

Partenaire Silencieux et approche tissulaire

Pierre Tricot¹

Mes doigts qui pensent, sentent, voient et savent sont intelligemment guidés par le Grand Architecte qui a conçu ce mécanisme. L'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le fil.² Permettez-moi de répéter : l'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le fil. (Becker, 1997, 38).

C'est à Rollin Becker que l'on doit le concept de *Partenaire Silencieux* (Silent Partner). Il estime que toute personne est en relation personnelle, individuelle avec le Divin et considère le Partenaire Silencieux comme l'individualisation du Divin en chacun de nous. Le Partenaire Silencieux n'a pas d'ego, pas de 'personnalité', mais il a une 'individualité', manifestation locale de la totalité. Selon Rachel Brooks, qui a édité ses textes, Becker ne croit en rien de plus profond ni de plus simple que cette relation. Dans sa vie et sa pratique de l'ostéopathie, il a toujours essayé de se relier à son « Partenaire Silencieux » ou au « Boss », comme il se plaît à le nommer, et de s'en remettre à lui, le plus totalement possible. À ce sujet, voilà ce qu'il exprime au cours d'un séminaire donné en mai 1979 : « *C'est une chose merveilleuse d'avoir la possibilité de vous souvenir de contacter votre Partenaire Silencieux, et de vous y abandonner³ encore et encore. Cette possibilité m'est offerte par tous les cas que je consulte et c'est une excellente chose.* » (Becker, 2000, xviii).

La mise en pratique de ce concept m'a donné dans le traitement des patients une sensation de plus grande puissance et donc de plus grande facilité dans le travail, souvent associée à de meilleurs résultats après les séances. En pratiquant, il m'a également semblé que même si la manière dont Becker exprime son concept lui est très personnelle, sa mise en oeuvre et sa compréhension recourent bien souvent les modèles utilisés en approche tissulaire et les compréhensions et techniques qui en découlent.

Dans le présent article, je me propose d'étudier le concept de Partenaire Silencieux tel qu'il est présenté par Rollin Becker, d'évoquer son évolution, puis de le mettre en cohérence avec le modèle de l'approche tissulaire.

Le partenaire silencieux de Rollin Becker

Définition

Le plus simple sans doute est de laisser Becker lui-même présenter ce qu'il entend par *Partenaire Silencieux* :

Les années passant, j'ai découvert que j'avais un Partenaire Silencieux, une Source et que mes patients avaient eux aussi leur Partenaire Silencieux et leur Source – une source qui fournit tout le potentiel nécessaire pour mon séjour sur terre, le même que le patient a en lui.

Par conséquent, je me tourne en premier vers mon Partenaire Silencieux, puis, silencieusement, à travers lui, je m'accorde sur celui du patient et suggère au Partenaire Silencieux du patient d'utiliser sa propre Source pour ses besoins potentiels.

Je ne fais plus de hauts et de bas, ni ne prend de charge venant des surchargés, ni ne donne aux sous chargés. Ma Source et la leur sont la même Source, chacun de nous est protégé, et ses besoins pourvus (Becker, 2000, 236-237).

Au cours d'un séminaire donné en 1979 à Ann Arbor (Michigan), Rollin Becker répond à la question :

1 Remarque importante : le présent article concerne le niveau 2 d'approche tissulaire. Au lecteur qui ne connaît pas le niveau 2, je conseille de lire auparavant l'article intitulé *De la conscience à la matière*, téléchargeable sur le site d'approche tissulaire : <http://perso.orange.fr/pierre.tricot/index.htm>. Dernière mise à jour : 3 février 2007.

2 « Closer to me than breathing is the Creator of the cranial mechanism... Closer to the patient is the Creator of his or her cranial mechanism... My thinking, feeling, seeing, knowing fingers are guided intelligently by the Master Mechanic Who designed this mechanism. It matters not what interpretations one may apply, providing one's mental trolley is on the wire ».

3 S'abandonner : En français existe une ambiguïté entre « s'abandonner » et « abandonner » ; dont les sens sont très différents. Les anglo-saxons disposent de deux termes différents : « to give up » – *abandonner* – et « to surrender » – *s'abandonner*. C'est le second sens que nous utilisons. Plus tard, Becker parlera même d'un « abandon dynamique ». Ici, « s'abandonner » signifie : se mettre sous le contrôle du partenaire silencieux et se donner à sa puissance.

« Pouvez-vous parler de ce que vous appelez le « Partenaire Silencieux » ?

Eh bien, je peux en parler, mais je ne peux pas dire ce que c'est. Je peux seulement dire que mon Partenaire Silencieux, c'est le pur « Je » représentant qui je suis réellement. C'est le même Partenaire Silencieux que le vôtre, le même Partenaire Silencieux que celui qui est dans la pièce et le même Partenaire Silencieux que celui de l'insecte que je vois ramper sur le sol. C'est le même, et l'accepter, s'en remettre à lui, doit devenir une expérience consciente. Le Partenaire Silencieux n'est pas anthropomorphique – il est lui-même. Il faut juste établir un éveil, une connaissance consciente, mais à la seconde même où vous trouvez quelque chose sur quoi poser votre index mental intellectuel, ce n'est pas lui. Pourtant, il existe bel et bien.

Le Partenaire Silencieux peut être délibérément appelé ou contacté en tête à tête. Pourquoi et comment il œuvre ? Je ne le sais pas et si je le savais, c'est que ce ne serait pas lui. Il est plus facile de démontrer son existence que de parler de lui.

[...] Qu'est-ce que c'est ? La seule source de puissance qui existe – la Cause. Je contacte la Cause en premier. Pourquoi je fais cela ? Parce que moi aussi, je suis Cause. Si vous devenez un de mes patients, et que je désire travailler avec vous de la manière la plus efficace, alors pourquoi ne pas contacter le Boss, plutôt que le secrétaire ?

En contactant un patient de cette manière, par ce contact, vous ne prenez pas la responsabilité à la place de cette personne. Vous essayez simplement de dire à cet individu : « Regarde, Boss, tu es déjà le Boss de cette région et je sais que lorsque tu accomplis ton travail, tu le fais exactement de la manière dont tu veux qu'il soit fait. Je veux seulement t'éveiller pour accomplir ce travail, mais je ne vais pas rester assis là à te regarder faire. » J'approche de cette manière, parce que quel que soit le problème pour lequel vous êtes venu me consulter, votre Boss a bien plus de connaissance et d'efficacité que moi. J'ai déployé son antenne, et je lui demande de se mettre au travail. Mais je ne vais lui dicter ni ce qu'il doit faire, ni comment le faire (Becker, 2000, 28-29).

Concepts associés et évolution

Il me semble que le Partenaire Silencieux ne peut se comprendre complètement que replacé dans le contexte ostéopathique, au sein des concepts fondamentaux, formulés par Still. Ce fut d'ailleurs la démarche de Becker qui, après plusieurs années d'exercice professionnel en tant qu'ostéopathe « classique », sentit la nécessité de *tout reprendre à zéro* : « Ainsi, j'ai relu les écrits originaux d'Andrew Taylor Still, particulièrement son Autobiographie et sa Philosophie de l'ostéopathie. Puis, plus tard, en 1944, j'ai commencé l'étude de l'ostéopathie crânienne sous la direction de William Sutherland. Et ainsi, j'ai progressivement développé les méthodes que j'utilise aujourd'hui, en empruntant les principes de Still et de Sutherland et en les réincorporant dans l'entière structure anatomo-physiologique du corps humain. » (Becker, 2000, 234).

