of the first things I would suggest for the physician is the development of a sense of humor . The most common statement I hear in my practice is, "He didn't do anything, but…All he did was put his hands on me and sit there and when he was through, I felt better." There is always need for a good patient-doctor relationship and for allowing physiological function within to manifest its own unerring Potency for the motive power for correction rather than the use of blind force from without. »[120]

« Pendant les deux à trois jours, voire la semaine suivant sa visite, le patient peut tout à fait se sentir plus mal encore, car vous avez donné des ordres aux tissus, aux fascias, aux tissus conjonctifs, qui aiment crier très fort. Vous les avez réveillés. Un tissu malade ne se réveille pas pour dire : "Oh, joie, et paix sur la terre !". Il se réveille plutôt en disant : "Qui donc vous a demandé de me déranger ?". Ils reviennent parfois vous voir en se plaignent amèrement. […] Souvent, le patient dira quelque chose comme : "Je n'ai jamais été aussi mal de ma vie, mais pour la première fois depuis un mois, j'ai nettoyé les meubles de six pièces". Alors, écoutez bien le "Mais, je…", il vous aide à savoir où vous en êtes. »

« For the next two or three days or a week, they can actually feel worse because you have given orders to the tissues, the fascias, the connective tissues, which like to do the loudest screaming. You woke them up. An unhealthy tissue does not wake up and say, "Oh, joy, peace in the world !" It wakes up and says, "Who the hell told you to disturb me ?" Sometimes they come back at you and they complain very bitterly. […] Often the patient will say something like, "I never hurt so bad in my life, but I got six rooms of furniture cleaned for the first time in a month." So always listen for a "but I…" It helps you to understand where you are. »[121]

---

[119] Life in Motion, p. 13.
[120] Life in Motion, p. 33.
[121] Life in Motion, p. 229-230.

« Le fait que le patient doive revenir pour une autre consultation parce que je n'ai pas perçu le mécanisme aussi clairement que j'aurais dû le faire ne me préoccupe pas. Je n'ai peut-être pas obtenu les résultats escomptés. Néanmoins, j'ai la possibilité de revoir ce patient lors d'une prochaine consultation, et je peux donc me détendre, me réjouir et essayer de travailler sur ce qui se trouve à ma portée. »

« I don't worry about the fact that the patient may have to come back again for another visit just because I didn't hearr the mechanism as clearly as I should. Perhaps I didn't get quite the results I was supposed to get. Nevertheless, I am permitted to see that patient again in the next office visit, and so I can relax and enjoy and try to work from that which is in front of me. »[122]

4-5-2 Les séances

« Quelle est la fréquence de mes traitements ? Je trouve qu'un intervalle d'au moins une semaine entre chaque traitement est appréciable, à moins d'être en présence d'un patient souffrant d'un psoïtis aiguë et menaçant de vous tuer si vous ne vous occupez pas de lui plus rapidement. Lorsque le patient vient à la consultation suivante, posez les mains sur lui et recommencez un programme de diagnostic pour déterminer si les choses ont évolué ou non. Voyez si cela donne : "Eh bien oui, j'ai essayé de travailler un peu pendant la semaine, mais je ne suis pas très sûr de t'avoir compris". Vous découvrez alors que vous devez lui donner un autre quelque chose. Lorsque le patient revient la semaine suivante, même routine. Puis une semaine plus tard, son mécanisme dit : "Regarde, docteur, je commence finalement à t'entendre, mais je n'en ai pas encore fini avec ces autres choses. Je continue à travailler sur les trois dernières". Alors, vous espacez les visites, une fois toutes les deux semaines, puis une fois par mois. J'essaie de soigner les patients juste assez souvent pour les ramener du problème sur lequel je travaille, vers les schémas de santé qui leur sont propres. »

« How often do I treat ? I like a minimum time of at least a week between treatments, unless we have a patient with acute psoasitis who will kill you if you don't get to him quicker. When the patient comes back for the next visit, get your hands on that case and start a diagnostic program to determine how things have matured or not matured. See if it feels like, "Well, yes, I tried to do some work last week, but I'm not too sure I understood you." So you discover you have to give it another whatever. When he comes back the week after that, the same routine. Then he comes back the next week and this time his mechanism says, "Look, Doc, I'm finally beginning to hear you, but I'm not quite through with those other things ; I'm still working on those last three." So you taper him to every other week, then you taper him to once a month. I try to treat them just often enough to keep directing them back to whatever I'm working on, back towards the patterns that are healthy for that particular individual. »[123]

---

[122] Life in Motion, p. 20.
[123] Life in Motion, p. 229.

