

# De la compression du bulbe à la compression occipitale

Pierre Tricot <sup>1</sup>

*Si vous ne savez pas quoi faire d'autre, compressez le quatrième ventricule. Les effets physiologiques de la compression sont d'une portée considérable* (Sutherland, 1998, 218).

*Le Dr Sutherland a souvent dit que personne n'est trop malade pour subir la compression du quatrième ventricule, et si vous ne savez pas quoi faire d'autre, optez pour cette méthode. C'est la procédure la plus complète et la plus efficace qui existe* (Magoun, 2000, 112).

Présentée comme essentielle par son inventeur et les premiers ostéopathes crâniens, cette technique pose aujourd'hui nombre de problèmes quant à sa mise en œuvre, sa compréhension et son interprétation. J'ai moi-même rencontré beaucoup de difficultés pour la réaliser de manière qu'elle produise les effets classiquement décrits, puis pour interpréter et comprendre la manière dont elle fonctionne. Le texte qui suit reprend le cheminement historique à la recherche d'informations sur son origine, détaille les éléments fournis par son inventeur concernant sa mise en œuvre, les hypothèses formulées pour tenter d'expliquer son fonctionnement et propose, enfin, de la conceptualiser et de la réaliser au regard du modèle de l'approche tissulaire tel qu'il est exprimé et expérimenté aujourd'hui.

## La compression du quatrième ventricule

---

### *Un peu d'histoire*

La technique crânienne connue aujourd'hui sous le nom de compression du quatrième ventricule était à l'origine appelée compression du bulbe <sup>2</sup>. L'origine et le développement de cette technique sont indissociables du concept de fluctuation du liquide céphalo-rachidien. Sa genèse nous est en partie contée par Adah, l'épouse de William Garner Sutherland. <sup>3</sup> Dans le chapitre 9 de la biographie consacrée à son époux, elle décrit les systèmes confectionnés et utilisés par Sutherland pour expérimenter sur lui-même les techniques et hypothèses concernant le concept crânien. Elle explique qu'il utilisait des bandes de moleskine découpées et cousues, des élastiques, du cuir, du feutre, un casque de football américain modifié, des gants de base-ball, des bols en bois, etc. Puis, elle raconte la première expérimentation de la compression du quatrième ventricule...

Un jour que j'arrivai à son cabinet, je constatai soudainement que ' l'expérience ' avec les gants et leur lanière de serrage avait eu lieu. Ce n'est pas l'appareillage qui m'inquiétait, mais Will. Son teint n'était pas naturel, il paraissait fiévreux et son comportement perturbé était préoccupant.

' Que s'est-il passé Will, que t'es-tu fait ? '

Il m'expliqua qu'il venait de commencer son expérience de compression de quatrième ventricule.

---

1 Dernière mise à jour : 30 octobre 2009.

2 « Aujourd'hui, vous entendrez parler de la compression du bulbe. Ne songez pas un seul instant que vous allez comprimer un bulbe. Cette terminologie provient du fait que, pour illustrer le mouvement du quatrième ventricule lors de l'inspiration et de l'expiration, nous utilisons un petit bulbe en caoutchouc comprimable. [...] Autrement dit, lorsque nous parlons de « comprimer le bulbe », nous voulons dire comprimer les bords externes de l'écaille [*de l'occiput*] au niveau de sa région inférieure. » (Sutherland, 1998, 195).

3 Adah Strand Sutherland : *With Thinking fingers*, traduit de l'américain par Henri Louwette sous le titre *Avec les doigts qui pensent*. Ce texte fait partie du livre *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*, paru chez Sully en 2002 (pp.20-110).

Il s'était allongé, avait posé la tête sur l'appui-tête en forme de V et l'avait soumis à une compression graduelle en serrant petit à petit la lanière. Il décrivait les sensations qu'il avait expérimentées alors qu'il s'approchait de l'inconscience. Bien qu'affaibli, il avait réussi à desserrer la lanière. ' Une sensation de chaleur s'est immédiatement produite ' expliqua-t-il, ' ainsi qu'un mouvement incroyable de fluide du haut en bas de la colonne vertébrale, et dans les ventricules et autour du cerveau '. Il résuma son expérience physique en un mot : ' Fantastique ! '

Au cours de cette expérience, deux choses surprenantes s'étaient produites. La première était la perception d'un mouvement fluctuant du liquide céphalo-rachidien, qui venait s'opposer aux croyances traditionnelles d'un mouvement circulaire. ' Cela devra être étudié plus en détail ' dit-il.

À propos de la seconde surprise, il s'exclama : ' Tu le croiras si tu veux, mais il y avait un mouvement dans mon sacrum ! Dans quoi nous embarquons-nous ? Y a-t-il une fin à tout cela ? ' Non seulement il avait été possible de comprimer le quatrième ventricule, mais en plus, les résultats ouvraient des voies d'exploration quelque peu provocatrices.

Pour retester et vérifier ses effets, il renouvela plusieurs fois cette compression expérimentale. La répétition entraînant le même type de conséquences, il lui devint impossible de considérer ces résultats comme le fruit de coïncidences ou d'imaginations (Sutherland, 2002, 62-63).

Dans *La Coupe crânienne* (1939)<sup>4</sup>, le premier et seul texte écrit et publié par Sutherland sur le concept crânien, est évoquée la fonction du liquide céphalo-rachidien : « *Le Docteur Still a insisté sur l'importance du flux sanguin dans l'artère. Je voudrais insister également sur l'importance de l'activité normale du liquide céphalo-rachidien. Je crois que l'activité circulatoire du liquide céphalo-rachidien est primaire à l'activité artérielle, veineuse et lymphatique* » (Sutherland, 2002, 133). Constatant qu'il était possible de contrôler le mécanisme respiratoire du diaphragme, Sutherland tenta, d'une manière similaire, de contrôler le mécanisme respiratoire crânien.

La première expérience était une sorte de tentative mentale pour ralentir tous les mouvements des circonvolutions et des ventricules du cerveau. Cette effort paraissait initialement difficile à accomplir car les mouvements des circonvolutions semblaient posséder un élan qui les plaçait au-delà du contrôle mental volontaire. Durant cette tentative il prit conscience d'un mouvement en fluctuation de fluide, ou en vague, à la base du cerveau, qu'il attribua au mouvement du liquide céphalo-rachidien. Le mouvement se produisait vers l'avant pendant la période d'inspiration et vers l'arrière pendant la période d'expiration. [...] Après des efforts mentaux répétés pour restreindre tout mouvement des circonvolutions et des ventricules, il obtint finalement la restriction aussi facilement que peut-être limité le mouvement du diaphragme. Cette expérience fut alors suivie par un effort mental pour contrôler ou orienter le mouvement respiratoire crânien à l'intérieur même du crâne, ce qui se révéla plus facile que d'empêcher tout mouvement. Dans ces expériences de contrôle et d'orientation du mouvement respiratoire crânien, il fut mis en évidence que le mécanisme respiratoire diaphragmatique changeait de rythme en fonction du mouvement respiratoire crânien. Alors la conclusion fut que le mécanisme respiratoire diaphragmatique est secondaire au mécanisme respiratoire crânien (Sutherland, 2002, 135-136).

Ces tentatives aboutirent à l'utilisation du concept de fluctuation du liquide céphalo-rachidien dans plusieurs techniques, notamment celle que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de V-spread, et la compression du bulbe, ancêtre de la compression du quatrième ventricule.

## *La description des précurseurs*

Bien que dans les textes publiés de Sutherland la compression du quatrième ventricule soit très souvent évoquée, je n'y ai pas trouvé de description détaillée de sa mise en place. Je me suis donc tourné vers trois de ses proches collaborateurs dans l'enseignement, Harold Magoun et Howard et Rebecca Lippincott<sup>5</sup>.

Voici la description que donne Magoun de la compression du quatrième ventricule par abord occipital. Il cite Sutherland.

« Son synonyme, la compression du bulbe proviendrait de la référence faite par l'auteur au bulbe du sphgmomanomètre pour illustrer le mécanisme fonctionnel du quatrième ventricule comme

4 W. G. Sutherland, *The Cranial Bowl*, traduit de l'américain par Henri Louwette sous le titre *La coupe crânienne*. Ce texte fait partie du livre *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*, paru chez Sully en 2002 (pp.111-172).

5 Rebecca Conrow Lippincott, D.O., Howard A. Lippincott, D.O. Étudiants des premiers temps du concept crânien, puis membres de la faculté d'enseignement dans les années 1940.

agent de compression utilisé par la fluctuation normale du liquide céphalo-rachidien. Le troisième ventricule et le ventricule latéral font également office d'agent de compression et sont accessibles aux doigts expérimentés des techniciens du crâne. [...] La compression s'applique en général spécifiquement à la surface inférieure de l'os occipital, juste à la médiane des angles latéraux. Les centres physiologiques [...] se situent au plancher du quatrième ventricule faisant de celui-ci une zone favorable de compression. L'objectif de la compression du bulbe est de maintenir la fluctuation de ralentissement du liquide céphalo-rachidien à un degré de brèves périodes rythmiques de respiration. Lorsque ce degré est atteint, un échange intervient immédiatement par les liquides du système, et on observe également le relâchement des tissus de la colonne vertébrale. »

La compression du bulbe permet au liquide céphalo-rachidien d'être au repos, comme le mouvement de l'eau dans un verre qui vibre.

Le patient est couché sur le dos, l'opérateur au niveau de sa tête. L'opérateur pose une main sur l'autre en formant une coupe ou entrecroise les doigts, en maintenant les éminences thénar et les pouces parallèles et séparées d'environ 5 cm. Le patient soulève la tête pour laisser l'opérateur placer ses mains en dessous. Le supra-occiput doit reposer sur les éminences thénar, à la médiane de la suture occipito-mastoïdienne. Assurez-vous que le contact se fait au niveau de la 'soucoupe' occipitale seule, et non à la suture.

En utilisant seulement les muscles fléchisseurs profonds communs, procédez à une compression ferme mais douce, en tirant les angles de l'occiput vers l'arrière et vers le bas, vers l'inion, de manière à approfondir la 'soucoupe' de l'écaïlle occipitale. On demande au patient de respirer profondément puis de retenir sa respiration le plus longtemps possible jusqu'au moment d'une inspiration involontaire. Cette technique devra peut-être être répétée plusieurs fois pour obtenir la réponse attendue. Ensuite, le patient reprend sa respiration normale. La compression de la main est maintenue pendant toute l'opération.

L'opérateur percevra un 'ramollissement' de la zone traitée, et un dégagement de chaleur. Il y aura moins de liquide sous-cutané et un plissement de la peau, qui s'humidifiera au niveau du front, etc. La respiration devient régulière et lente et la pulsation approche le rythme normal. Le pompage régulier et lent du diaphragme sur la citerne du chyle produit des effets circulatoires profonds. Parmi les structures les plus importantes influencées figurent les centres physiologiques du cerveau dans le plancher du quatrième ventricule (Magoun, 2000, 111-117).

Voici ce qu'en disent les époux Lippincott <sup>6</sup>.

Le patient est en décubitus dorsal, l'opérateur au niveau de sa tête. Les éminences thénars sont placées aux angles latéraux de l'os occipital.

Les doigts sont entrelacés de manière à mettre en tension les muscles F.P.D. et L.F.P. La tension est maintenue durant une expiration profonde maintenue jusqu'à l'inspiration involontaire. Ceci ferme les bords vers l'intérieur et fléchit la structure de l'occiput qui est alors guidée vers les pariétaux. Au début la pression est légère, et augmente graduellement avec les expirations suivantes, jusqu'à ce que soit obtenue une secousse involontaire, alors 'le moteur tourne au ralenti' Le diaphragme se ralentit, en un petit mouvement de pompe et tous les fluides sont modifiés (Sutherland, 2002, 183-184).