Par ailleurs, bien que le concept de Partenaire Silencieux soit présent très tôt dans l'expérience et les propos de Rollin Becker, il a évolué au cours de sa pratique, grâce aux expérimentations successives auxquelles il l'a soumis. Sa manière de le présenter a également évolué. Il l'a d'abord nommé « source de puissance », pour finalement abandonner ce terme au profit de « Partenaire Silencieux », certes plus énigmatique, mais moins chargé de sens préconçus. En revanche, sentant probablement que ce qu'il expérimentait et désirait exprimer ne concordait pas avec l'approche scientifique à laquelle le courant ostéopathique américain tentait de se relier, il n'utilisa presque jamais ce terme dans ses écrits et présentations publiques, le réservant plus particulièrement à ses communications privées.

La manifestation primaire de la vie

Suite au travail effectué avec Sutherland, Becker s'est particulièrement intéressé aux mouvements primaires de la vie, manifestés dans ce qu'il nomme l'involontaire, origine de la marée. Il en est même arrivé au point de considérer patient et praticien comme deux mécanismes involontaires qui s'unissent pour œuvrer à la réharmonisation du mécanisme du patient.

Le praticien est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante. Son patient est doté des mêmes qualités, c'est-à-dire qu'il est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante. Par conséquent, la palpation devient un échange vivant entre deux corps vivants (Becker, 1997, 138).

Une des ses premières actions, lorsqu'il désire traiter un patient, consiste à se relier à son mécanisme involontaire.

Après avoir identifié, dans l'immobilité que j'ai recherchée en moi-même, une sorte de contact invisible avec ce schéma rythmique et fluctuant, je m'adapte automatiquement à ce mouvement involontaire de la Marée en moi. Avant même de me mettre au travail, au moment où je m'accorde à une immobilité relative au sein du patient, je me trouve sur la même longueur d'ondes que le fondement même de l'être de ce patient, qui est également un mouvement similaire, comme celui de la marée (Becker, 1997, 16).

Il voit dans ce qui se manifeste par l'involontaire, l'origine de la vie et de la santé.

Lorsque vous travaillez avec les contraintes et les dysfonctions de vos patients, soyez toujours attentifs au fait que ce schéma de fluctuation, cette unité entière, est en permanence votre partenaire silencieux qui vous aide à obtenir des changements correctifs dans les zones en lésion, parce que votre objectif pour ce patient-là est de rétablir la santé. Les patients ne viennent pas seulement pour voir leur lésion 'craquée' ou corrigée. Ils sont là pour relâcher les tensions, pour surmonter la perte de fonction, la perturbation dans le mouvement, pour déverrouiller les portes de la vie et pouvoir entrer et sortir librement comme ils sont censés le faire. Au sein de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien existe un partenaire silencieux que vous avez le droit d'apprendre à comprendre, à utiliser et à tester (Becker, 1997, 114-115).

La santé est *maintenant*

Le concept de Partenaire Silencieux s'appuie également sur un postulat déjà émis par Still : l'idée première présidant à la création et au fonctionnement de tout système vivant est la santé. Le système corporel vivant est conçu pour fonctionner en bonne santé, pour manifester la santé. Donc, puisque le concept de santé est à la base de tout ce qui vit, c'est à lui qu'il faut s'unir, avec lui qu'il faut travailler : « *Trouver la santé devrait être l'objectif du docteur. N'importe qui peut trouver la maladie.* » (Still, 2003, 51).

Du même coup, il n'est pas sain, selon ce modèle, de se focaliser sur les problèmes : « *Rappelez-vous ceci : un cheval qui cherche sans cesse les imperfections ne trouve jamais une route unie.* » (Still, 2003, 241).

Les mécanismes mêmes qui requièrent la santé sont ceux qui peuvent également l'exprimer. Ils travaillent et sont constamment en mouvement. Ils travaillent toujours pour atteindre l'objectif même que nous avons en notre sein. Nous luttons – nous vivons –, afin de faire émerger la santé à l'intérieur de nous. Tout ce qui nous est demandé, tout ce que nous dit le prochain patient entrant dans notre cabinet est : 'Tout ce que je demande, docteur, c'est de faire émerger la santé qui est en moi, et j'ai entendu dire que vous comprenez les mécanismes qui vous sont inhérents et me sont inhérents et qui me permettront de rétablir la santé par moi-même.' (Becker, 1997, 21).

Le Partenaire Silencieux ne connaît que la santé. Se connecter à lui, c'est se connecter à ce qui fonctionne : « *Les patients et leurs problèmes ne reviennent pas sur leurs pas pour recouvrer la santé : la santé est maintenant.* » (Becker, 1997, 247).

[...] La chose dont il faut se défaire, c'est l'idée de se focaliser sur les problèmes. De la même manière que nous disons que le corps n'est pas le problème, nous disons que la maladie n'est pas le problème. Si vous vous focalisez sur les problèmes ou si vous pensez les choses en terme de problèmes, tout ce que vous obtiendrez, ce sont des problèmes. Tout ce que vous obtenez, c'est un effet coiffant un autre effet qui coiffe un autre effet. Vous ne parvenez jamais à la cause. Donc oubliez les problèmes.

Le Partenaire Silencieux est, et c'est tout ce qu'il y a à son propos. Donc, pourquoi ne pas l'appeler à agir ? Quand à évoquer la manière dont on y recourt, je vous ai donné la meilleure réponse possible, et lorsque je contacte le mien, je n'ai pas plus d'idée sur ce que je contacte que sur l'homme dans la lune. Parce que si je le savais, ce ne serait plus le Partenaire Silencieux. Cela le ferait être une partie de même nature que le monde limité ou tout ce que notre mental peut appréhender. Je le contacte, je m'en remets à lui et c'est aussi simple que cela. Si vous compliquez cela, vous êtes mort. Rien ne se produit. C'est tout ce qu'il y a à faire. C'est ce qu'évoquait A. T. Still lorsqu'il parlait de *Dieu, l'esprit de la nature*. C'est à cela qu'il se référerait (Becker, 2000, 28-31).

Le médecin inhérent

Autre point important, dans la logique de ce qui précède : la santé du patient ne dépend pas du praticien, mais du patient. Les ressources curatrices sont dans le patient et le rôle du praticien n'est pas de guérir son patient, mais de l'aider à créer ou recréer les conditions lui permettant d'exprimer la santé, selon ses propres critères. Le seul but de l'union des Partenaires Silencieux du praticien et du patient, c'est de mobiliser les ressources du patient pour l'aider à rétablir l'harmonie au sein de son système corporel. Et dans ce type d'approche, le praticien est au service du patient, en qui se trouvent les informations avec lesquelles travailler pour l'aider.

Le médecin qui se trouve en moi travaille avec le médecin au sein du patient pour apprendre tranquillement. Pourquoi les patients viennent-ils me rendre visite ? Je l'ignore, mais je peux entrer en contact avec mon médecin inhérent et avec les médecins au sein des patients et apprendre à me taire et à écouter. Je peux écouter leurs médecins au sein de leurs tissus et recevoir des informations par l'intermédiaire de mes canaux sensoriels. C'est ainsi que je peux commencer à comprendre. Le développement de la palpation est un travail strictement inter personnel. Il n'y a personne d'autre que vous et le patient. À mon avis, le patient est le seul professeur. La science de l'ostéopathie et la physiologie corporelle du patient sont les professeurs, et je suis un étudiant (Becker, 1997 144).