« Après le troisième traitement, le patient ressentait toujours la même douleur dans la même région, et n'était pas vraiment satisfait. Je me rendis alors compte que je ne devais pas être assis à la bonne extrémité du levier. […] Je plaçai les mains sous son sacrum, et le truc était tellement bloqué qu'il lui était impossible d'aller en flexion et en extension. […] Après avoir administré deux autres traitements à ce jeune homme, je pouvais lire dans ces tissus que quelque chose commençait à fonctionner dans ce problème existant depuis 18 mois. Lors de la visite suivante, le bassin fut soudainement secoué, le sacrum se remit à fonctionner, et tous les symptômes du patient disparurent. »

« So after about the third treatment, this guy is still having the same pain in the same area, and he isn't particularly happy with it. Then I realize that I must be sitting at the wrong end of the lever. […] Then I go down and get my hands underneath the sacrum, and the thing is so completely locked that it is impossible for it to go into flexion and extension. […] In the case of this young man, after another couple of treatments, I was able to read in those tissues that there was something beginning to function in that 18-month-old problem. The next time he came back, all of a sudden, the pelvis shook, the sacrum went back to work, and he lost all of the symptomatology. »[124]

« Dans une série de plus de 50 cas de dépression du système nerveux accompagné de schémas de fluctuation fins, aqueux, de faible amplitude et d'un voltage peu élevé , la compression du quatrième ventricule a été appliquée une fois par semaine sur une période de six à neuf mois. Dans chaque cas, un schéma de santé autonome de fluctuation a été restauré, même si les résultats furent trop lents pour se manifester pendant la première moitié de la période du traitement. Il fallut faire preuve de persuasion pour que certains des patients continuent à venir assez longtemps pour obtenir les résultats recherchés. »

« In a series of over 50 cases of nervous system breakdown with thin, watery, low amplitude, low voltage reading fluctuation patterns, compression of the fourth ventricle was applied once a week over a period of six to nine months. A physiological, self-sustaining fluctuation health pattern was restored in each case, although the results were slow to manifest during the first half of the period of treatment, and it took a lot of persuasion to keep some of the patients coming long enough to achieve the results they were seeking. »[125]

« J'administrai à ce patient un traitement par semaine, en utilisant les ressources de sa physiologie corporelle. Environ cinq mois plus tard, le sacrum "en béton" était devenu un "chêne dense", avec une certaine amélioration dans sa qualité de tonicité. Au bout de neuf mois, le patient entra dans mon cabinet en ayant recouvré la tonicité normale d'un sacrum osseux et un mécanisme de santé total pour une unité de fonction rythmique, involontaire, mobile, motile et fluide. »

---

[124] Life in Motion, p. 244-245
[125] Life in Motion, p. 91.

« Treatment once a week was given, using the resources of this patient's body physiology, and in about five months, the "concrete" sacrum had changed towards a "dense oak" with some improvement in tonal quality. At the end of nine months, he walked into the office with a total recovery of the normal tonality of an osseous sacrum and a total health mechanism of a rhythmic, involuntary, mobile, motile, fluid drive unit of function. »[126]

[126] Life in Motion. p. 234.

V Conclusion

En tant qu'étudiant en ostéopathie, la découverte des concepts développés par Rollin Becker a été une expérience très enthousiasmante.

Il nous rappelle que nous travaillons avec la vie, cette vie qui prodigue son énergie pour assurer sa pérennité et son fonctionnement. Nos mains peuvent la percevoir dans les mouvements tissulaires et liquidiens.
Il ne tient qu'à nous de mettre nos mains à disposition de cette énergie et de lui offrir des points d'appuis pour optimiser ses efforts, autant dans sa recherche d'équilibre interne que dans l'adaptation aux conditions extérieures.

Rollin Becker se révèle un excellent professeur pour le développement des capacités palpatoires. De l'utilisation de la sensibilité proprioceptive à celle de points d'appui d'intensité variable, en passant par l'écoute directe avec les zones sensorielles du cerveau, il nous donne tous les ingrédients nécessaires pour expérimenter efficacement l'écoute de la physiologie corporelle.

Mais la phase suivante dépend entièrement de l'étudiant et il n'est pas facile de rester présent, disponible, calme et sans a priori par rapport à ce que manifeste une physiologie corporelle, quand on a appris à trouver, tester et corriger des dysfonctions en relations avec des symptômes.

Becker nous apprends à nous mettre au "diapason" des tissus, à nous syntoniser avec eux, à trouver l'énergie bloquée dans un spasme et à l'équilibrer pour que la zone se réévalue et se normalise. Il nous apprend aussi à écouter et utiliser la marée, comme outil diagnostique et thérapeutique.

Personnellement, l'approche de Rollin Becker et ses conseils en matière de palpation, m'ouvrent d'immenses horizons à explorer et c'est là, à l'aube de ma pratique ostéopathique, une perspective très enthousiasmante.

Je retiens également qu'outre l'entraînement de mes qualités palpatoires, il me faudra reprendre régulièrement et approfondir toute l'étude de l'anatomie, de la physiologie et des autres matières qui m'ont été dispensées pendant mes études, si je veux parvenir un jour à une qualité de toucher sûre et connaissante.