## *Les indications données par les précurseurs*

Sutherland propose cette technique comme quasiment universelle : « *Si vous ne savez pas quoi faire d'autre, comprimez le quatrième ventricule. Les effets physiologiques de la compression sont d'une portée considérable.* » (Sutherland, 1998, 218). Et Magoun de renchérir : « *Le Dr Sutherland a souvent dit que personne n'est trop malade pour subir la compression du quatrième ventricule, et si vous ne savez pas quoi faire d'autre, optez pour cette méthode. C'est la procédure la plus complète et la plus efficace qui existe.* » (Magoun, 2000, 112) La présentant comme technique aux indications très étendues, Sutherland reste assez imprécis, insistant particulièrement sur son action d'*huile dégrissante* :

Je voudrais attirer votre attention sur les bénéfices de la conduite de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien dans le traitement des lésions chroniques de la colonne vertébrale. Je l'appelle 'l'huile pénétrante', comme celle utilisée pour les vieilles jointures rouillées. Pour dévisser de vieux écrous et boulons rouillés, le mécanicien n'essaie pas de les faire tourner avec une clé. Il commence par appliquer une ou deux gouttes d'huile qui s'infiltreront dans le filetage. Lorsque

---

<sup>6</sup> Le texte daté de 1943 a été publié avec l'accord de Sutherland.

l'huile a agit, le mécanicien peut tourner l'écrou et le boulon avec les doigts et n'abîme pas leur filetage. En réduisant la Marée vers cette courte période rythmique et cet échange important entre tous les fluides du corps, vous pouvez lubrifier progressivement ces situations chroniques afin de les ramener vers leurs conditions normales de fonctionnement. Les fibroses diminuent également et le tissu normal du muscle réapparaît en temps utile (Sutherland, 1990, 185-186). C'est ce que je fais lorsque je tente de corriger d'anciennes lésions rachidiennes, primaires et chroniques. En agissant sur la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, vous pourrez observer de nombreuses lésions rachidiennes secondaires et compensatoires se résoudre et retrouver leurs relations normales. Cela met les lésions primaires sur le devant de la scène. Vous pouvez alors les traiter avec l'huile pénétrante. Vous ne devez jamais oublier que le tissu osseux est fluide (Sutherland, 1990, 203-204).

Magoun est beaucoup plus complet. Outre l'indication générale déjà proposée, il étend son champ d'action aux états de stase circulatoire :

- Dans le liquide céphalo-rachidien comme dans l'œdème cérébral, la congestion orbitaire, etc., et dans les ventricules, touchant les centres physiologiques situés à cet endroit.
- Dans la circulation lymphatique, comme le gonflement autour des fractures, l'œdème rénal, les chevilles gonflées et les maladies inflammatoires de la colonne ou de la hanche, etc.
- Dans la circulation sanguine.
- La congestion veineuse comme la contre-pression à travers les sinus caverneux et pétreux dans le glaucome et la cataracte ; l'engorgement généralisé de la céphalée congestive ; l'insomnie ; la congestion passive du rein, du foie, du poumon, du pelvis, etc. ; la toxémie gravidique.
- Les maladies infectieuses avec désordres circulatoires comme la poliomyélite, le rhumatisme articulaire aigu, l'arthrite, le phlegmon amygdalien, la phlébite, etc. Tous les états fébriles.
- Le choc. Il y a une perméabilité accrue des capillaires dans la zone touchée, un volume sanguin réduit, l'anoxémie, puis une anoxémie capillaire généralisée avec la perte de sang du système circulatoire qui fait baisser la tension sanguine. La compression du quatrième ventricule aide à remplacer le volume de sang (Magoun, 2000, 112).

Il la propose également pour d'autres états de type endocrinien ou des anomalies de fonctionnement du système nerveux central, et enfin, comme Sutherland, dans toutes les contraintes membranaires.

- Les états hypopituitaires comme les dystrophies de développement et les utérus inertes. Des résultats assez spectaculaires sont parfois apparus dans ces domaines.
  - Les maladies du système nerveux central à l'étiologie inconnue. Le concept crânien offre de nouvelles possibilités quant aux causes et au traitement des conditions où le liquide céphalo-rachidien est ' la grande rivière de la vie ' qui ' doit être exploitée pour en irriguer les champs desséchés '.
  - Les états d'hypertension. Puisque la compression du quatrième ventricule modifie tous les liquides du corps, cette méthode permet de désintoxiquer les tissus, de relâcher les contractions des muscles et des fascias, d'atténuer progressivement la fibrose et de soulager le manque d'élasticité des artères.
- Ainsi, la compression favorise l'amélioration de toutes les contraintes membranaires ou ligamentaires, abaisse la pression sanguine, calme la tension nerveuse et facilite tout type de travail de manipulation (Magoun, 2000, 112-113).

Plus loin, il généralise quelque peu l'action constatée de la compression du quatrième ventricule :

- Il y a un changement de l'électrobiologie et de la chimie de tous les liquides du corps. La stase du liquide céphalo-rachidien, de la lymphe et du sang veineux est surmontée.
- Les centres vitaux de la moelle, le long de l'aqueduc cérébral et sur le plancher du quatrième ventricule sont désintoxiqués, nourris et stimulés.
- La normalité et l'efficacité du fonctionnement vital du système nerveux central sont restaurées et on observe une tendance à la résolution des désordres présents.
- Le métabolisme du corps s'améliore, la résistance aux maladies s'accroît et l'immunité se renforce par les effets sur le foie, la rate et le pancréas, ainsi que sur le système endocrinien.
- Le complexe hypothalamo-hypophysaire est stimulé, influençant l'ajustement involontaire à l'environnement extérieur, la croissance, le développement, l'activité gastro-intestinale, la régulation de la température corporelle, les sueurs nocturnes, le sommeil, etc.
- La lyse des fibroses musculaires apparaît, qu'elle soit présente au niveau de la paroi artérielle, du muscle, des tubules rénaux ou du ligament. Celle-ci facilite le diagnostic et le traitement des lésions spinales primaires et secondaires. Après la compression du quatrième ventricule, les lé-

sions secondaires s'atténuent et sont plus faciles à mobiliser. C'est la raison pour laquelle il est bon de commencer tout traitement par cette technique. Elle est impérative pour les patients nerveux, tendus ou inquiets (Magoun, 2000, 115).

## Que fait la compression du quatrième ventricule ?

Les praticiens des premiers temps ont tous noté des effets bénéfiques consécutifs à la compression du quatrième ventricule. Ils ont logiquement cherché à expliquer comment elle produisait ces résultats cliniques constatés. Pour cela, trois phénomènes ont été invoqués : « la mise au ralenti du moteur », la compression physique du quatrième ventricule et la diffusion du liquide céphalo-rachidien qui aurait une action « guérissante ».

### Le moteur au ralenti

Un des objectifs de base proposé pour la compression du quatrième ventricule consiste à ralentir le mouvement de la marée et de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien. Ce concept se fonde évidemment sur l'idée, largement développée par Sutherland, que la respiration crânienne est primaire par rapport à la respiration thoracique (elle existe d'ailleurs chez l'embryon en développement, bien avant l'apparition de la respiration thoracique).

Dans mon hypothèse <sup>7</sup>, j'ai décrit ce que nous appelons le mécanisme respiratoire primaire. [...] Puisque tous les centres physiologiques du corps humain, y compris le centre respiratoire, se trouvent dans le plancher du quatrième ventricule, le mécanisme respiratoire primaire englobant tous les éléments mentionnés devrait être primaire à la respiration thoracique se produisant par l'intermédiaire du centre de la respiration (Sutherland, 1998, 148-149).

Cette vue d'ensemble met l'accent sur le rôle primordial des centres physiologiques situés dans le plancher du quatrième ventricule, au niveau de cette zone-clé (la ' zone magique ') de la moelle allongée. Le centre respiratoire est primaire au diaphragme et à la physiologie du cœur et des poumons. À ma grande satisfaction, j'ai pu le démontrer sur mon propre corps. Il était clair que les centres situés dans le plancher du quatrième ventricule sont primaires et que les fonctions du diaphragme, du cœur et des poumons sont secondaires (Sutherland, 2002, 54).

Puisque les centres respiratoires du quatrième ventricule sont primaires, en agissant sur eux, et notamment en ralentissant la fluctuation de la marée, on ralentit les mouvements de toutes les fonctions, y compris la respiration thoracique. Ce ralentissement que Sutherland appelle la *mise du moteur au ralenti*, favoriserait de meilleurs échanges au sein de toutes les structures corporelles en leur donnant plus de temps pour assurer leurs échanges :

Nous ralentissons la fluctuation jusqu'au point souhaité, celui d'une courte période rythmique de fluctuation du corps de liquide céphalo-rachidien dans le crâne, tout autour du cerveau, au sein du cerveau, autour de la moelle épinière et au sein de la moelle épinière. Je vous demande à nouveau de visualiser le mouvement de ce corps de liquide céphalo-rachidien dans sa fluctuation, en pensant à la comparaison avec un verre d'eau auquel est transmise une vibration amenant l'eau vers un point central. Cette vibration n'est pas comparable à la secousse de la table qui fait se répandre l'eau hors du verre. C'est ce que nous voulons obtenir avec la ' compression du bulbe '. Et c'est ce que nous voulons obtenir avec le type d'application palliative de la technique, que je compare à un battement, lorsque vous amenez la fluctuation à un point central dans la vibration, le moteur est inactif et l'échange entre tous les liquides du corps se produit (Sutherland, 1998, 199-200).

Dans le still-point obtenu par l'application de ces techniques, le moteur tourne au ralenti et un échange entre tous les fluides du corps se produit (Sutherland, 2002, 176)

Cela ressemble à un état proche d'une animation arrêtée (Sutherland, 2002, 175).

### La compression du ventricule

Selon les auteurs classiques (Sutherland, Magoun, Lippincott, etc.), la compression de l'écaille occipitale produirait la compression du quatrième ventricule.

Le rapprochement des angles latéraux de l'écaille occipitale exagère sa convexité postérieure. La tente est tirée plus fortement par-dessus le cervelet. Les hémisphères du cervelet resserrent la voûte du quatrième ventricule tandis que les pédoncules cérébelleux moyens sont redressés

---

<sup>7</sup> C'est moi qui mets en gras. Nous oublions sans cesse que le concept crânien est avant tout une hypothèse...

pour élever le plancher du quatrième ventricule, augmentant ainsi la compression vers l'avant (Magoun, 2000, 114).

Cette compression aurait deux conséquences : une action directe sur les centres respiratoires et sur la diffusion du liquide céphalo-rachidien.

### **L'action directe sur les centres physiologiques du plancher du quatrième ventricule**

Cette action est sans cesse suggérée, mais jamais explicitée. Il est vrai qu'elle est difficile à mettre en évidence. On pourrait penser à une action inhibitrice, mais les textes classiques ne l'évoquent pas directement. Ils disent qu'on agit sur ces centres, sans proposer d'interprétation.

En général, il est plus pratique de comprimer le quatrième ventricule, car il vous permet d'agir sur tous les centres physiologiques, y compris celui de la respiration (Sutherland, 2002, 63).

### **Compression des ventricules et diffusion du liquide céphalo-rachidien**

Pour Magoun, une des conséquences directes de la compression du quatrième ventricule est la réduction des espaces ventriculaires, qui oblige le liquide céphalo-rachidien à diffuser vers la périphérie.

Tout cela réduit la capacité de tous les lits d'eau situés dans cette région du cerveau, en particulier le quatrième ventricule, de faire fluctuer ainsi le liquide céphalo-rachidien vers le dehors. En outre, l'expiration forcée du patient fait encore diminuer la taille de ces espaces (bien que l'occiput ne soit pas maintenu dans la position d'extension ou d'expiration) (Magoun, 2000, 114).

Pour développer l'idée de diffusion du liquide céphalo-rachidien, les précurseurs se fondent sur les études développées dans les années 40 par le chercheur russe Speranski<sup>5</sup>.

Selon nos connaissances, les effets sont dus à la continuité des canaux péri-neuraux et péri-vasculaires du liquide céphalo-rachidien avec le système lymphatique. Des teintures intra-ventriculaires suivent le nerf olfactif jusqu'à la muqueuse nasale. Du lipiodol contenu dans le canal vertébral apparaît le long du nerf sciatique. Des recherches spécifiques ont corroboré cette assertion.

En tempérant la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, il est possible d'induire un échange équilibré de tous les fluides du corps. Les respirations douces et rythmiques produisent un pompage et une fluctuation régulière, analogues au débit constant de la pompe d'un puits lorsqu'on lui imprime une impulsion régulière et courte, en comparaison aux jets irréguliers causés par une impulsion plus longue (Magoun, 2000, 114).

### **L'action du liquide céphalo-rachidien**

Nous abordons ici la délicate question de l'action du liquide céphalo-rachidien dans le système corporel. On connaît bien entendu les rôles que décrit la physiologie classique : protection mécanique du système nerveux central contre les chocs par amortissement des mouvements et protection contre les infections, grâce aux médiateurs de l'immunité humorale et cellulaire qu'il contient. Sutherland va plus loin et se fonde sur les propos de Still pour justifier le rôle essentiel qu'il assigne au liquide céphalo-rachidien :

Il fut comme illuminé par la pensée que le liquide céphalo-rachidien est l'un des éléments les plus nobles connus dans le corps et, à moins que le cerveau ne fournisse ce liquide en abondance, une condition malade du corps persisterait (Sutherland, 1990, 13-14).