Dans la mesure où vous parvenez à contacter et à éveiller leur Partenaire Silencieux et commencez à stimuler la dissolution de ces schémas d'inefficacité enchevêtrés, vous aidez vraiment la personne – et qu'elle en soit consciente ou non n'a pas d'importance. Qui soigne ? Toutes ces couches de tensions désirent retourner à leur état de pure énergie limbique⁴. Fondamentalement, ces tensions n'ont rien à voir avec la personne. Ces tensions ont assumé ces schémas de blessure et aujourd'hui, la personne les perpétue en tant que schéma habituel, sans même être consciente qu'elle le perpétue comme habitude (Becker, 2000, 25).

Mise en place

Préparer le terrain

Puisque praticien et patient sont considérés comme deux mécanismes respiratoires primaires involontaires à l'œuvre, la mise en place consiste à reconnaître l'existence de ces deux mécanismes et à les faire se rencontrer.

Pour commencer, j'estime qu'il est indispensable d'accepter totalement le fait qu'un échange rythmique primaire se produit dans tout ce qui est vivant. Il s'agit d'un magnifique mécanisme respiratoire primaire alternatif en action, et j'accepte l'état de vie de ce mouvement rythmique (Becker, 1997, 16).

Ensuite, j'accepte que le seul objectif de chacun d'entre nous, en tant que médecin, soit d'apprendre à servir l'humanité. Au cours de ma propre pratique, j'ai appris qu'afin de me préparer à servir l'humanité, j'ai tout d'abord besoin de m'apaiser tranquillement de l'intérieur, afin d'être prêt à recevoir des patients. Après m'être doucement apaisé, l'étape suivante consiste à reconnaître tranquillement l'immobilité inhérente au patient que je vais recevoir. Tout cela peut être fait en une quinzaine de secondes environ, le temps d'inspirer et d'expirer. Et tout cela peut se produire pendant que le patient se trouve dans la salle d'attente, avant même qu'il ne me rejoigne dans la salle de soin (Becker, 1997, 17).

Utiliser l'état de vie

L'art de Rollin Becker consiste essentiellement à utiliser ce qu'il appelle *l'état de vie*, manifesté par la marée, pour nous, impulsion rythmique tissulaire. Pour ce faire il tente de s'accorder au rythme du patient, de se syntoniser avec lui, au niveau de son essentiel de vie.

Après avoir identifié, dans l'immobilité que j'ai recherchée en moi-même, une sorte de contact invisible avec ce schéma rythmique et fluctuant, je m'adapte automatiquement à ce mouvement involontaire de la Marée en moi. Avant même de me mettre au travail, au moment où je m'accorde à une immobilité relative au sein du patient, je me trouve sur la même longueur d'ondes que le fondement même de l'être de ce patient, qui est également un mouvement similaire, comme celui de la marée. Ce mouvement n'a peut-être pas le même rythme que le mien, mais cela importe peu ; il s'agit du même mécanisme. De cette manière, je m'apaise afin de pouvoir me présenter silencieusement au patient. Je ne l'ai pas encore vu, mais je reconnais simplement que le patient possède le même mécanisme que moi. Ce n'est qu'à ce moment-là que je fais entrer le patient dans mon cabinet. Je suis alors en mesure de faire ce qui doit être fait. Je travaille sans penser à ce que j'espère effectuer pour ce patient. Je me mets simplement au travail (Becker, 1997, 16-17).

Cette petite présentation provenant de l'intérieur de moi-même, reconnaissant ma propre immobilité au sein du patient, est une acceptation silencieuse du fait que *c'est en vie*. Cette reconnaissance ou prise de conscience est invisible. Même si vous consultez 45 patients par jour, vous pouvez prendre un bref instant pour contacter un point de silence à l'intérieur de vous, puis un point de silence à l'intérieur du patient. Peu importe ensuite la façon dont vous travaillez avec chaque patient, vous aurez pris conscience quarante-cinq fois par jour de quelque chose à l'intérieur de vous et à l'intérieur du patient qui va aider silencieusement au programme du traitement. Je n'ai aucune idée de ce qu'est ce quelque chose, et cela n'a pas d'importance. Il s'agit simplement d'identifier un mécanisme qui existe en chacun de nous et de le mettre au travail (Becker, 1997, 17-18).

L'état de ne pas savoir

Remarquons que Rollin Becker invoque non pas un seul Partenaire Silencieux (le sien ou celui du patient), mais les deux, ce qui bien évidemment, résulte en un dialogue, manifesté dans les tissus du patients et recueilli par la palpation du praticien. Il indique par ailleurs clairement que le praticien doit s'abandonner jusqu'au point d'accepter de *ne pas savoir*, et ce malgré toutes ses études et toutes ses années d'expérience professionnelle.

Accordez-vous à votre Partenaire Silencieux, puis au Partenaire Silencieux du patient, abandonnez-vous et par ce moyen, devenez un participant au processus déjà engagé... L'acte d'*abandon* en tant

⁴ **Limbes, limbique** : Du lat. *limbus*, « lisière ». Une des définitions de limbes est : région mal définie, état incertain.

que *participant* vers le *non-connu* fait tout le travail (Becker, 2000, 250).

L'état de *sans but*

Accepter l'état de ne pas savoir doit s'accompagner de l'acceptation de l'abandon de son ego⁵. Pour Becker, dans ce système, le praticien ne fait rien en tant que lui-même (ego) : « *La première chose à faire, et vous n'allez pas apprécier cela, est de renoncer à votre ego. Vous êtes loin d'être aussi intelligent que votre corps ou que le corps du patient se trouvant sur la table.* » (Becker, 1997, 144). Il ne sert que de trait d'union. Le praticien ne cherche pas à « faire » quelque chose pour le patient, il doit même se retirer plus encore pour atteindre ce que Becker appelle l'état de « sans but ».

Vous m'avez demandé quel est le but ? On ne peut pas vraiment penser à cela en terme de but à atteindre. Dans leur comportement spirituel, les gens ont tendance à penser : « Si je vis avec droiture, je vais obtenir une place dans la partie ensoleillée du ciel. » Voilà un but – si je fais les choses que je suis supposé faire, alors quelque chose de bon va arriver. Bien, mais qui a déterminé les buts ? Si je parviens à me mettre à l'écoute des Partenaires Silencieux, à pratiquer la présence, à vraiment être tout ce dont j'ai parlé toutes les années de ma vie – si je parviens à atteindre un point de tel accomplissement –, alors mon énergie créatrice continuera de s'écouler et fera ce qui doit être fait. Lorsqu'il n'y a pas d'histoire d'ego, les gens répondent d'une manière ou d'une autre au travail que je fais et il se passe quelque chose. Lorsque je commence à travailler, suis-je supposé montrer la pendule et dire : « Là, maintenant, j'ai un but » ? Les buts doivent disparaître, comme tout le reste (Becker 2000, 34-35).

Le Partenaire Silencieux dans l'approche tissulaire

Ce que dit Rollin Becker du Partenaire Silencieux croise bien souvent des éléments et concepts développés et expérimentés dans le cadre de l'approche tissulaire. Ces rencontres font pourtant souvent croire à des oppositions et soulèvent de nombreuses questions, la première portant sur la nature du Partenaire Silencieux.

Qui est le Partenaire Silencieux ?