J'en retiens enfin une grande leçon d'humilité, mettre son ego de côté n'est certainement pas une tâche facile, mais je conçois sans aucun doute que c'est un préalable sine qua non pour "écouter" la réalité d'une physiologie corporelle, sans y apporter ses a priori et ses désirs personnels d'obtenir un résultat.

L'ostéopathie m'apparaît aujourd'hui autant comme un art d'être, qu'un art de faire.

J'espère que le lecteur aura apprécié cet ouvrage, et y aura trouvé une bonne lecture des grands thèmes de l'approche de Rollin E. Becker, D.O.

C'est assurément un beau voyage.

Remerciements

Je voudrais terminer cet ouvrage, en remerciant tous ceux qui m'ont aidé dans mon parcours d'étudiant :

Tous mes professeurs de l'Institut Supérieur d'Ostéopathie (ISO) à Aix-en-Provence, ainsi que le personnel administratif, qui m'ont apporté les éléments indispensables à une pratique ostéopathique responsable.
Avec une mention particulière à Mme Hélène Bartissol, D.O., qui m'a fait comprendre et commencer à ressentir ce que pouvait être un toucher entraîné, au travers de ses cours d'éducation de la main, et qui a bien voulu accepter la tâche de tuteur pour ce mémoire.

Mes remerciements vont également à Pierre Tricot, D.O.,, pour son approche tissulaire, son amitié, sa pédagogie, son érudition et toute l'aide qu'il m'a apporté dans la traduction de "Life in Motion" ainsi qu'avec ses encouragements, remarques et commentaires.

Je remercie également François Bel, D.O., qui m'a aimablement prêté sa collection de "The Cranial Letter" et m'a fourni de nombreux textes passionnants dans ma quête de documentation.

Je remercie enfin mes camarades de promotion, qui m'ont accepté et accompagné tout au long de ces six années, je leur souhaite à tous une longue et heureuse réussite dans leur cabinet respectif.

Bibliographie

Becker, Rollin E.

Life in Motion, 1997, Ed. Rudra Press, ISBN 0-915801-82-5 et Ed. Stillness Press, Portland [Etats-Unis], ISBN 0-9675851-0-4.
The Stillness of Life, 2000, Ed. Stillness Press, Portland [Etats-Unis], ISBN 0-9675851-1-2.

Bornemisza, Stephen

The Unified System Concept of Nature, 1955, Ed. Vantage Press, New-York [Etats-Unis].

Duval, Jacques Andreva

Introduction aux Techniques Ostéopathiques d'équilibre et d'échanges réciproques, 1976, Ed. Maloine, ISBN 2-224-00266-1, (1ER trimestre 1984 pour la troisième édition).

Eiseley, Loren

The Firmament of Time, 1960, Ed. Victor Gollancz, London [Angleterre].

Feely, Richard A.

Clinique Ostéopathique dans le Champ Crânien, 2000, Traduit par Henri O. Louwette, Ed. Frison-Roche, ISBN 2-87671-305-5.

James Jealous

Cours d'Ostéopathie Biodynamique, 1ère session, 1997, polycopié de cours, chez l'auteur.

Krishnamurti, Jiddu

Commentaries on Living, 3rd Series, 1960, Ed. Victor Gollancz, London [Angleterre].
Commentaires sur la vie, Tome III, 1974, Ed. Buchet-Chastel, Paris, Trad. N. Tisserand.

Russel, Walter

A New Concept of the Universe, 1989, Revised ed. Swannanoa, Virginie [Etats-Unis], The University of Science and Philosophy.

Schmitt, Isabelle

Évolution de la perception chez William Garner Sutherland, 2000, Mémoire de fin d'études d'ostéopathie, Collège Ostéopathique Français (COF), décembre 2000.

Stills, Andrew Taylor

Autobiography, 1905, réédité par l'American Academy of Osteopathy, 1981.

Autobiographie, 1998, traduit de l'américain par Pierre Tricot, publié sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, Ed. Sully, ISBN : 2-911074-08-04.

Sutherland, Adah Strand; Wales, Anne L. (Ed.)

Contributions of Thought, 1998, Ed. Rudra Press, Portland [États-Unis], ISBN 0-915801-74-1.

Sutherland, Adah Strand; Sutherland, William Garner; Lippincott Rebecca C. et Howard A.

Textes Fondateurs de l'Ostéopathie dans le Champ Crânien, 2002, Traduits de l'américain par Henri O. Louwette, Ed. Sully, ISBN 2-911074-42-4.

Sutherland, William Garner

The Cranial Bowl, 1939, Ed. Free Press Company, Mankato [Minnesota, Etats-Unis].

Tricot, Pierre

Approche Tissulaire de l'Ostéopathie, 2002, Ed. Sully, ISBN 2-911074-40-8.