Il s'agit bien entendu pour Still d'une intuition que rien, dans les connaissances de son temps ne permettait de valider et que, hélas, rien dans les connaissances actuelles ne permet aujourd'hui d'entériner. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle est fautive, mais assurément pas non plus qu'elle est vraie. Selon les ostéopathes crâniens, la diffusion du liquide céphalo-rachidien permettrait de déployer son pouvoir guérisseur, parallèle à celui du sang souligné et magnifié par Still :

Du point de vue du concept crânien, l'artère reste suprême, mais nous considérons que c'est le liquide céphalo-rachidien qui commande (Sutherland, 1998, 300).

<sup>5</sup> A. D. Speranski : Scientifique russe qui grâce à des traceurs colorés découvrit que le liquide céphalo-rachidien diffuse dans la cavité nasale pour se rendre directement dans les glandes lymphatiques du cou. Ref. : A.D. Speranski, *A Basis for the Theory of Medicine*, ed. et trad. C. P. Dutt (New York, International Publishers, 1943), p.111.

## Le rôle métabolique du liquide céphalo-rachidien

Se fondant encore sur les propos de Still, l'hypothèse crânienne amplifie le rôle métabolique du liquide céphalo-rachidien.

Lorsque vous pensez au plexus choroïde, n'oubliez pas que pour ce qui est de l'image mentale, le Dr Still avait une certaine d'années d'avance sur nous. Que voulait-il dire lorsqu'il affirmait que le cerveau est la pharmacie de Dieu, car il contient des opiacés, des acides et toutes sortes de médicaments nécessaires au bonheur humain et à la santé ?<sup>8</sup> Si vous devenez un mécanicien du mécanisme crânien en corrigeant une lésion crânienne, vous devenez par conséquent le pharmacien. Cette pensée est infinie. Elle n'est pas nouvelle. Il y a 200 ans, Swedenborg<sup>9</sup> parlait d'un mouvement du cerveau. Disposons-nous maintenant de quelque chose de nouveau ? Non (Sutherland, 1998, 163-164).

Lorsque vous lisez entre les lignes des ouvrages du Dr Still, vous vous demandez ce qu'il voulait dire lorsqu'il affirmait que ' le cerveau est la pharmacie de Dieu et comprend en lui-même tous les liquides, drogues, lubrifiants, soporifiques et acides, ainsi que toutes sortes de drogues que la sagesse de Dieu a pensées nécessaires au bonheur et à la santé humains. '<sup>8</sup> (Sutherland, 1998, 191)

[J'] ai ensuite affirmé que le corps humain était la pharmacie de Dieu et qu'il contenait tous les liquides, médicaments, lubrifiants, soporifiques, acides et alcalins, ainsi que toutes sortes de médicaments que la sagesse de Dieu estimait nécessaires au bonheur humain et à la santé.<sup>6</sup>

Dans les plexus choroïdiens, il existe un échange entre tous les produits chimiques, entre le liquide céphalo-rachidien et la circulation du sang artériel. Envisagé de cette façon, nous avons un échange entre les produits chimiques du liquide céphalo-rachidien et ceux du sang. Vous devenez donc le pharmacien qui mélange en même temps les produits chimiques dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Ensuite, n'oubliez pas cet « élément le plus noble connu », ce « fluide à l'intérieur d'un fluide ». Que nourrit-il ? Les cellules nerveuses qui transportent des impulsions le long des fibres nerveuses au moyen d'une transmutation. N'oubliez pas non plus « les nerfs les plus fins cohabitant avec les lymphatiques ». Lorsque vous utilisez les liquides du cerveau en comprimant le quatrième ventricule, regardez les conséquences dans le système lymphatique. Visualisez le ganglion lymphatique renfermant du poison accumulé et qui en modifie la constitution avant que la lymphocyte ne gagne le système veineux (Sutherland, 2002, 63).

## Le Souffle de Vie

Ultérieurement, Sutherland introduit un élément philosophique essentiel pour qui veut comprendre le concept crânien tel qu'il était vécu et enseigné dans les années 50 : le Souffle de Vie.

Dans ce liquide céphalo-rachidien, existe un élément invisible que j'appelle le Souffle de la Vie. Essayez de visualiser ce Souffle de Vie comme un fluide à l'intérieur de ce fluide, comme quelque chose qui ne se mélange pas, quelque chose qui jouit d'un potentiel inhérent, tout comme l'élément qui le fait bouger. Est-il vraiment nécessaire de savoir ce qui fait bouger le fluide ? Essayez de visualiser un potentiel inhérent, un potentiel intelligent, plus intelligent que notre propre intelligence humaine.

De part votre expérience comme patient, vous savez que la Marée fluctue, qu'elle monte et descend, va et vient, tout comme la marée de l'océan. Vous avez certainement observé son potentiel inhérent et son Intelligence, avec un I majuscule. Vous pouvez compter sur cet élément pour faire le travail pour vous. En d'autres termes, n'essayez pas d'imposer au mécanisme une force externe, mais laissez agir la Marée.<sup>8</sup> (Sutherland, 1990, 14).

---

<sup>8</sup> Still, *Autobiographie*, p. 182. Dans l'édition révisée de 1908, le Dr Still avait remplacé le terme « cerveau » par « corps » (Cf. l'édition originale de 1897, p. 219.)

<sup>9</sup> Emmanuel Swedenborg (1688-1772), scientifique suédois et mystique, qui étudia l'anatomie pour trouver son âme. Ses idées, pour son époque reconnues comme scientifiques, constituent un fondement essentiel des mouvements spirituaux américains du XIXe siècle tel que les a connus Still. Au même titre que Spencer sur le plan philosophique, elles auraient, selon Trowbridge, inspiré Still au niveau spirituel. Voir Carol Trowbridge, *Naissance de l'ostéopathie*, aux Éditions Sully.

<sup>8</sup> Still, *Autobiographie*, p. 182. Dans l'édition révisée de 1908, le Dr Still avait remplacé le terme « cerveau » par « corps ». Cf. l'édition originale de 1897, p. 219.

<sup>6</sup> A. T. Still, *Autobiography of A.T. Still*, page 182.

<sup>8</sup> Ce concept sera repris par Rollin Becker à propos de ce qu'il appelle le Partenaire Silencieux.

Dans le concept crânien de la maturité, le Souffle de Vie devient essentiel parce qu'il permet à Sutherland de maintenir la cohérence entre respirations primaire et secondaire : il établit en effet un parallèle entre la respiration thoracique, associée au souffle de l'air (respiration secondaire) et la respiration primaire associée au souffle de vie (respiration primaire). Le souffle de vie apparaît avant le souffle de l'air qui ne peut exister sans lui et qui est donc conçu comme secondaire. Et Sutherland assigne au liquide céphalo-rachidien un pouvoir supérieur : celui de transmetteur/répartiteur du Souffle de Vie :

Il y a une raison à l'élaboration continue de théories relatives aux processus impliqués. S'il peut exister aujourd'hui autant de théories à propos de la méthode de formation du liquide céphalo-rachidien et du concept d'un équilibre dialysé avec le plasma sanguin, c'est parce que ce 'Souffle de Vie' invisible est omis. J'ai souvent attiré l'attention sur le fait que je ne me réfère pas au 'souffle de l'air', que je considère comme l'un des éléments matériels utilisés par le Souffle de Vie lors du séjour de l'homme sur la terre.

Reconnaître que la puissance suprême du Souffle de Vie est l'étincelle déclenchant l'activité involontaire m'a permis d'interpréter mon hypothèse<sup>9</sup> relative au mécanisme respiratoire primaire. Lorsque vous utiliserez votre propre crâne comme 'cobaye' pour effectuer vos expériences personnelles, comme je l'ai fait il y a plusieurs années, vous comprendrez peut-être que l'activité involontaire est déclenchée par le Souffle de Vie. Quel que soit le nom que vous lui donniez, c'est le 'quelque chose' qui lance le mouvement d'une certaine forme de dissipation d'énergie qui doit provenir de quelque part (pour reprendre vos propos) (Sutherland, 1971-1998, 142).

Ces différentes hypothèses peuvent se discuter. Mais ce n'est pas le sujet de la présente section qui se proposait seulement de détailler les éléments invoqués par nos anciens pour tenter d'expliquer l'action de la compression du quatrième ventricule. La partie question/réponses traitera cette discussion.

## *Mon expérience avec la compression du quatrième ventricule*

Très tôt dans notre apprentissage de l'ostéopathie crânienne, nos maîtres américains (Viola Frymann et Tom Schooley) et français (Francis Peyralade et René Quéguiner) nous ont appris la technique de compression du quatrième ventricule, insistant sur son importance, son universalité et son efficacité. Or, sa mise en pratique donna pour moi des résultats tout à fait incertains : parfois, elle « fonctionnait » comme décrit dans les propos de Viola Frymann et les écrits de Harold Magoun, provoquant de grands relâchements dans les structures corporelles des patients et de grands changements dans leur état clinique. D'autres fois (je devrais dire le plus souvent...) il semblait ne rien se passer et j'avais l'impression de perdre mon temps. Pourtant, je la mettais en œuvre chez tous les patients aussi scrupuleusement qu'elle m'avait été décrite. Pour expliquer ces différences, j'ai d'abord supposé que la technique ne s'appliquait pas forcément à tout le monde et que certains patients étaient réfractaires. Mais je suis bien vite aperçu que pour une même personne, elle pouvait ne pas fonctionner un jour et être efficace un autre jour... Par ailleurs, cette hypothèse ne correspondait pas du tout à l'universalité supposée de la technique. Dans le doute, j'interrogeais mes congénères, apprentis ostéopathes. De ces sondages, se dégagèrent schématiquement trois groupes. À une extrémité, quelques inconditionnels pour qui la compression « fonctionnait » quasiment à tout coup, qui la trouvaient « miraculeuse » et, de ce fait, la pratiquaient très fréquemment au cours de leurs séances. À l'autre extrémité, des réfractaires qui ne la pratiquaient jamais, parce qu'ils ne notaient pas de changements intéressants en l'utilisant et avaient l'impression de perdre leur temps. Entre les deux extrêmes, ceux dont je faisais partie, pour qui la technique fonctionnait de manière intermittente, sans qu'ils puissent dire pourquoi.

### **Une clé : la présence...**

La solution vint pour moi lorsque, explorant l'utilisation des paramètres subjectifs, comme que je le décris dans *Disciples de Colomb* (Tricot, 2003, 17-31), je pris conscience de l'importance de la qualité de la présence dans le déroulement de mes techniques. Je découvris alors qu'en étant

<sup>9</sup> C'est à nouveau moi qui souligne...



bien **présent** à ce que je faisais, le déroulement de la compression se rapprochait beaucoup de ce qu'avaient décrit nos maîtres américains. Une véritable révélation. Dans un premier temps, j'éprouvais une grande joie, de la jubilation même, à appliquer cette technique et à la « sentir » fonctionner sous mes doigts, pour le plus grand bien des patients.

### Et une difficulté : le doute

Mais, rapidement, vint le doute. Il ne concernait pas la technique elle-même – l'expérience régulière que j'en faisais me satisfaisait trop pour laisser place au doute – mais les raisons avancées par nos maîtres pour expliquer son fonctionnement. En effet, dans la description de la technique, l'attention est particulièrement focalisée sur la mise en place physique et les conséquences anatomo-physiologiques qui en découlent, dont sont déduits les mécanismes d'action supposés de la technique. Or, si ce sont réellement des raisons physiques et anatomo-physiologiques qui expliquent comment et pourquoi elle fonctionne, pourquoi ne fonctionne-t-elle pas uniformément chez tout le monde : les lois de la physique, l'anatomie et la physiologie ne sont-elles pas les mêmes pour tous ? Et pourquoi la qualité de la présence du praticien (qui n'a rien de physique et, selon les normes en vigueur, peu à voir avec la physiologie), change-t-elle quelque chose à son déroulement ?

Or, « *Le doute peut se comparer à un petit ver qui s'introduit dans un morceau de bois et le dévore de l'intérieur. Le doute se développe en dévorant la logique préexistante qui l'entoure. Le doute mobilise l'entropie du système, amorçant une réaction en chaîne qui est lente mais dont les effets n'en sont pas moins dévastateurs, et qui peut produire des changements dans le système entier.* » (Watzlawick, 1993, 96). Oui, changement, je devrais plutôt dire bouleversement dans l'édifice conceptuel tout entier. C'est bien ce qui se produisait concernant la logique de l'interprétation de l'action de la compression et finalement de tout le concept crânien...