Rollin Becker déclare ne pas savoir exactement qui est le Partenaire Silencieux et recommande de ne pas chercher à le savoir vraiment. Il me semble effectivement que non seulement une définition précise est impossible, mais qu'en plus, elle rétrécirait beaucoup trop le concept et le figerait sans doute, le rendant inutilisable : sa nature spirituelle ferait place à quelque chose de mental, le rendant du même coup inopérant.

Notre objectif ne sera donc pas de le définir précisément mais, sachant que nous œuvrons toujours à partir de modèles (Tricot, 2003, 32-43), pour la plupart implicites, de permettre à chacun de se constituer un modèle explicite du Partenaire Silencieux, l'efficacité de notre invocation dépendant étroitement de l'idée, même approximative, que nous nous en faisons. De plus, faire passer la modélisation de l'implicite à l'explicite permet, pour peu que l'on ne fige pas les choses, de faire évoluer plus consciemment le modèle en fonction de nos expériences et de notre développement personnel.

Agrégats de consciences

Dans l'approche tissulaire, nous modélisons le système corporel comme un agrégat de consciences⁶ (de *je* donc), organisées du plus simple au plus complexe. On peut également envisager cette organisation selon un modèle partant du plus dense et du moins communicant (la matière physique) pour aller vers le moins dense et le plus communicant (les matières biologique, puis neuro-psychique), et poursuivre en dehors de la structure corporelle perceptible sensoriellement (le domaine spirituel). À ces niveaux, la perception

⁵ **Ego** : Du latin « ego », *moi*. Selon le modèle de la conscience (*Livre 2 d'approche tissulaire*), toute entité consciente est à la fois *je* et *non-je* ou *je* et *autrui*. Pour survivre, les consciences ou systèmes de consciences actualisent (privilégient) le *je* (ego) ou l'*autrui*. Chaque fois qu'une conscience ou un système de consciences privilégie le *je*, au détriment d'*autrui*, elle actualise l'*ego*. Le jeu ici consiste donc à potentialiser le *je* (l'ego) et à actualiser l'*autrui*. Il est possible d'étendre sa conscience vers des niveaux hiérarchiques d'organisation de consciences de plus en plus vastes et donc de transmettre une puissance de plus en plus importante. Le *Partenaire Silencieux* correspond à l'avancée sur ce chemin.

⁶ **Conscience** : L'approche tissulaire considère la conscience comme la conséquence de la décision d'être. Être, c'est être conscient, et vivre, c'est expérimenter les conséquences de cette conscience. Ainsi, considérons-nous tout être vivant du plus simple au plus complexe comme conscient. Mais nous envisageons la conscience comme une hiérarchie évoluant du plus simple au plus complexe et dans laquelle, aux niveaux les plus élémentaires, l'entité consciente n'est pas forcément consciente de sa conscience.

sensorielle n'est plus opérante et doit faire place à la perception de l'être ⁷ (Tricot, 2005, 35-72).

Le véritable *Je*

Mais justement, qui est cet être ? Dans l'approche tissulaire, la logique de notre raisonnement concernant les différentes consciences agrégées constituant le système corporel, nous conduit, pour des raisons de cohérence, à évoquer l'existence d'un *Je* extérieur, différent du système corporel :

À qui sont transmises toutes les informations reçues, rassemblées, intégrées par le système nerveux ? Qui donne les ultimes réponses, celles qui dirigent finalement le système corporel pour lui faire manifester des activités nettement plus subtiles que de simples actes de survie ? Qui est l'artiste qui peint, compose ou écrit, le philosophe qui pense et réfléchit, le scientifique qui émet des hypothèses et les vérifie ? Et s'il y avait plus ? Et si une conscience autre, une « âme » différente, une conscience aux facultés bien plus développées habitait ce corps, ainsi que le suggère la métaphore hindoue du cocher et de son attelage, que nous pouvons transposer dans l'image du chauffeur et de sa voiture ? (Tricot, 2005, 92).

Rollin Becker nous propose une piste similaire puisqu'il dit du Partenaire Silencieux que « *C'est le pur « Je » représentant qui je suis réellement.* » (Becker, 2000, 28). Le Partenaire Silencieux ne serait donc que notre véritable *Je* ? Mais alors, qui suis-je vraiment ? Où plutôt comment se fait-il qu'existe cette séparation entre ce qui serait mon véritable *Moi* et mon système corporel, que je crois être moi ? Comment se fait-il que la conscience que j'ai de moi, de qui je suis réellement, soit dégradée au point de me percevoir comme un corps et non comme un être ?

Qui suis-je ?

À ces questions, je n'ai évidemment pas de réponse toute faite à proposer. L'idée que *Je* n'est pas le corps n'est pas nouvelle. On la retrouve dans nombre de courants philosophiques et spirituels, depuis la nuit des temps. Notre langage courant l'exprime d'ailleurs : ne dit-on pas, d'une personne qui décède « qu'elle rend son âme à Dieu ? ». Nous savons bien également que chez l'humain vivant, existe une « présence » particulière qui nous permet de savoir qu'il est vivant : « *L'individu, c'est ce qui est nous et dont on distingue parfaitement la présence ou l'absence.* » (Tournebise, 1995, 43).

À ce propos, en feuilletant de vieux bouquins dans un vide grenier, je suis tombé par hasard sur un *Livre de lecture et de morale* daté de 1938, s'adressant à des enfants des cours moyen et supérieur (CM1 & CM2 d'aujourd'hui) de l'enseignement **laïc**. Le premier chapitre du livre s'intitule *Qui es-tu, « toi » ?* :

Tu n'es aucune des choses, ni aucune des personnes qui t'entourent : tu es "toi".
Toi, c'est-à-dire un corps visible qu'habite un être invisible : ton âme.
Rien au monde n'est aussi précieux qu'une âme humaine.
Apprends à connaître la tienne (Malignas, 1938, 10).

Mais alors, pourquoi *Je* perd-il la conscience de lui-même, au point de se considérer comme corps ?

Perte de connaissance

Le modèle que nous utilisons dit que toute conscience ou système de consciences crée implicitement (c'est-à-dire sans avoir conscience de ce qu'elle fait) et expérimente son propre espace, son propre temps et ses propres énergies (informations en mouvement) (Tricot, 2005, 37-38).

Il semble qu'à partir du moment où *Je* s'incarne, il *perde connaissance* de ce qu'il est réellement pour ne plus vivre la vie que par l'intermédiaire du système (le corps) grâce auquel il expérimente le monde dans lequel il évolue désormais : l'univers physique. En s'incarnant, en prenant corps, *Je s'identifie* à ce corps et à toutes les relations qu'il contracte par son intermédiaire : famille, amis, possessions, relations sociales, jeux de la vie et de l'univers physique... Plus il s'identifie à son corps et aux jeux de la vie physique, plus il perd connaissance de ce qu'il est réellement : un être.

⁷ **Perception.** Du latin *perceptio*, de *percipere* « saisir par le sens ». Action, fait de percevoir par les sens, par l'esprit. Chez homo sapiens, *Je*, le *patron* du système corporel, semble capable de recevoir de l'information par d'autres biais que le système sensoriel, notamment celles qui proviennent des mémoires, et qui empruntent indirectement la voie sensorielle. Elles sont mémorisées avec leur codage sensoriel et restituées à *Je*, le patron du corps avec ce codage, ce qui lui donne l'illusion qu'elles sont sensorielles. D'autres, notamment les pensées et les intuitions, semblent ne pas utiliser ce système de transmission. Enfin *Je*, le patron de la hiérarchie, paraît capable de perceptions n'utilisant pas le système sensoriel. Dans le premier ouvrage d'approche tissulaire (p. 256 et suivantes), j'ai évoqué l'expérience d'une perception empruntant d'autres canaux que les canaux sensoriels classiques, que j'ai baptisée, *perception de l'être*. Je me suis rendu compte que les yeux fermés, l'attention focalisée sur différentes régions du système corporel de mon patient, je percevais du clair ou du sombre, selon l'état de vie des structures contactées. Ces perceptions varient d'un être à un autre, de sorte qu'il est impossible d'établir un référentiel universel. Chacun doit trouver et développer le sien.

Dispersion

Dans les exigences de la vie actuelle, rares sont les humains qui conservent une claire conscience de leur être : leur attention est presque constamment dispersée, orientée vers l'extérieur d'eux-mêmes, le monde qui les entoure. Beaucoup, identifiés à leur corps, sont prêts à toutes les « customisations » pour paraître plus beaux, plus jeunes, etc. La plupart déploient des trésors d'ingéniosité pour éviter cette rencontre qui leur paraît trop effrayante...

Pourtant, ce n'est certainement pas sans raison que les religions traditionnelles ont instauré un « jour du Seigneur », destiné, entre autres, à nous distraire de nos occupations ordinaires, imposant un temps « vide » permettant aux humains de retourner à leur essentiel : leur être. Les religions tombant en désuétude, le « jour du Seigneur » n'a plus guère de sens aujourd'hui pour la plupart (je précise que je ne prêche pour aucune religion).

Pourtant, puisque telle est notre nature, cette conscience demeure, oubliée, mais toujours présente. Certains, les plus chanceux, moins coupés de leur être profond, en conservent une conscience. On parle de croyance, de foi... Dans notre société, hypermatérialiste, ils passent pour des illuminés.

Par ailleurs, si la vie courante nous accapare au point de nous faire oublier qui nous sommes réellement, elle nous présente aussi des occasions facilitant le renouement à notre être : un beau paysage, une lecture qui nous transporte, une musique sublime, la sortie d'une épreuve difficile... Autant de circonstances dans lesquelles *Je* peut reprendre contact avec lui-même et retrouver la conscience de sa nature profonde : celle d'un être. Malheureusement, l'attention de *Je* se retrouve bien vite captive des exigences de la vie incarnée qui l'occupe à nouveau tout entier, de sorte qu'il se disperse encore et oublie derechef qui il est réellement, s'identifiant une nouvelle fois à son corps et à ses jeux. Certaines expériences sont en revanche tellement fortes – les expériences proches de la mort, par exemple – que l'être qui les a vécues n'oublie plus...

Reprendre contact avec Soi ?

En dehors des circonstances exceptionnelles, de nombreux moyens nous permettent de recréer le lien à notre être et de *reprendre connaissance*, au moins en partie, de ce que nous sommes véritablement. Méditation, prière, certains états de conscience altérés (avec ou sans drogues⁸) sont des moyens connus et efficaces pour cela. Renouant à son *Je*, la personne reçoit souvent des informations dont elle est coupée en état de « veille » normale. Ainsi des intuitions, solutions, pensées créatrices qui nous semblent venir d'en dehors de nous ne sont peut-être que la manifestation de ce lien à notre véritable être. C'est en tout cas l'idée que défend Jean-Pierre Garnier Malet dans sa théorie sur les ouvertures du temps (Garnier-Malet, 2004). Il y explique que nous sommes doubles (corps et âme) et que chaque partie de nous vit son propre espace et son propre temps. Il propose des moyens pour recontacter notre double (notre véritable *Je*) pour en recevoir les informations vitales pour notre survie. Pour Garnier Malet, ce que nous nommons *ange gardien* ne serait que notre véritable moi dont la vie courante nous fait oublier l'existence.

Selon ce que nous dit Rollin Becker, contacter son Partenaire Silencieux, ce serait renouer le contact avec son véritable soi. Dans l'approche tissulaire, les entraînements sur la présence (enracinement et lâcher prise) nous offrent également un moyen privilégié de renouer le contact avec notre véritable moi et peut-être même, d'aller plus loin.

Enracinement et lâcher prise

Rappelons ce que nous entendons par enracinement, puis par lâcher prise. L'enracinement consiste, à partir d'une position assise confortable (mais cela peut être expérimenté dans d'autres position, notamment debout), à se *laisser aspirer* dans la pesanteur. J'insiste sur l'idée de se *laisser aspirer par* et non pas *se forcer dans* la pesanteur.

Dans ces entraînements, nous disposons d'un *appareil* qui nous renvoie, comme un feedback, ce qui se passe au niveau du système corporel : le ballon, dont nous pensons qu'il objective la conscience du système corporel (Tricot, 2003, 58-68). L'approche tissulaire voit cellules et tissus comme des convertisseurs : ils convertissent la communication en mouvement. Ainsi, les modifications de la perception que nous avons du ballon nous indiquent les changements survenant dans la conscience corporelle (Tricot, 2003, 58-68 & 2005, 126-132). L'objectif est de se laisser descendre dans le pesant, dans le lourd, jusqu'à trouver un certain confort dans cet état, perçu dans un mouvement relativement lent et ample dans le ballon. Puis, on propose la démarche inverse, appelée lâcher prise, consistant à se laisser *aspirer par* le léger...

La première partie de la pratique permet d'établir une communication consciente avec les matières

⁸ Voir les écrits de Carlos Castaneda, par exemple. Précisons que je ne préconise aucunement le recours à la drogue, quelle qu'elle soit, je constate seulement que certains chamans y recourent pour permettre à leurs adeptes de franchir certaines limites de la conscience d'éveil.

micro, macro-physiques et biologiques de notre système corporel. Pour se mettre en présence des consciences neuro-psychiques et plus subtiles, nous proposons le lâcher prise.

Au fur et à mesure que la personne (*Je*) « remonte » de son enracinement, en s'adressant aux différents niveaux hiérarchiques de son système corporel en les considérant comme agrégats de consciences, elle entre en communication avec des holons⁹, moins matériels. Il lui est alors demandé de rejoindre progressivement ces niveaux plus subtils de la conscience, comme si elle se reliait par un fil invisible à La Conscience (selon la manière dont chacun peut se la représenter). Nous appelons ce moment de la pratique le *lâcher prise*. (Tricot, 2005, 130-131).

Dans l'enracinement, *Je* porte délibérément son attention vers la matière, le pesant et s'y relie volontairement. On pourrait dire aussi qu'il met sa conscience dans la matière. Dans le lâcher prise, il porte délibérément son attention vers sa nature d'être spirituel. La partie lâcher prise peut alors s'interpréter comme le renouement conscient à notre être profond, notre *Je*. Je propose aujourd'hui de l'expérimenter avec cette idée en tête et de noter ce qui se passe dans le ballon.

Dans un troisième temps, je demande d'assurer un **centrage** entre enracinement et lâcher-prise qui permet d'être à la fois relié à son être profond et en contact avec le réel corporel physique.