Certes, mon édifice conceptuel n'était pas sans failles. Dès l'origine, certaines affirmations telles la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et son pouvoir guérisseur ne m'avaient pas convaincu, ni dans la théorie, ni dans la pratique. Je les acceptais, faute de mieux, n'ayant rien d'autre à proposer en échange, et aussi, parce qu'elles étaient présentées par des personnes dont le savoir, l'intégrité, les qualités humaines et ostéopathiques étaient évidentes, ce qui me les faisait considérer comme des autorités. Au doute, s'ajouta alors une sensation de mal-être, voire de culpabilité : était-il concevable qu'un jeune blanc bec à l'expérience quasi nulle, à la palpation plus qu'incertaine et au savoir fort limité, ose mettre en doute leurs propos ? Pourtant, l'expérience journalièrement répétée, ne cessait d'objecter : c'est la qualité de la présence, plus que tout le reste qui fait fonctionner cette technique (et bien d'autres aussi, d'ailleurs). Ainsi, au fond de moi je continuais de douter, mais je gardais ce doute quasiment secret, osant tout juste en parler à mes proches amis ostéopathes et surtout pas à mes professeurs.

### Enfin, la libération

Ce qui m'a libéré de cet état, c'est le travail sur les textes fondateurs, notamment les traductions de Still, Sutherland et Becker. Ce travail m'a fait comprendre qu'ils étaient pionniers, **explorateurs** de nouveaux chemins. Ils y ont consacré leur vie entière. Or la lecture de leurs textes, 50 ou 100 ans plus tard efface presque complètement le facteur *durée*. Elle condense en quelques heures le résultat d'années d'expérimentations, d'essais, d'études, etc. Il nous est difficile d'imaginer le nombre d'heures passées par Sutherland à étudier l'anatomie du crâne et du système nerveux, à disséquer, à réfléchir, à rechercher dans les textes, à tester, mettre en pratique, échouer, recommencer, etc. À force d'étude, de recherches, d'explorations et d'essais, ces grands praticiens se sont totalement **investis, immergés** dans leur sujet. Ils étaient naturellement présents à ce qu'ils vivaient, tellement qu'ils n'en discernaient pas l'importance et ne le mentionnaient donc pas. Cela faisait partie d'eux.

Effectivement, *a posteriori*, lorsque je me rappelais Viola Frymann ou Tom Schooley au travail, la qualité de leur présence était évidente. Mais s'ils le vivaient, ils n'en parlaient quasiment pas. Je n'ai jamais rencontré Magoun, mais ses textes (les seuls dont nous disposions à l'époque sur le

sujet), n'évoquent pas la présence. Je n'ai pas non plus connu Sutherland, mais ce que j'ai lu et traduit de lui ultérieurement laisse penser qu'il était très présent à ce qu'il faisait, même s'il ne l'exprime pas explicitement. Il m'a fallu lire et traduire Becker pour voir formellement évoquée la présence :

Lorsque vous administrez un traitement, vous ne pouvez pas penser à la partie de golf que vous jouerez la semaine suivante. Vous devez vous concentrer et ressentir ce qui se passe au sein de cette dynamique du fluide lorsque vous travaillez avec elle et l'utilisez intelligemment. Elle est dotée d'intelligence. Joignez-y la vôtre et conduisez-la pendant le programme de traitement avec une perception consciente. Cela rend la correction beaucoup plus sûre pour le patient et évite des réactions (Becker, 1997, 105).

Par ailleurs, l'écrit, naturellement, fige ce qu'il relate, comme un instantané photographique. Ainsi, nous retenons l'image fixe, oubliant que la vie est mouvements et changements perpétuels. Il nous est donc difficile d'imaginer que nos précurseurs traçaient une route, non reconnue, non balisée et qu'ils pouvaient, en conséquence se tromper dans leurs interprétations.

L'apprentissage de la science ostéopathique ne se fait pas selon des directions précises ; c'est un chemin d'expériences, une voie d'évolution. En développant ma pratique, je me suis fourvoyé dans toutes les impasses possibles et imaginables. J'ai lutté de nombreuses fois pour retourner sur la route principale, pour finalement découvrir que j'étais dans une autre impasse. J'ai fait toutes les erreurs possibles, et j'en ferai certainement d'autres avant d'en avoir terminé (Becker, 1997, 219).

Ce qu'ils relatent, ce sont avant tout leurs expériences. Chronologiquement, l'expérience c'est-à-dire l'écoute de ce qu'il se passe chez le patient vient en premier. Les tentatives d'explication et de compréhension, viennent en second. Par rapport à eux, nous faisons le chemin inverse : nous sommes plus présents à notre savoir où à ce qu'a dit ou écrit tel auteur qu'à notre patient... Nous prenons ce qu'ils ont écrit et le projetons dans notre patient, oubliant de nous mettre en véritable relation avec lui, de le laisser dire ce qu'ils a à dire, bref, de l'écouter.

De plus, nous oublions que la plupart d'entre eux n'étaient pas des universitaires au savoir encyclopédique, mais des praticiens de terrain, autodidactes, curieux et pragmatiques. Ainsi, les hypothèses qu'ils ont échafaudées pour tenter d'expliquer leurs expériences témoignent des limites de leur savoir et de leurs empreintes philosophiques, spirituelles, culturelles et finalement humaines. À cause du respect (justifié) qu'ils nous inspirent nous ne nous autorisons pas à mettre en doute ce qu'ils ont écrit et nous considérons leurs conclusions comme définitives, oubliant que rien n'était figé, mais au contraire en formation, en développement. Nous figeons en dogmes ce qu'ils considéraient comme hypothèses.

Le Dr Sutherland, lui-même, lucide jusqu'aux derniers jours de sa vie, apprenait encore la science de l'ostéopathie, développant de meilleurs moyens pour y accéder. C'est un beau voyage (Becker, 1997, 219).

Ainsi, s'il convient de respecter leur chemin, leurs découvertes, leurs expériences, leur être, il est tout à fait permis, je dirais même nécessaire – non, **indispensable** – de douter de certaines conclusions, dans le but d'aller plus loin, de « *soulever un voile pour obtenir une vision plus vaste.* » (Sutherland, 2002, 108). C'est ce que je me propose de faire maintenant.

## La compression occipitale : de la présence à la conscience

---

### *Pourquoi compression occipitale ?*

Deux raisons essentielles m'ont conduit à changer le nom de la technique. La première tient au fait que le nom *compression du quatrième ventricule* correspond à une entité bien définie et bien décrite. Conserver le même nom, alors que la manière dont je pratique la technique aujourd'hui diffère par bien des points de ce qui a été transmis, impose un changement de nom, par honnêteté pour nos précurseurs et afin d'éviter amalgames et confusions.

La seconde raison vient de la mise en doute des arguments données pour expliquer le fonctionnement de la compression du quatrième ventricule. En effet, la seule chose dont je sois vraiment certain aujourd'hui lorsque je la pratique, c'est de comprimer l'occiput. D'où le nom *compression occipitale*.

## *Comment je la vis aujourd'hui : mise en place et réalisation*

Si je commence l'exposé sur la compression occipitale par la manière dont je la vis aujourd'hui, c'est qu'elle est issue de l'expérience apportée par son utilisation journalière, mise en relation avec ce qu'ont tenté de nous transmettre nos maîtres en ostéopathie et avec mon développement personnel, philosophique et spirituel, au contact d'autres sources. Bien plus qu'une *technique* aux paramètres figés, la compression occipitale est pour moi, aujourd'hui, une *expérience* à chaque fois renouvelée.

### **Mise en place**

La mise en place ressemble beaucoup à celle de la compression du quatrième ventricule. Patient allongé sur le dos, praticien assis à sa tête. Un espace suffisant doit être ménagé entre la tête du patient et le bord de la table pour que le praticien puisse y reposer confortablement avant-bras et coudes.

Les mains du praticien sont posées croisées perpendiculairement, afin de former avec les éminences thénar deux appuis séparés de quelques centimètres sur lesquels vient reposer l'occiput du patient. Étant donné que la technique peut durer longtemps, le confort du patient comme celui du praticien sont essentiels. La qualité du contact mains/crâne est donc primordiale. Ainsi, précisons que l'appui du crâne du patient se fait sur la masse musculaire thénarienne et non sur les métacarpiens, comme je le vois souvent faire en séminaire. Un mauvais appui devient très vite inconfortable pour le patient et intolérable pour le praticien. Le crâne du patient vient maintenant reposer sur les mains du praticien, inion entre les deux éminences thénar. Il importe que le patient relâche sa nuque.



*Compression occipitale :  
position des mains du praticien*



*Compression occipitale :  
placement du crâne du patient*

### **Points d'appui, mise en place des leviers**

**Trois points d'appui secondaires** sont fournis par les mains réunies en avant et au centre et les coudes en arrière. Le point d'appui des coudes est important : parallèlement à l'enracinement, l'augmentation de l'appui dans les coudes est un système que j'utilise aujourd'hui fréquemment pour rejoindre la densité des tissus du patient et me syntoniser avec eux.

**Le point d'appui principal** est reporté au niveau de l'assise du praticien. Il importe vraiment que l'opérateur prenne conscience de ces points d'appui et utilise le plus possible son assise comme fulcrum offert au patient pour la libération des rétentions. C'est ainsi qu'il obtiendra la puissance dont il a besoin avec le moins d'efforts possible. Le temps d'enracinement lors de la mise en place des paramètres subjectifs est pour cela très utile.



*Compression occipitale : placement du praticien et points d'appuis*

## **Paramètres subjectifs**

Le praticien prend le temps d'assurer son centrage, point d'harmonie entre enracinement (ressentir la pesanteur dans le bassin et les autres appuis) et lâcher prise dans la relation du couple praticien/patient.

**L'attention**, c'est la présence à quelque chose ou à quelqu'un. Cette technique étant envisagée comme s'adressant à l'ensemble du système corporel, il est logique d'englober tout le corps dans le champ d'attention et donc de perception. Pendant longtemps, j'ai ainsi mis en oeuvre la présence pour cette technique. Puis, le développement du modèle de la conscience (Tricot, 2003, 69-80 & Tricot, 2005, 35-56) a fait évoluer ma manière de gérer l'attention. Le concept d'inclusion ou d'englobement demeure valide, mais aujourd'hui, plus qu'inclure, il s'agit pour moi de *rejoindre* les consciences du système corporel du patient. Pour faire cela, l'être praticien se projette dans « l'espace entre »<sup>10</sup> du système corporel de son patient. Cela est possible à *Je*, conscience, parce que la nature immatérielle de la conscience fait qu'elle n'est pas tributaire des règles ou *canons* imposés par l'organisation des matières physiques.

Il s'agit pour l'être d'**infiltrer**, d'**investir** le système corporel de son patient. D'*infiltrer*, le dictionnaire donne plusieurs définitions, dont celle-ci : *passage lent d'un liquide à travers les interstices d'un corps*. Nous pourrions transposer en disant qu'il s'agit du passage de la conscience à travers les interstices de la matière physique (qui, rappelons-le, est essentiellement faite d'espace). *Infiltrer* a quasiment le même sens, mais le dictionnaire attache à chacun de ces mots des connotations péjoratives dont beaucoup ont du mal à se défaire. J'ai donc cherché d'autres mots ayant le même sens, sans être péjoratifs, mais je n'ai rien trouvé de vraiment satisfaisant. Nous utiliserons donc indifféremment l'un de ces deux termes avec l'idée que l'être praticien cherche à *rejoindre* les consciences corporelles de son patient pour les aider à résoudre leurs difficultés.

**L'intention** (ce que désire faire le praticien) peut se diviser en plusieurs cycles : l'intention globale est de se synchroniser avec les paramètres objectifs de la structure occipitale, d'offrir un point d'appui à l'ensemble du système corporel, lui opposant un référentiel mécanique permettant aux zones de rétention qui peuvent le faire de se libérer, quelle que soit leur localisation dans le corps.

Des cycles d'intention plus précis permettent de réaliser progressivement la technique en focalisant sur la synchronisation avec la densité, puis avec la tension, puis avec le mouvement de la structure occipitale lorsqu'elle manifeste la libération, et d'adapter ces paramètres aux changements intervenant dans le contact tissulaire.

<sup>10</sup> **Espace entre** : Avec notre système sensoriel, nous expérimentons la matière, comme solide et impénétrable. Pourtant, le physicien nous la décrit comme faite d'espace et de mouvement. Ainsi, si le corps physique ne peut pénétrer la matière, l'être, lui, qui n'est pas soumis aux mêmes contingences, le peut. Sutherland le pressentait, le vivait même, et l'exprimait à sa manière : « *Aujourd'hui les scientifiques regardent l'espace et nous entendons parler de théories atomiques et de physique nucléaire. Espace. Chacun essaie de regarder entre les lignes d'une petite chose avec un microscope très puissant. Avez-vous vu l'espace entre les lignes que vous pouvez trouver ? Espace. Pensez-vous que vous pouvez trouver quelque espace entre les lignes de ce tissu fascial ? Le fasciae lui-même, blanc, de forme inélastique ? Oui, vous pourrez trouver l'espace entre, si vous avez la capacité de regarder entre. Un microscope assez puissant pour voir l'espace entre.* » (Sutherland, 1998, 295).

## Paramètres objectifs

Présent et attentif, laisser le temps au crâne et aux mains de s'ajuster réciproquement. Ce temps est capital. Il conditionne la bonne marche de la suite de la technique : nous cherchons ce que la structure désire nous confier, nous ne désirons pas nous imposer à elle. Contrairement à ce qui est classiquement décrit dans la compression du quatrième ventricule, je ne cherche pas à mettre l'occiput en extension. Il s'y met tout seul si présence, attention et intention sont bien établies et il suffit de suivre sa demande. Si par hasard sa demande est autre, il faut la suivre, quelle qu'elle soit.

**La mise en place de la densité** se fait **très** progressivement en comprimant **très** lentement l'occiput dans sa structure, par rapprochement des deux contacts. Ce ne sont pas les mains seules qui agissent mais également les avant-bras (à partir de l'appui des coudes), le tout centré à partir du bassin du praticien qui va en même temps dans l'enracinement, et surtout, en analysant la réponse spontanée de la structure osseuse sous la pression et en la suivant là où elle désire aller. Rappelons ici l'image du bateau que l'on pousse sur l'eau et qui répond d'autant plus lentement que son inertie est importante, tout en se dirigeant selon la direction de son gouvernail, et non selon la direction de la poussée (Tricot, 2003, 115).

La tension est mise en place en même temps, grâce à une légère contraction isométrique des muscles intrinsèques des mains, en resserrant les doigts les uns contre les autres.

Le mouvement est suivi vers la plus grande densité possible, tout en accompagnant la structure tissulaire. **La perception d'une plasticité indique la justesse de ces paramètres.**

## Réalisation de la technique

**Les tissus se mettent globalement en mouvement**, indiquant la libération d'énergie. Rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas des mouvements considérés comme physiologiques dans l'approche crânienne classique (flexion/extension et rotation externe/interne). Le praticien ne cherche pas à les analyser. Il suit, cherchant seulement à permettre la libération de l'énergie dans le mouvement. Il s'agit de mouvements intra-tissulaires, lents, lourds, pesants. En même temps que de l'énergie se libère, les paramètres objectifs se modifient et le praticien doit, lui aussi, modifier ses paramètres pour rester synchronisé à ceux du crâne.

**La projection de l'attention** de l'être praticien dans les consciences corporelles du patient (l'infiltration) génère des perceptions. Dans le premier ouvrage sur l'approche tissulaire, je raconte (Tricot, 2003, 256-258) comment j'ai, un jour, brusquement pris conscience de la perception de l'être : en projetant mon attention dans l'espace corporel de mon patient, je percevais (les yeux fermés) des zones sombres et des zones claires. La *projection de l'être* évoquée pour définir l'attention a pris alors tout son sens pour comprendre la perception, notamment la perception de l'être.

En plaçant son attention sur telle ou telle partie du corps du patient, *Je* (le praticien) se projette dans son espace corporel. Les yeux étant fermés, la perception sensorielle visuelle ne peut fonctionner de manière habituelle. C'est une autre perception qui intervient, celle de la conscience, de l'être, de *Je*. En se projetant ainsi, la conscience peut ou non rencontrer des résistances, voire même des obstacles, à sa progression. *Je*, ressent le freinage imposé par la résistance à sa progression dans l'espace qu'il tente d'investir, ce qui crée pour lui une perception.

Le modèle est le suivant : lorsque *Je* en se projetant ne rencontre rien, il ne perçoit rien. S'il rencontre d'autres consciences en bon état de vie, il perçoit de la clarté (il s'agit ici de mon référentiel de perception personnel qui peut être différent d'un être à un autre). Lorsque, au contraire, *Je* rencontre d'autres consciences en *hypo-vie*, il perçoit du sombre. Mais en même temps, se projetant, lui, conscience vivante, sur ces structures en hypo-communication ou en refus, il leur apporte la vie, les met en connexion avec le *Souffle de Vie* dont parle Sutherland, ce qui les fait changer, provoque chez elles une réaction, perceptible sous forme de mouvement : la cellule convertit la communication en mouvement (Tricot, 2003, 123).

Pour simplifier, disons que la projection de l'être praticien dans la structure corporelle de son pa-

tient provoque deux phénomènes.

– **Le freinage de *Je* praticien dans sa progression** au sein de l'*espace-entre* des tissus de son patient qui génère pour *Je* des perceptions d'être pouvant varier selon son référentiel perceptif. Ces informations sont de nature subjective (perception de l'être).

– **Une réaction des consciences tissulaires** du patient qui, touchées par le flux d'attention de *Je* le praticien, réagissent, donnant une réponse tissulaire perceptible au système corporel du praticien (ses mains), lui procurant une information de nature objective (perception corporelle).

Depuis sa mise au point, j'utilise ce modèle dans mon travail journalier. Il m'est d'une grande aide. Cependant, à l'usage, certaines remarques et réflexions ont émergé :

**Remarque 1.** Ce système ne fonctionne que si je n'utilise pas d'artifice, notamment celui de la création d'images. En effet, si au lieu de simplement me projeter dans l'espace corporel du patient je projette une image, une représentation de l'organe ou de la région anatomique, je travaille avec l'image projetée au lieu de travailler avec les consciences locales. Les informations obtenues sont très différentes, les résultats aussi.

**Remarque 2.** En comparant mes perceptions dans l'expérience décrite ci-dessus, avec celles d'autres praticiens, je me suis rendu compte que dans les mêmes conditions d'expérience, nous ne percevons pas tous la même chose. La diversité est même l'élément dominant, allant de celui qui ne perçoit que du noir, à celui qui perçoit des images, des couleurs, des formes géométriques, des espaces, etc. Dans la pédagogie de la perception, il convient de tenir compte de ces particularités et de consacrer un temps important à la reconnaissance et au développement d'un référentiel perceptif personnel.

**Remarque 3.** Enfin, je me suis aperçu que ce type d'activité, pouvait générer une grande fatigue, particulièrement lorsque je tentais de l'accomplir sans être présent et convenablement centré. Je me suis demandé ce que cela changeait. J'ai interprété le centrage (enracinement et lâcher prise), comme l'action de se relier à d'autres niveaux de conscience supérieurs ou englobants, le praticien n'étant plus la source de l'énergie vitale mais le simple transmetteur d'une énergie de vie qui ne lui appartient pas<sup>11</sup>. Je le considère volontiers comme le *Souffle de Vie* dont parle Sutherland et qui nous centre tous :

Étant donné que toutes les manifestations matérielles – l'homme, l'environnement et ses relations avec ses congénères humains – sont centrées par le même Souffle de Vie, amenant tous les éléments de sa vie à cet espace central, le Souffle de Vie permet à un nouvel équilibre conçu pour la perfection, de se manifester.

Au sein de chaque individu et de son environnement se trouve la capacité de se centrer sur ce centre commun, ou si ça lui est nécessaire, de chercher de l'aide auprès d'autres individus (le praticien) ; le praticien a la possibilité de centrer le patient parce que c'est le même Souffle de Vie qui centre toute vie (Becker, 2000, 200).

Le modèle utilisé permet de comprendre que la perception d'un être provient de manière privilégiée de l'endroit de l'espace qu'il a circonscrit et dans lequel il place son attention (qu'il occupe donc). L'attention étant considérée comme projection de la conscience, là où est mon attention, *Je* suis. C'est donc en contrôlant son attention que *Je* pourra contrôler sa perception.

Là où est mon attention *Je* suis.

Cela nous permet aussi de comprendre à quel point le *nettoyage* de notre propre système corporel est important. En effet, même si *Je* désire être présent à son environnement, il est tiraillé par une multitude de consciences venant de son « dedans » qui, malgré lui, accaparent son attention. Toutes les *particules d'attention* de *Je* le praticien qui sont accaparées par ses consciences internes, non seulement ne sont pas disponibles à l'extérieur, mais de plus, lui procurent des perceptions *parasites* qui n'ont rien à voir avec le problème du patient et sont sources potentielles d'erreurs dans l'interprétation des perceptions.

### Cycles successifs

La technique se déroule en cycles successifs. La structure occipitale se met en mouvement, les

<sup>11</sup> Voir à ce sujet le récent article publié sur le site Internet de l'approche tissulaire et appelé : *Partenaire Silencieux et approche tissulaire*.

deux mains bougeant de manière indépendante, puis revient à une position neutre et équilibrée et s'arrête dans un still-point qui peut durer. Le praticien demeure avec les tissus occipitaux, en attente et présent, attention focalisée sur l'ensemble corporel, jusqu'à la perception d'une lente expansion occipitale, souvent accompagnée d'une sensation de chaleur et de ramollissement, indiquant une remise en communication tissulaire et la fin d'un cycle de libération. Après cette phase d'expansion, il tente d'initier un nouveau cycle de libération en recherchant de nouvelles densité et tension et en projetant à nouveau son attention dans le système corporel de son patient. En général, le mouvement tissulaire reprend, souvent différent, indiquant qu'une nouvelle libération se produit. Ainsi, lors de cette technique, les cycles se succèdent et peuvent être nombreux. L'intention est d'en réaliser le plus possible, chacun d'eux manifestant la libération de rétentions corporelles. Il n'est pas toujours possible de localiser dans le système corporel où se situe la rétention qui se libère dans le mouvement occipital. Avec l'habitude, les perceptions objectives et subjectives se préciseront, permettant au praticien de focaliser son attention sur la région d'où il pense (ou perçoit) que la charge se libère.

#### **Phénomène final**

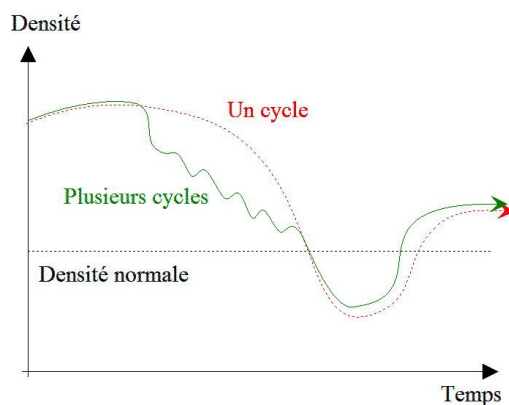
La fin de la technique est marquée par un changement important dans la perception de la densité et la tension de la structure occipitale, qui semble soudain se ramollir plus fortement, avec, généralement, sensation d'une grande chaleur locale au niveau du contact. Le patient inspire profondément (et parfois le praticien...). Après cela, toute tentative pour reprendre un cycle de libération, comme indiqué plus haut, ne donne rien. La structure, ressentie comme molle et chaude, ne se remet pas en mouvement. S'il attend, le praticien finit par percevoir l'expansion/rétraction physiologique du système. La technique est terminée.

#### **Remarques importantes**

**Plusieurs still-points** peuvent se succéder tant dans la phase compressive que dans la phase expansive. Dans la phase compressive, les tissus peuvent marquer des temps d'arrêt suivis d'une reprise allant toujours dans le sens de la compression. Il faut suivre. L'expansion qui suit un still-point peut elle aussi s'effectuer par paliers successifs, chacun de ces paliers étant marqué par un still-point suivi d'une nouvelle expansion...

**Arrêts en contrainte** : certains arrêts des tissus peuvent faire croire à un still-point mais ne correspondent pas à une phase de résolution. Ils ne se produisent pas après un retour au neutre, mais dans des positions de contrainte. Pour que la structure reparte dans son processus de libération, il peut être nécessaire de la solliciter en la poussant un peu plus dans sa densité. Il est également important de chercher où se localise la rétention qui résiste et de focaliser son attention dessus. Souvent, ce sont les perceptions de l'être qui permettront de la localiser, parfois l'intuition, parfois le fait de demander (mentalement), attention sur/dans le système corporel du patient, là où se situe la rétention. Lorsque les tissus sont vraiment bloqués en contrainte, les aides habituelles de l'approche tissulaire peuvent être utilisées : apnée expiratoire, incitation au refus, dialogue tissulaire (Tricot, 2005, 160 et suivantes).