Ce qui nous intéresse avec cette pratique, c'est de donner à *Je* le moyen de découvrir et de retrouver sa juste place sur le « curseur ». Elle se manifeste par la perception d'un mouvement tranquille et calme, mais ample dans le ballon, associée à une sensation d'aisance et de bien-être physique et mental. *Je* peut ainsi établir une relation (un référentiel) entre l'information que lui donne le ballon et son ressenti corporel et d'être. Une fois ce référentiel établi, il saura lorsqu'il est justement placé sur son curseur, même s'il n'a pas de ballon entre les mains (Tricot, 2005, 131).

Selon ce système, la perception de l'expansion/rétraction dans le ballon nous permettrait de connaître le moment où nous sommes vraiment recentrés sur notre être profond, donc, selon la manière dont s'exprime Rollin Becker, le moment où nous sommes connecté à notre Partenaire Silencieux. Mais pour nous, il ne s'agit pas seulement de nous reconnecter à nous-mêmes, de nous recentrer sur nous-mêmes, il s'agit aussi de maintenir un lien conscient entre ce *Je* et le monde matériel, d'où l'idée de centrage.

Centrage : le cercle et le centre

Centrage et dispersion constituent un couple qu'il faut gérer au mieux selon le contexte et les circonstances. Le concept de centrage me fait irrésistiblement penser à *l'assiette à beurre* d'Aivanhof déjà évoquée dans le livre 1 d'*Approche tissulaire* (Tricot, 2003, 76-77) :

Il y a quelques années, à Paris – c'était avant la guerre – on avait installé à la porte Maillot un parc d'attractions qui s'appelait Luna Park. Beaucoup de gens allaient là-bas danser, tirer à la carabine, monter sur les tapis roulants, les balançoires, et s'amuser à toutes sortes de choses. [...] Et puis il y avait cette fameuse assiette à beurre dont je veux vous parler. C'était une plate-forme ronde, en planches, assez vaste pour contenir plusieurs personnes. Les gens y montaient et elle commençait à tourner, tout d'abord lentement ; mais, peu à peu, le mouvement s'accélérait et alors on assistait à un spectacle très drôle : ceux qui se trouvaient à la périphérie étaient déséquilibrés et projetés au-dehors et tombaient les uns sur les autres (et, évidemment, tout le monde riait), tandis que ceux qui se trouvaient au centre n'étaient pas secoués, ils restaient tranquillement debout à leur place, immobiles et souriants. Donc, vous voyez, la force centrifuge était si puissante que ceux qui se trouvaient à la périphérie ne pouvaient se maintenir, résister ou s'accrocher, et ils étaient projetés au-dehors. Tandis que ceux qui se trouvaient au centre échappaient à cette force et restaient en paix.

Je me suis arrêté pour réfléchir sur ce phénomène car il cache des lois formidables, et j'ai trouvé que l'être humain est semblable à une assiette à beurre : certaines régions psychiques représentent la périphérie de son être, d'autres le centre, et sa conscience est semblable aux gens qui montent sur la plate-forme. Si votre conscience se trouve à la périphérie de vous-même, sachez qu'il y a là de telles forces déchaînées qu'elles vont vous projeter contre les murs et que vous vous casserez la tête. Tous ceux qui veulent chercher des aventures dans la périphérie de la vie pour arranger leurs affaires, faire des trafics et s'amuser, s'exposent à de grands dangers car ils deviennent la proie de forces auxquelles ils ne peuvent résister. Pour être dans la sérénité, dans le calme, il faut trouver un endroit bien abrité. Et quel est cet endroit ? Justement, c'est le centre du cercle. À la périphérie, on n'est jamais à l'abri car on n'y trouve qu'agitations et passions déchaînées ; celui qui s'y égare est saisi, attaqué par des forces impétueuses, et tôt ou tard projeté et cassé en morceaux. C'est pourquoi les Initiés qui observaient la nature nous ont donné des règles, des méthodes comme la méditation, le recueillement, la prière ; car méditer, se recueillir, prier sont des efforts pour rentrer en soi-même, pour chercher le centre, ce point invulnérable où règne la paix, cette 'haute retraite' dont parle le Psaume 91.

D'ailleurs, du point de vue géométrique, le centre du cercle peut être considéré comme la projection

⁹ **Holon**. Néologisme créé par Arthur Koestler à partir du grec *holos* « tout », associé au suffixe « on » désignant une particule, une partie, comme dans proton ou neutron. Le holon désigne une entité postulée chargée de représenter le concept de Je/Non-je ou de Tout/Partie de toute manifestation, de la plus simple (entité) à la plus complexe (système). Les holons s'organisent en systèmes et constituent des holarchies. La description du système holarchique se trouve dans les deux livres de Koestler cités en bibliographie.

d'un sommet.

Regardez une montagne ou un cône : la projection de leur sommet donne le centre d'un cercle. Le symbole du centre est donc identique à celui du sommet. D'un sommet, il n'y a plus d'obstacle pour le regard ; quand on est au sommet d'une montagne, on voit tout alentour, on est donc plus lucide, on sait ce qui peut arriver. Ensuite, devant l'espace qui se découvre devant soi on se sent paisible, dilaté, on peut respirer. Enfin on est libre, on a la possibilité d'agir comme on le désire, on devient puissant. Donc, celui qui fait des efforts pour s'approcher du point central possède la clarté, la paix et la liberté. Vous voyez, que de choses à dire sur le centre du cercle ! (Aïvanhof, 1992, 60-63).

Profondeur et envergure : deux types de centrage

Aïvanhof nous décrit deux types de centrage : un centrage à l'horizontale et un centrage à la verticale. Si nous reprenons le modèle holarchique développé par Arthur Koestler et largement évoqué dans le livre 2 d'approche tissulaire, horizontale (envergure) et verticale (profondeur) représentent les deux dimensions spatiales essentielles d'une hiérarchie – ou d'une holarchie, pour reprendre le terme utilisé par Koestler : comme pour le cône, un système hiérarchique se développe dans l'espace et dans le temps. Le nombre de degrés que comporte une hiérarchie en détermine la *profondeur* ; le nombre d'entités (de holons, dirait Koestler) existant à chaque degré en détermine l'*envergure* ou l'*étendue*. Il existe un lien spatio-temporel entre profondeur et envergure : plus on descend dans la profondeur, plus l'envergure augmente. C'est le schéma même du cône.

Le concept de niveau est arbitraire ; il dépend de l'observateur et de ce qu'il décrit. Si nous décrivons une maison à trois étages, nous pouvons considérer chaque étage comme un niveau et dire que la maison a une *profondeur de trois* – trois niveaux. Mais nous pouvons également compter chaque marche d'escalier comme un niveau, et si vingt marches séparent chaque étage, dire que la maison comporte soixante niveaux, ou une profondeur de soixante. En revanche, même si ces échelles sont relatives ou arbitraires, les places relatives ne le sont pas. Que l'observateur décrive la maison comme ayant trois ou soixante niveaux, le deuxième étage reste toujours plus élevé que le premier. Cet arbitraire (le choix de l'échelle) ne pose pas de problème tant que nous utilisons la même échelle relative : que nous utilisons l'échelle Fahrenheit ou Celsius pour mesurer une température ne change rien à la pertinence des résultats (Tricot, 2005-62-63).

À chacune de ces dimensions correspond un centrage. Le centrage par rapport à l'horizontale nous évite la dispersion vers l'extérieur de nous qui nous fait perdre conscience de ce que nous sommes réellement et nous conduit vers le paradigme de la terre plate¹⁰. Le centrage par rapport à la verticale nous remet en connexion avec la ou les sources de la hiérarchie. Il est mouvement vers la transcendance¹¹.