**Les cycles successifs** : j'insiste sur le fait que contrairement à ce que laissent supposer les différentes descriptions de la compression du quatrième ventricule, la libération n'intervient pas d'un seul coup, mais progressivement, par cycles successifs. Il en est d'ailleurs ainsi pour quasiment toutes les techniques tissulaires.



*Déroulement de la compression occipitale par cycles successifs*

En s'améliorant, le savoir faire et le savoir être du praticien le rendront capable d'induire de plus en plus de cycles successifs et donc d'aller plus loin dans la libération des rétentions dans le système, à partir de la seule compression occipitale. Toutefois, même si le praticien ne possède pas encore l'expertise lui permettant d'aller aussi loin qu'il pourrait, il est important d'arrêter la technique entre deux cycles de libération et non pas en cours de cycle (arrêt en contrainte, ou structure en mouvement). Une des raisons majeures des réactions intempestives suivant cette technique vient du fait qu'ignorant le concept de libérations par cycles successifs, les praticiens arrêtent la technique alors qu'une libération est en cours. Des flux énergétiques et de l'information sont mobilisés sans atteindre la résolution, et le système a beaucoup de mal à les gérer.

### **Après la compression**

Après la compression occipitale, il est impératif de réharmoniser le système par le crâne/bassin/crâne tel que décrit dans le livre 1 d'approche tissulaire (Tricot, 2003, 152-154). Si, comme nous l'interprétons, la compression occipitale permet la libération de nombreuses zones de rétention mineures disséminées dans le système corporel, il est capital d'aider le système à adapter les changements induits par ces libérations, ce que réalise le crâne/bassin/crâne, en le recentrant sur l'axe dure-mérien. Après compression occipitale, les mouvements tissulaires se produisant tant au crâne qu'au bassin laissent d'ailleurs penser que cette pratique n'est pas superflue.

L'absence de cette réharmonisation dans l'approche classique, et la méconnaissance du phénomène de cycles de libérations successifs explique, à mes yeux, une bonne partie des réactions intempestives suivant une compression du quatrième ventricule, qui ont conduit nombre de praticiens et d'enseignants à décréter des contre-indications à la technique tout à fait discutables. *A contrario*, le respect des cycles successifs de libération et la pratique systématique du crâne/bassin/crâne après la compression occipitale rend la technique réalisable dans presque tous les cas de figure, sans conséquence fâcheuse pour le patient.

## **Questions/réponses**

**Q :** À partir du moment où la technique fonctionne en ajoutant la présence à ce qui est proposé par les anciens, est-il vraiment essentiel voire même nécessaire de mettre en doute leurs hypothèses ? Ne suffit-il pas de mettre en place les éléments qui la font fonctionner et de se contenter d'assister à sa réalisation ?

**R :** Oui, on pourrait peut-être, mais une fois le ver dans le fruit, c'est-à-dire le doute installé, cela n'est guère envisageable. La raison ne saurait se satisfaire de ce doute. Elle a besoin de comprendre... Votre question est importante à deux niveaux : celui de la réalisation de la technique et celui de notre relation avec d'autres personnes (notamment non ostéopathes).

Pour moi, la réalisation de la technique est indissociable de l'interprétation que j'en fais. C'est une

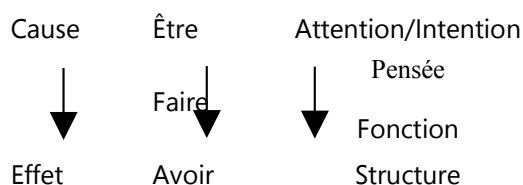


question de modélisation et de cohérence par rapport au modèle. Nos moyens ne nous permettant pas de saisir le complexe, nous créons des représentations simplificatrices – des modèles – qui nous permettent d'en comprendre au moins une partie. Mais comme le dit Korzybski « *une carte n'est pas le territoire qu'elle représente* » (Korzybski 1951, 17). Elle n'en représente au mieux qu'une partie ; toute la richesse des détails est absente (Tricot, 2003, 23-31). Un modèle n'est donc jamais totalement véridique, mais il fonctionne grâce à la partie qui approche au plus près la vérité. Ainsi, plus un modèle se rapproche de la réalité qu'il tente de décrire, plus il a de chances d'être performant. Mettre en cause la modélisation proposée par les anciens n'a pas d'autre objectif que d'établir une compréhension plus cohérente qui, lors de la mise en pratique, a des chances de mieux fonctionner. Par rapport aux connaissances actuelles, le modèle proposé par les anciens concernant la compression du quatrième ventricule me semble devoir être revu : il est par trop approximatif et présente des failles de logique. Mais, sur le plan pratique, il ne suffit pas de mettre en doute une hypothèse, encore faut-il, pour être constructif, lui trouver un substitut dont la cohérence soit plus satisfaisante. C'est ce que nous essayons de faire.

Notre modèle repose sur la conscience tissulaire. Voilà un élément nouveau, non pas par rapport à ce que nous tentons de modéliser – la conscience a toujours existé –, mais par rapport aux hypothèses formulées par les premiers ostéopathes crâniens. Il me semble donc indispensable que le *modus operandi* tienne compte de cette nouveauté et l'utilise au mieux, notamment parce que nous développons l'idée d'une relation de consciences dans laquelle l'attention est définie comme projection de la conscience. En se projetant, la conscience (ici celle du praticien) emmène avec elle concepts, croyances et... limites et c'est à ces croyances et concepts que réagissent les consciences corporelles du patient (Cf. expériences sur les ballons). Le praticien se doit donc d'améliorer ses concepts et de repousser ses limites. Ainsi, en projetant avec lui un concept clair de ce qu'il cherche à obtenir, a-t-il plus de chances de recevoir des réponses tissulaires en concordance.

Quant à la manière dont nous rendons compte de ce que nous faisons, il me semble crucial de trouver des niveaux de réalité sur lesquels puissent s'accorder les gens avec qui nous discutons. Or, les hypothèses émises quant au rôle du liquide céphalo-rachidien ne tiennent pas aujourd'hui, au regard de ce qui est connu le concernant. Pour « faire scientifique », il fallait trouver une explication « matérialiste » (anatomique et physiologique) à l'action de la compression. Il a fallu pour cela désigner un *via* (le liquide céphalo-rachidien) et *inventer* pour lui des propriétés qui ne sont aujourd'hui pas reconnues. Ainsi, les hypothèses émises posent-elles finalement beaucoup plus de problèmes qu'elles n'en résolvent. Cela ne signifie pas forcément qu'elles soient fausses, mais comme rien dans ce qui est connu aujourd'hui ne permet de les avérer, il vaut mieux se tourner vers d'autres explications.

Un des inconvénients majeurs de l'hypothèse proposée par rapport au liquide céphalo-rachidien tient à sa cohérence, mise en défaut par une rupture au sein de sa logique. En effet, au regard du **modèle cause-effet** (si cher aux ostéopathes), elle mélange les trois niveaux logiques que sont **être, faire et avoir**. En mettant l'attention sur le *faire* et l'*avoir* sans avoir conscience d'*être*, on mélange les trois niveaux et on inclut l'*être* dans les deux autres niveaux logiques, ce qui est incohérent et conduit à des difficultés dans la gestion du modèle. En partant de l'*être*, au contraire (ce que fait le modèle de la conscience), les niveaux logiques se réorganisent, *faire* et *avoir* reprenant leur place, incluse dans l'*être* qui les génère et les contrôle. Et du coup, compréhension, perception et contrôle du vivant s'améliorent, comme par miracle.



*Schéma du modèle cause/effet*

Ignorant le niveau de l'être (la conscience), on a cherché à tout expliquer en se référant seulement au domaine matériel, celui de l'avoir. Ainsi, ce qui est avancé pour expliquer le fonctionnement de la technique (notamment la compression ventriculaire et la diffusion du liquide céphalo-rachidien à qui on assigne un pouvoir magique) est non seulement hypothétique, mais discutable. C'est une tentative d'interprétation de ce qui est ressenti par le praticien et de ce qui se passe chez le patient, se fondant sur des connaissances anatomo-physiologiques, qui ne valident justement pas l'interprétation... Comme le dit Rollin Becker, « *Une des tragédies de la vie est le meurtre d'une belle théorie par une série brutale de faits.* » (Becker, 1997, 26).

C'est également cette erreur logique qui a conduit à accorder au liquide céphalo-rachidien (niveau de l'avoir) des pouvoirs qu'il n'a probablement pas et que la compréhension des phénomènes reliés à la conscience et à la communication du vivant (niveau de l'être) permet d'expliquer plus logiquement. Pour combler le vide laissé par l'incohérence logique, on a recouru à la pensée magique, accordant au liquide céphalo-rachidien un pouvoir de transmutation qu'en tant que substance matérielle, il ne saurait posséder. Seul l'être, ou la conscience, peut accomplir ce que Sutherland appelle *transmutation* et que nous nommons *conversion* (transformation dans une rétention du refus en acceptation). Lorsqu'on regarde les choses en y mettant la conscience, transmutation ou conversion deviennent cohérentes : c'est la conscience qui a décidé de ne pas communiquer, créant une rétention, et c'est elle qui décide de se remettre en communication, dissipant la rétention et ses effets délétères. Bien sûr, on ne voit pas la conscience, on ne voit que les effets (matériels). Elle œuvre à un autre niveau logique, de causalité supérieure (plus haut situé dans le cône), celui de l'être, de la présence, de l'attention et de l'intention, celui du Souffle de Vie.

**Q :** Vous dites que le modèle présenté par les premiers ostéopathes pour expliquer l'action de la compression du quatrième ventricule présente des failles de logique. Ils se projetaient donc dans les tissus de leurs patients avec ces failles. Comment expliquez-vous alors qu'ils soient parvenus à faire fonctionner la technique ?

**R :** Les failles de logique sont dans la recherche argumentaire visant à expliquer le fonctionnement de la technique, mais au moment de sa réalisation, ils étaient très présents aux tissus de leurs patients (attention), désiraient faire quelque chose et obtenir un résultat (intention) et étaient très attentifs à ce qui se passait sous leurs mains. Ainsi, sans avoir conscience de ce qu'ils faisaient, ils mettaient en œuvre les qualités fondamentales de la conscience. C'est sans doute à cette qualité d'être et de présence que répondaient les consciences tissulaires de leurs patients. L'expérience vient avant les tentatives d'explication. Mais, comme ils n'avaient pas conscience de la conscience tissulaire, ce n'est pas vers elle qu'ils se sont tournés pour expliquer ce qu'ils faisaient, mais vers des éléments plus réels pour eux, plus matériels, correspondant à leur logique ostéopathique fondée sur l'anatomie et la physiologie classiques.

**Q :** Vous parlez de crédibilité, notamment scientifique. Croyez-vous vraiment que le modèle de la conscience que vous développez et utilisez soit scientifiquement crédible ?

**R :** Cela dépend de quelle science vous parlez. Aujourd'hui la science est scindée en deux grands courants : celui des sciences dites dures (s'intéressant essentiellement à l'univers physique) et celui des sciences humaines. Les sciences dures se veulent matérialistes et ne considèrent comme réel que ce qui est objectif, observable, quantifiable, etc., ignorant la conscience, par nature non quantifiable. Il était peut-être indispensable que la scission en deux courants ait lieu, mais il est particulièrement navrant de voir que la médecine, science humaine par excellence, ait résolument choisi de suivre le courant des sciences dures et donc d'envisager l'humain avec un regard exclusivement matérialiste. Considérant l'humain, peut-on, a-t-on même simplement le droit de s'affranchir de la conscience ? C'est une question d'éthique. Dans ces discussions me reviennent sans cesse les mots que Rabelais prête à Pantagruel : « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme.* »

Ajoutons que si la conscience est croyance, il en va de même pour le matérialisme. La croyance matérialiste dit que nous sommes faits d'atomes et de molécules et imagine que la conscience naît de la matière... Or, je ne vois pas comment une caractéristique si importante pourrait émerger de la conjonction d'éléments ne la possédant pas de manière inhérente. J'aimerais citer à ce propos Jean Charon :

Il est instructif de relire à ce sujet un texte de Diderot, mettant en relief ce fait qu'un édifice moléculaire quelconque, quelle que soit sa complexité structurelle, ne sera jamais 'vivant' s'il n'est pas constitué d'autre chose que d'objets inertes (c'est-à-dire non eux-mêmes déjà 'vivants' ). Dans une lettre à Sophie Volland, en date du 15 octobre 1759, Diderot écrivait : 'Supposer qu'en mettant à côté d'une particule morte une, deux ou trois particules mortes on formera un système de corps vivant, c'est avancer, ce me semble, une absurdité très forte, ou je ne m'y connais pas. Quoi ! La particule A placée à gauche de la particule B n'avait point la conscience de son existence, ne sentait point, était inerte et morte ; et voilà que celle qui était à gauche mise à droite et celle qui était à droite mise à gauche, le tout vit, se connaît, se sent ! Cela ne se peut. Que fait ici la droite ou la gauche ?' (Charon, 1977, 136).

Enfin, ce n'est pas parce que la croyance matérialiste est à la base du paradigme aujourd'hui dominant qu'elle est plus vraie. Elle est seulement consensuelle. Il est pour moi essentiel de ne pas limiter le vivant à de la matière et si l'approche tissulaire n'est pas « scientifique » à la manière dont on l'envisage aujourd'hui, elle se veut cohérente et propose une démarche dont la nature est scientifique : création d'un modèle, mise en pratique, évaluation des résultats et conclusions qui en découlent.

La connaissance de Soi n'est possible qu'en identifiant sujet et objet, c'est-à-dire en obtenant que l'étude scientifique s'arrête, renonce à tous ses appareils d'expériences et confesse qu'elle ne peut plus progresser à moins de se transcender elle-même par un bond miraculeux dans le royaume de la subjectivité absolue (Suzuki, Fromm, 1998, 30).

**Q :** Bon, revenons à la compression. Si l'action de la technique n'est pas reliée à la compression du quatrième ventricule ou à l'action du liquide céphalo-rachidien, comme vous le suggérez, comment expliquez-vous ce qui se passe pendant la technique et les changements obtenus ?

**R :** Répondre à cette question impose de revenir sur le concept de rétention (Tricot, 2003, 93-110). L'approche tissulaire modélise le système corporel comme agrégat de consciences, matérialisées sous forme d'un ensemble plastique, mobile et déformable. Sur le plan subjectif, une rétention correspond à un refus de communiquer qui se manifeste dans l'objectif par une rétraction tissulaire. En se rétractant, une zone de rétention crée un fulcrum (point d'appui) non physiologique altérant la mécanique et la communication de l'ensemble du système, qui tente d'adapter. On peut donc concevoir qu'à chaque rétention correspond un ou des cycles d'adaptation. Notons qu'une rétention s'impose sur un système déjà altéré, constitué de rétentions adaptations juxtaposées, ce qui rend l'organisation des rétentions/adaptations impossible à conceptualiser précisément, à cause, d'une part, de la complexité de leur organisation et parce qu'elles sont reliées à l'histoire d'un individu, par définition unique et personnelle, d'autre part.

Avec le temps le nombre de rétentions s'accroît, densité et tension globales du système augmentent également, alors que diminue parallèlement son aptitude à communiquer et aussi sa capacité d'adaptation. Il peut arriver que le système corporel atteigne sa limite d'adaptation. À ce moment, ses référentiels fondamentaux deviennent confus et le système, privé de ses références de base, commence à manifester instabilité et dysfonction. Apparaissent alors des symptômes, manifestant la difficulté du système à rester cohérent.

Une des manifestations palpatoires de cet état est un système crânien dur, tendu, immobile et impénétrable, indication majeure, pour nous, de la compression occipitale. La compression impose au système un point d'appui lui fournissant un référentiel mécanique arbitraire. L'avantage de la position occipitale est que l'appui imposé est proche du fulcrum physiologique (le fulcrum de Sutherland) situé au centre du crâne. Ce référentiel imposé, associé à la présence et à l'attention/intention du praticien permettrait à de nombreuses zones de rétention corporelles mineures

de trouver le point d'appui qui leur manquait pour pouvoir libérer leur charge (Tricot, 2003, 116-120 & 158-160). En ce sens, je considère la compression occipitale comme une technique globale, s'adressant à l'ensemble du système. Cette interprétation permet également de comprendre la manifestation des libérations s'opérant par cycles successifs (voir schéma p. 16), chacun de ces cycles correspondant à la libération d'une zone particulière, se manifestant par du mouvement au niveau du point d'appui imposé par le praticien, ici, l'occiput.

Nous avons évoqué l'augmentation progressive du niveau de densité/tension du système corporel, consécutif à l'accumulation des rétentions. À rebours, la libération successive des rétentions secondaires fait baisser le niveau de densité/tension général du système. Cela nous permet de comprendre, avec une interprétation différente, ce qu'observaient les précurseurs : « [...] vous pourrez observer de nombreuses lésions rachidiennes secondaires et compensatoires se résoudre et retrouver leurs relations normales. Cela met les lésions primaires sur le devant de la scène. » (Sutherland, 1990, 203-204). Sutherland attribue ce phénomène au pouvoir du liquide céphalo-rachidien que la technique oblige à diffuser dans toutes les structures corporelles et qui agirait, selon lui, sur les structures vertébrales comme une *huile pénétrante*. Constatant également le phénomène, nous l'interprétons différemment, l'attribuant au fait que si chaque zone de rétention augmente la tension et la densité générale du système, leur libération provoque l'effet inverse et donc son relâchement global. Ainsi, avec la libération des zones de rétention disséminées, le système corporel améliore ses communications internes et retrouve ses référentiels. Il se détend et cesse d'émettre des réponses inadaptées.

Cette interprétation offre l'avantage d'être cohérente au sein du modèle tissulaire, tout en nous affranchissant du supposé pouvoir du liquide céphalo-rachidien à ce jour non validé par les connaissances en physiologie. Nous percevons donc des choses similaires que nous interprétons différemment. Le résultat en est toutefois l'affirmation de Magoun, déjà citée : « *Après la compression du quatrième ventricule, les lésions secondaires s'atténuent et sont plus faciles à mobiliser. C'est la raison pour laquelle il est bon de commencer tout traitement par cette technique. Elle est impérative pour les patients nerveux, tendus ou inquiets.* » (Magoun, 2000, 112-113).

**Q :** Considérez-vous vraiment impossible que le liquide céphalo-rachidien joue un rôle quelconque ?

**R :** Je ne puis affirmer cela, notamment parce que l'on sait qu'il diffuse (ce qui est montré par les travaux de Speranski et bien d'autres après lui) et véhicule des substances chimiques connues. Mais cela n'est pas, à mes yeux, suffisant pour affirmer qu'il ait un rôle si majeur dans la technique. Certes, puisqu'il diffuse naturellement, le relâchement des tensions périphériques lui permettra de diffuser plus facilement. On peut donc le retrouver plus loin dans le corps, plus disséminé, mais cela n'est pas suffisant pour affirmer que c'est lui qui fait le travail de relâchement. Quels biais pourrions-nous imaginer pour tenter d'expliquer un éventuel pouvoir du liquide céphalo-rachidien ? J'en vois au moins deux, complémentaires, fournis par les recherches (contraversées) de précurseurs : la mémoire de l'eau de Jacques Bénévise<sup>12</sup> et *Les messages de l'eau (Messages from Water)*<sup>13</sup> de Masaru Emoto.

Sans rentrer dans le détail, les travaux de ces auteurs semblent indiquer que l'eau peut véhiculer de l'information, parfois très subtile (non matérielle). Ainsi, le liquide céphalo-rachidien, pourrait, lui aussi être un vecteur d'informations sophistiquées, notamment parce qu'il émane du système nerveux central, que nous pouvons considérer comme au « proche contact » de la pensée.

Mais, dans un cas comme dans l'autre, même si l'on admet l'hypothèse d'information (même

---

12 Jacques Bénévise est connu pour ses travaux sur la mémoire de l'eau, contestés par certains « scientifiques ». Il peut être fort instructif de lire à ce sujet *Un cas de censure dans la science* de Michel Schiff, qui, sans prendre parti pour ou contre le concept explique très bien comment les scientifiques peuvent tout mettre en oeuvre pour *démolir* un concept qui les dérange.. (Schiff, 1994).

13 Dans ses deux ouvrages, Emoto montre comment les cristaux de glace s'organisent de manière différente selon que l'eau dont ils sont issus a été soumise à des influences énergétiques (pensées, concepts, musiques, etc.) différents. Ce livre est particulièrement suggestif quant à l'influence de la pensée sur le corps.. (Emoto, 2001).

subtile) transmise par l'eau, l'hypothèse comporte en elle-même sa contradiction, au moins à deux niveaux : le premier est que si on admet la transmission d'informations par l'eau, tous les fluides du corps en transmettent, le liquide céphalo-rachidien n'étant qu'un fluide parmi d'autres. Mais surtout, nos fluides corporels sont soumis aux mêmes influences que nous, c'est-à-dire aussi bien négatives que positives. Leurs pouvoirs ne sont alors pas que positifs (bénéfiques), mais à la fois positifs et négatifs, selon ce que vit et pense la personne et la qualité de son être et de ses pensées à un moment donné.

**Q :** Mais alors, selon vous, qu'est-ce qui peut produire le ralentissement du rythme de la marée, conduisant selon Sutherland à la mise au point neutre du moteur ?

**R :** L'idée de Sutherland est de ralentir le plus possible le rythme de la marée et de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien. Dans cet état qu'il compare à celui « d'une animation arrêtée » (Sutherland, 2002, 175), il pense que la qualité des échanges au sein de toutes les structures du corps s'améliore parce qu'elles disposent de plus de temps pour les assurer.

Je trouve l'idée de point neutre et de ralentissement particulièrement intéressante, mais elle suppose que nous précisions ce que signifie la marée, concept à mes yeux bien plus signifiant que celui de fluctuation du liquide céphalo-rachidien. Qu'est-ce que la marée selon Sutherland ? « *Observez maintenant la fluctuation de la Marée, qui est un mouvement montant au cours de l'inspiration et descendant au cours de l'expiration. S'agit-il de la vague roulant vers le rivage ? Est-ce cela la marée ? Non. Le mouvement de la marée est le mouvement de tout le corps d'eau, l'océan, ce corps d'eau invariable. Visualisez ce potentiel inhérent de la marée. Plus de puissance, plus de potentiel inhérent dans cette marée que dans les vagues qui viennent se briser sur le rivage.* » (Sutherland, 1990, 15). Le concept de marée rend vraiment compte de la notion de fluctuation lente et profonde (la respiration primaire, différente du mouvement des vagues, à la surface (la respiration thoracique, secondaire). Il est d'autant plus intéressant qu'il ne se limite pas au liquide céphalo-rachidien, mais engage l'ensemble des liquides corporels, dont le liquide céphalo-rachidien n'est qu'un type particulier.

Mais la marée n'est elle-même qu'une manifestation. Qu'est-ce qui en est la cause et la provoque ? Pour les marées des océans, nous savons que ce sont les attractions conjuguées de la lune et du soleil, et sans doute également, d'autres astres plus éloignés, et de ce fait moins agissants. La marée est donc la manifestation visible de quelque chose d'invisible. Faute d'agir sur ces phénomènes d'attraction, nous ne pouvons agir directement sur la marée. Nous pouvons tout au plus utiliser sa puissance à notre profit, comme par exemple pour l'usine marémotrice de la Rance.

Qu'en est-il de la marée au sein du système corporel ? Nous la voyons également comme la manifestation visible de quelque chose d'invisible. L'invisible, c'est la conscience. Nous avons en effet modélisé que la cellule est un convertisseur : elle convertit la communication en mouvement, le mouvement de base étant l'expansion/rétraction, que nous appelons impulsion rythmique tissulaire et que nous considérons comme l'initiateur physique de la marée au sein du corps (Tricot, 2003, 71). Travailler avec la marée consiste donc soit à la diriger (comme dans le v-spread et peut-être dans la compression occipitale) pour utiliser sa puissance physique, soit à agir sur elle (la modifier donc), en agissant sur ce qui la provoque : la conscience.

Puisque le corps a été modélisé comme un système plastique, fluide, déformable et en expansion/rétraction alternative permanente, nous pouvons imaginer que dans la compression occipitale, le point d'appui impose un point de ralentissement. La poussée profonde de la marée se trouve donc reportée en périphérie, imposant aux structures périphériques un étirement alternatif intime et subtil, mais profond. Cela peut s'envisager comme un facteur d'aide important à la libération des rétentions tissulaires. Cela ne contrôle pas la marée, mais utilise sa puissance.