« Plus grande est la profondeur d'un holon, plus grand sera son degré de conscience. Conscience et profondeur sont synonymes. Tous les holons ont un certain degré de profondeur, aussi minime soit-il, parce qu'il n'y a pas de fond, en bas. Avec l'évolution, la profondeur devient de plus en plus grande – la conscience devient de plus en plus grande. Quelle que soit la profondeur des atomes, celle des molécules est encore plus grande. Et les cellules ont plus de profondeur que les molécules. Et les plantes en ont plus que les cellules. Et les primates, plus que les plantes.

Il y a un spectre de la profondeur, un spectre de la conscience. Et l'évolution déploie ce spectre. La conscience se déploie de plus en plus, se réalise de plus en plus, se manifeste de plus en plus. Esprit, conscience, profondeur – autant de mots pour dire la même chose.

Puisque la profondeur est partout, la conscience est partout. La conscience est simplement ce à quoi ressemble la profondeur de l'intérieur, 'd'en-dedans'. Alors oui, la profondeur est partout, la conscience est partout, l'Esprit est partout. Et à mesure que la profondeur augmente, la conscience s'éveille de plus en plus, l'Esprit se déploie de plus en plus. Dire que l'évolution produit une plus

¹⁰ **Paradigme de la terre plate** : Pendant très longtemps, les humains ont considéré la terre comme plate. En Europe, Anaximandre (610-547 avant J.-C.), disciple de Thalès, supposa une terre cylindrique habitée sur sa partie supérieure plane. Parménide (543-449 avant J.-C.) exprima la sphéricité de la terre et le fait que la lune est éclairée par le soleil. Copernic (1473-1543) émit la théorie héliocentrique (le soleil est immobile au centre de l'univers, et la terre, tournant sur son axe une fois par jour, fait le tour du Soleil en une année).

Plus symboliquement, le paradigme de la terre plate développe l'idée que n'est vrai que ce qui est observé par les sens : ainsi, une simple observation du paysage montre que la terre est plate. À partir de la forme de la Lune, nous savons que la forme de la terre ressemble à celle d'une pièce de monnaie. Les gens d'Australie ne sont pas sur l'autre côté de la terre, sinon ils seraient pendus la tête en bas. Des morceaux de boue séchée sur une roue tournant rapidement sont rejetés de la roue. Si nous étions en rotation à plus de 1 600 kilomètres à l'heure, nous serions logiquement rejetés de la même manière. Lorsque nous sommes en mouvement, nous avons l'impression de nous déplacer ; si la terre était en mouvement, nous le sentirions bien, etc.

Plus généralement le paradigme de la terre plate évoque l'incapacité à concevoir la profondeur des hiérarchies. Tout ce qui est observé prend alors la même valeur.

¹¹ **Transcendance**. En phénoménologie, processus par lequel la conscience, se dépasse pour ne plus se considérer seule, mais comme intégrée à un objet, un groupe, ou une conscience plus vaste. Elle est actualisation d'autrui et proportionnelle potentialisation de je, l'ego.

grande profondeur revient simplement à dire qu'elle déploie plus de conscience. » (Wilber, 1997, 73).

Fulcrums

Modéliser le système corporel comme agrégat de consciences, c'est aussi le modéliser comme agrégat de fulcrums. Le mot *fulcrum* nous vient de l'anglais, mais il est d'origine latine, signifiant « point d'appui ». Dans mes traductions, j'ai volontairement conservé le terme anglais, emblématique de l'ostéopathie.

Pour nous, un fulcrum – ou point d'appui – peut être objectif, c'est-à-dire de nature matérielle (point d'appui ou centre mécanique) ou subjectif, c'est-à-dire immatériel (centre de conscience). Le concept de fulcrum est relié à l'espace.

Si toute matière est en mouvement et si tout mouvement est fluctuant dans sa phase primaire, la fluctuation étant composée de deux cycles, l'un expansif et l'autre contractile, alors la fluctuation est rythmique. Si une phase est produite par l'autre, alors il doit y avoir un échange de facteur d'énergie entre les deux phases de la fluctuation, puisque le mouvement demande de l'énergie pour se produire. Si la fluctuation survient dans toute matière, il doit y avoir un point central à partir duquel elle prend naissance et ce point alors n'a pas de mouvement et peut être appelé un fulcrum. Ainsi, il doit y avoir un fulcrum pour chaque atome, chaque molécule, chaque masse de matière (Schooley, 1951, 72-73 & Magoun, 2000, 102-103).

L'approche tissulaire étend le concept de fulcrum au domaine non matériel. Elle envisage la cellule comme une conscience déterminant un espace limité par une membrane et centré sur un fulcrum. Le corps se conçoit alors comme une organisation d'espaces et de limites, centrés sur des fulcrums. Un espace organisé de consciences ou un espace de consciences organisées... Cette juxtaposition d'espaces limités finit par constituer des volumes et donc des formes, le tout manifestant un mouvement permanent d'expansion/rétraction, conséquence perceptible de la vie manifestée. Pour nous, il y a, dans tout système vivant, association de fulcrums matériels et de fulcrums immatériels. Le corps est envisagé comme un ensemble liquidien pulsatile rythmique – expansion/rétraction –, organisé par un système de cloisonnement fibreux – membranes, fascias –, centré mécaniquement sur le fulcrum de Sutherland.

Par ailleurs, un fulcrum peut être physiologique, c'est-à-dire qu'il est intégré dans l'organisation du système qui fonctionne avec lui. Il peut également être *aphysiologique*, voire même pathologique, c'est-à-dire imposé au sein du système. Une rétention, à cause de la rétraction tissulaire qu'elle crée, impose un fulcrum *aphysiologique* que le système doit gérer en créant des adaptations et compensations.

Entre tangible et subtil

L'enracinement, c'est la présence au dense, le lâcher prise, la présence au subtil. Nous pourrions résumer cet exercice en disant qu'il faut apprendre à *laisser* reposer ce qui est pesant et *laisser* s'élever ce qui est léger, *tout en maintenant une connexion consciente entre les deux*. Dans cette optique, le centrage, c'est à la fois retrouver notre être profond et créer un lien conscient entre cet être et la matérialité dans laquelle nous vivons. C'est créer un lien conscient, entre immatériel et matériel. *Des racines et des ailes* en quelque sorte...

Je, un fulcrum

Dans ce contexte, *Je* ou le Partenaire Silencieux devient un fulcrum sur lequel nous nous centrons et sur lequel aussi nous allons pouvoir centrer le patient.

Par définition, un fulcrum est immobile par rapport à ce qu'il centre et mobile par rapport à ce qui le centre. Ainsi, on peut dire que l'immobilité centre le mouvement. À partir du moment où l'on crée un point d'appui ou un fulcrum distant par rapport au système contacté, il est logique que des mouvements naissent, notamment au sein des tissus du patient, lorsque notre attention est sur eux. En fait, le centrage entre enracinement et lâcher prise permet d'installer deux types de fulcrums : un fulcrum physique (enracinement) et un fulcrum spirituel (lâcher-prise) et de les relier. Pour nous, les deux sont indispensables.