Pour contrôler la marée, il faut agir sur ce qui la produit : la conscience, selon notre modèle. Ce sont attention et intention qui permettent cela. On peut interpréter que présence, attention et intention du praticien fournissent au système corporel du patient un fulcrum subjectif, permet-

tant aux consciences corporelles de retrouver un point d'appui qui leur faisait défaut. S'il y a une perception de ralentissement, c'est qu'il y a une modification dans les manifestations des consciences corporelles. Nous avons vu lors du travail sur la présence (Tricot, 2003, 60), que la qualité de la présence détermine un ralentissement du rythme et une augmentation dans l'amplitude de la respiration primaire donc dans la perception de la marée. Je l'ai interprété comme le fait de se syntoniser avec différents niveaux de consciences.

Ainsi, lors de la compression occipitale, la qualité de présence du praticien permettrait non seulement la libération des zones de rétention mineures, mais la syntonisation de l'ensemble des consciences présentes à des niveaux de conscience différents, ce qui se manifesterait par un ralentissement des rythmes et une augmentation d'amplitude. Cela peut s'associer au concept d'immobilité. Nous avons vu que *fulcrum* est synonyme d'immobilité (Tricot, 2003, 303). Présence et centrage, confèrent à la conscience une certaine immobilité, qui permet le recentrage. La stabilité, l'immobilité du praticien induisent celles des consciences corporelles du patient, ce qui se manifeste par un ralentissement dans la perception de la marée. Mais la stabilité du praticien dépend de la qualité de son centrage entre enracinement et lâcher-prise. Je suggère au lecteur de se référer à l'article récent également téléchargeable sur le site Internet de l'approche tissulaire : *Partenaire Silencieux et approche tissulaire*.<sup>14</sup>

La qualité de la présence et du centrage du praticien est donc capitale et c'est sans doute elle qui induit les modifications des phénomènes de marée dans le corps du patient. Je suppose que Sutherland expérimentait cela sans être conscient que c'était sa présence qui induisait ces choses. Il évoque en partie le phénomène lorsqu'il se réfère au verset du Psaume 46 : « *Be Still and know* » que l'on peut traduire par « *Apaise-toi et sache*. » ou « *Sois immobile et connais*. » ou « *Immobilise toi et sache*. »<sup>15</sup> Rappelons que les références de Sutherland en matière spirituelle – donc ses *fulcrums* –, étaient essentiellement bibliques. Cela nous renvoie également au magnifique texte de Rollin Becker justement nommé *Be Still and know* (Becker, 1997, 24-38).

**Q** : Et pour vous, qu'est le Souffle de Vie dont parle Sutherland ?

**R** : Le modèle de la conscience, développé par l'approche tissulaire permet, je crois, d'affiner la compréhension du concept de Souffle de Vie évoqué par Sutherland, relié à la respiration primaire et qu'il met en relation avec la respiration thoracique, associée au souffle de l'air (respiration secondaire). Le Souffle de Vie (respiration primaire) peut s'interpréter à la lumière de la décision d'être qui génère la conscience (Tricot, 2003, 69-79 & Tricot, 2005, 35-52). Cette décision crée en effet deux pôles (*moi et non-moi*) entre lesquels une énergie peut circuler. Nous pouvons l'appeler énergie vitale, *qi*, *prana*, *souffle de vie*, peu importe le nom. C'est en tout cas l'énergie de la vie. Dès que la conscience apparaît, le Souffle de Vie apparaît avec elle. Si nous imaginons l'univers que nous expérimentons comme résultant d'un *Je Suis* qui en serait le centre absolu, nous pouvons également imaginer un Souffle de Vie commun à tous, auquel nos *je suis* donnent une existence spécifique et dont nous pouvons diriger le flux grâce à notre attention et à notre intention. Selon les centres de conscience auxquels nous parvenons à nous syntoniser, nous serons en connexion avec un Souffle de Vie de plus en plus raffiné et chargé de potentiel inhérent.

Car derrière, ou plutôt à la source de toutes ces formes ou expressions innombrables et changeantes qui ont toutes une naissance, un épanouissement et une mort, il y a une Unique Énergie à l'intérieur de laquelle a lieu le changement mais qui, elle, est toujours la même, le Tout, la Totalité. Rien ne se perd, rien ne se crée dans la nature. Et chaque être humain à travers le temps, chacun de nous représente le même phénomène : l'Unique Énergie qui est partout, en tout et en quoi tout est, se limite, s'individualise. Il n'y a plus la totalité, il y a un minuscule élément dans le temps et dans l'espace, un embryon, un fœtus, un bébé. Chacun de nous est une forme particulière prise par cette Énergie. L'infini est contracté, comprimé, limité en un point précis. L'eau, libre de prendre toutes les formes, est devenue glace, figée en une seule forme (A. Desjardins, 1972, 29).

<sup>14</sup> L'adresse Internet du site est : <http://perso.orange.fr/pierre.tricot/index.htm>

<sup>15</sup> Certains traduisent le verset complet par « Apaise-toi et saches que Moi, Je suis, Dieu. ». Dieu est alors évoqué comme le centre immobile de la Création, *Fulcrum* absolu, tous les autres étant relatifs.

**Q** : Vous n'avez pas parlé des contre-indications de la technique.

**R** : Sutherland ne donne pas de contre-indications. Magoun en donne quelques unes, de bon sens : « *La compression du quatrième ventricule ne doit pas être appliquée en cas d'hémorragie cérébrale, sauf en cas de résolution : dans ce cas, on préférera la méthode d'application par le sacrum, et après une durée suffisante pour que le caillot soit ferme et prêt à être résolu. Cela s'applique aux cas d'apoplexie, de traumatismes, etc.* » (Magoun, 2000, 113).

R. Caporossi et F. Peyralade donnent nettement plus de contre-indications, sans toutefois fonder leurs raisons : « *Épilepsie, séquelles d'encéphalite (dans la période d'hyperesthésie ou de sensibilité exacerbée), risques hémorragiques, fractures, traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux récents, paraplégies, asthme cardiaque, hypotension, bradycardie, traumatismes cranio-cervicaux et whiplash récents, états para-sympaticotoniques et vagotonies, états dépressifs et dépressions nerveuses, asthme en crise, femme enceinte (3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 8/9<sup>e</sup> mois).* » (Caporossi, Peyralade, 1992, 352-353).

D'autres, non publiées, sont aujourd'hui systématiquement transmises aux étudiants en ostéopathe. Il semble que plus on s'éloigne de la source, plus le nombre de contre-indications évoquées augmente. Certaines sont sans doute venues s'imposer à la suite de raisonnements fondés sur les connaissances physiologiques rapprochés des effets constatés ou supposés de la compression, d'autres, à cause de déboires résultant d'une réalisation incorrecte de la technique. Pour ce qui me concerne, hormis traumatisme crânien et accident vasculaire cérébral récent, je ne reconnais quasiment aucune contre-indication. Certaines, aujourd'hui devenues absolues me semblent même choquantes. Ainsi de la femme enceinte et de la dépression.

Pour la femme enceinte, il semble qu'une mauvaise interprétation des propos de Magoun ait conduit à contre-indiquer la compression du quatrième ventricule pendant la grossesse : « *Le gonflement des chevilles diminue, la pression sanguine peut être abaissée, la tension des muscles et fascias peut être effacée et l'inertie utérine vaincue.* » (Magoun 1966-76, 115 et 303). Magoun n'indique aucunement que la compression du quatrième ventricule est contre indiquée au cours de la grossesse mais simplement que la technique aide à vaincre l'inertie utérine (une fois le processus de la naissance engagé). Mon expérience en cabinet ne montre pas de contre-indication chez la femme enceinte.

Pour ce qui concerne la dépression, j'ai eu l'occasion de traiter de nombreux patients dépressifs. Pour la plupart, l'indication tissulaire m'a fait réaliser la compression occipitale, sans réactions préjudiciables. Mais j'insiste sur le fait que je ne laisse jamais un patient sur sa compression. Au minimum, le crâne/bassin/crâne s'impose après la compression, ce qui remet le système en mouvement, le recentre sur son axe mécanique et lui facilite le travail d'adaptation des changements apportés.

L'absence de cette réharmonisation dans l'approche classique, et la méconnaissance du phénomène de cycles de libérations successifs explique, à mes yeux, une bonne partie des réactions intempestives suivant une compression du quatrième ventricule, qui ont conduit nombre de praticiens et d'enseignants à décréter des contre-indications à la technique tout à fait discutables. L'allongement de cette liste montre que les praticiens se sont éloignés de leurs perceptions et de leur ressenti et, travaillant avec l'intellect, ont formulé des contre-indications sans vérifier si leurs raisonnements étaient justes cliniquement.

Malheureusement, face à un tel catalogue de risques ou d'interdits, l'étudiant est inhibé et finit par ne plus réaliser la technique ou, s'il la pratique, c'est avec une telle appréhension, qu'elle ne peut fonctionner de manière optimum : avec l'attention, il se projette dans les structures vivantes de son patient et emmène avec lui appréhensions, inhibitions, réticences et peurs, auxquelles les consciences tissulaires sont tout à fait sensibles...

## Bibliographie

---

Becker, Rollin, 1997. *Life in Motion*. Rudra Press, Portland, 374 p., ISBN : 0-915801-82-5.

Becker, Rollin, 2000. *The Stillness of Life*. Rudra Press, Portland, 274 p., ISBN : 0-9675851-1-2.

- Charon, Jean-Edouard, 1977. *L'esprit cet inconnu*. Albin-Michel, Paris, 256 p., ISBN : 2-226-00510-2.
- Conte, Rolland R., & al., 1996. *Théories des hautes dilutions*. Polytechnica, Paris, 164 p., ISBN : 2-84054-045-2.
- Desjardins, Arnaud. 1972. *Les Chemins de la sagesse*. Paris : La Table Ronde, Tomes 1, 206 p., T. 2, 208 p., T. 3, 254 p.
- Emoto, Masaru, 2001. *Messages from water 1*. Hado Kyoikusha Co., Ltd, Tokio, 146 p., ISBN : 4-939098-00-1.
- Emoto, Masaru, 2001. *Messages from water 2*. Hado Kyoikusha Co., Ltd, Tokio, 146 p., ISBN : 4-939098-00-1.
- Fromm, Erich, 1978. *Avoir ou être*. Robert Laffont, Paris, , ISBN : 2-221-00127-3.
- Korzybski, Alfred, 1998. *Une carte n'est pas le territoire Introduction à la sémantique générale et aux systèmes non-aristotéliens*. Éditions de l'Éclat, Paris, , ISBN : 2-84162-029-8.
- Magoun, Harold I, 1966, 1976. *Osteopathy in the Cranial Field - Troisième édition*. Journal Printing Company, Kirksville, Mi , ISBN : 76-11297.
- Magoun, Harold Ives, 2000. *L'ostéopathie dans le champ crânien - Edition originale*. Sully, Vannes, 288 p., ISBN : 2-911074-26-2.
- Schiff, Michel, 1994. *Un cas de censure dans la science*. Albin-Michel, Paris, , ISBN : 2-226-07511-9.
- Still, Andrew Taylor, 1998. *Autobiographie*. Sully, Vannes, 362 p., ISBN : 2-911074-08-04.
- Still, Andrew Taylor, 2001. *La philosophie et les principes mécaniques de l'ostéopathie*. Frison-Roche, Paris, , ISBN : 2-87671-329-2.
- Still, Andrew Taylor, 2001. *Ostéopathie, recherche et pratique*. Sully, Vannes, 314 p., ISBN : 2-911074-29-7.
- Still, Andrew Taylor, 2003. *Philosophie de l'ostéopathie*. Sully, Vannes, 320 p., ISBN : 2-911074-64-5.
- Sutherland, William Garner, 1971-1998. *Contributions of Thought*. Rudra Press, Portland, 364 p., ISBN : 0-915801-74-4.
- Sutherland, William Garner, 2002. *Enseignements dans la science de l'ostéopathie*. SCTF/Satas, Fort Worth, 312 p., ISBN : 1-930298-02-1.
- Sutherland, William Garner, 2002. *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*. Sully, Vannes, 336 p., ISBN : 2-911074-42-4.
- Suzuki, Daisetz Teitaro, Fromm, Erich, 1998. *Bouddhisme Zen et psychanalyse*. PUF Quadrige, Paris, 192 p., ISBN : 2-13039490-6.
- Tricot, Pierre, 2003. *Approche tissulaire de l'ostéopathie - Livre 1*. Sully, Vannes, 320 p., ISBN : 2-911074-40-8.
- Tricot, Pierre, 2005. *Approche tissulaire de l'ostéopathie - Livre 2*. Sully, Vannes, 280 p., ISBN : 2-911074-80-7.
- Watzlawick, Paul, 1993. *L'Art du changement*. L'Esprit du Temps, Paris, , ISBN : 2-908206-30-7.