En fait, cela se résume à quoi ou qui vous vous en remettez. Votre Partenaire Silencieux est un point d'appui ; il est absolument immobile. Il n'y a pas d'énergie en mouvement dans le Partenaire Silencieux, aucune. Il est tout énergie, mais elle n'est pas en mouvement. C'est en fait la source de l'énergie, l'état duquel vient l'énergie. Ce n'est pas de l'énergie en mouvement, c'est un pur potentiel. C'est omnipotent. Il n'y a aucun mouvement et c'est pourtant tout mouvement. *C'est*, tout simplement, et vous vous en remettez à lui. [...] C'est une tranquillité vivante dont notre conscience en éveil peut avoir conscience. Cette conscience en éveil est avec notre grand Esprit, non pas notre petit esprit (Becker, 2000, 30).

Poupées russes

Mais puisque le modèle tissulaire envisage les consciences comme organisées les unes par rapport aux

autres, comme des poupées russes en quelque sorte, pourquoi ne pas envisager de nous relier à d'autres consciences qui nous centreraient, nous engloberaient ? Cela peut nous permettre de rencontrer le *Je* ou Partenaire Silencieux du patient, de l'englober dans notre séance et de l'y faire participer, mais sans doute aussi d'aller plus loin et de contacter d'autres consciences plus *centrales* encore et d'en recevoir intuitions et informations pour aider le patient à recouvrer sa santé. Ce mouvement correspond typiquement à une centrage vertical. Il est transcendance. En nous reliant à des niveaux de conscience plus élevés dans la hiérarchie, il nous permet de transcender nos limites. Mais il suppose effectivement, comme le suggère fortement Rollin Becker, d'accepter de s'oublier (potentialisation de l'ego ou anti-dispersion) et de s'abandonner à plus vaste et plus puissant...

Jusqu'où peut-on aller ? Je ne le sais pas exactement. Ce qui m'intéresse, c'est le concept de fulcrums arrangés, emboîtés les uns dans les autres ainsi que la possibilité d'une transcendance de mon ego, donc de mes limites. De plus, en tant qu'ostéopathe, je me sens appartenir à une lignée composée de fulcrums/consciences importants, impliqués dans la création, le développement et la propagation du concept ostéopathique et auxquelles je peux me relier consciemment. Quelques uns sont « incontournables », notamment Sutherland, et surtout Still, le fulcrum de l'ostéopathie. Mais Still lui-même était centré sur d'autres fulcrums qui lui ont transmis l'ostéopathie. À Still, j'associerai Herbert Spencer chez qui Still a puisé l'essentiel de la philosophie ostéopathique¹² et d'autres (Swedenborg) qui lui ont donné des fulcrums de nature plus spirituels. Il en est sans doute d'autres dont je ne connais pas l'identité mais auxquels il est virtuellement possible de se relier... Le lâcher prise permet de les contacter, même s'il n'y a pas une conscience parfaitement claire de ce qui se passe.

Un Fulcrum pour les fulcrums ?

Existe-t-il un Fulcrum des fulcrums, centre de toute la création ? Je n'ai bien entendu pas de réponse à proposer, mais la suggestion paraît logique, au moins en théorie, au regard de notre modèle. Pourquoi dès lors, ne pas tenter de s'y connecter, en fonction de la manière dont nous le comprenons et l'appréhendons ? Cette expérience est évidemment personnelle, échappant probablement à toute description, mais je pense qu'elle vaut la peine d'être tentée, seul avec un ballon ou même avec le patient sur la table...

Lorsque je pense à qualité de présence, me vient l'image de Sutherland et ce qu'il désirait évoquer en se référant au Psaume 46 de la Bible : « Be Still and know » que l'on peut traduire par « Apaise-toi et sache » ou « Sois immobile et connais » ou « Immobilise toi et sache »¹³. 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) (Tricot, 2005, 132).

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 (Desjardins, 1972-I, 29).

Mes doigts qui pensent, sentent, voient et savent sont intelligemment guidés par le Grand Architecte qui a conçu ce mécanisme. L'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le fil. » Permettez-moi de répéter : « l'interprétation que j'en donne importe peu, pourvu que mon trolley mental demeure en contact avec le fil. » (Becker, 1997, 38).

Centrage et relation thérapeutique

Je n'ai pas l'ambition de développer ici de manière exhaustive la relation thérapeutique. De nombreux ouvrages y sont consacrés et de nombreux autres le seront sans doute... Je l'ai déjà évoquée dans le livre 1 d'approche tissulaire (Tricot, 2003, 243-255) et désire simplement l'aborder relativement au modèle d'actualisation/potentialisation développé par l'approche tissulaire¹⁴ (Tricot, 2005, 35-52).

Rollin Becker évoque le médecin intérieur existant en chacun de nous et cherchant à manifester la santé. C'est un point philosophique de base de l'ostéopathie auquel j'adhère sans réserve. Je voudrais l'envisager au regard de l'actualisation/potentialisation.

¹² Voir à ce sujet *Naissance de l'ostéopathie* de Carol Trowbridge.

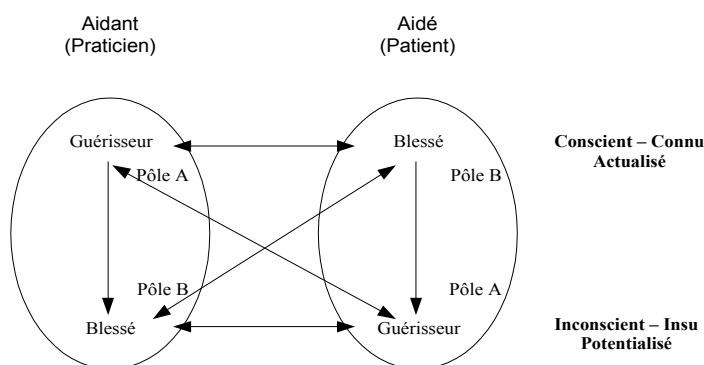
¹³ La citation complète serait : « Apaise-toi et sache que *Je* suis, Dieu. »

¹⁴ Le concept d'actualisation/potentialisation me vient de Stéphane Lupasco.

Le couple thérapeute/patient

La relation thérapeutique peut s'analyser comme un couple au sein duquel existent deux pôles, le pôle thérapeute et le pôle patient, auxquels on pourrait évidemment donner d'autres noms : aidant/aidé, médecin/malade, etc. Charles Chalverat¹⁵ parle du couple guérisseur/blessé, développe l'idée que ce couple existe de fait chez chacun des deux protagonistes de la relation thérapeutique et que c'est l'actualisation du pôle guérisseur chez le praticien et l'actualisation du pôle blessé chez le patient qui crée la base de la relation thérapeutique :

L'aspect polaire de l'archétype du guérisseur blessé prend une importance toute particulière, dans le sens qu'un des deux pôles de l'archétype se trouve, au départ, dans le conscient de chaque partenaire alors que l'autre pôle se place dans l'inconscient, et cela de manière inversée. Un schéma nous aidera à comprendre la dynamique complexe qui s'installe dans la relation entre aidant et aidé lorsque cet archétype est constellé. Ce schéma s'inspire de la théorie du transfert de C. G. Jung (1980).



Le couple thérapeute/patient

En chacune des deux personnes en présence, il y a une part de guérisseur (pôle A) et une part de blessé (pôle B). L'aidant, qu'il soit faiseur de secret¹⁶, médecin, travailleur social ou psychothérapeute, se présente socialement comme celui qui offre une aide montrant par là le pôle guérisseur de l'archétype. Le pôle blessé est dans l'ombre.

Celui qui a besoin d'une aide se présente socialement comme blessé. Au dessous du seuil du conscient se trouve sa part guérisseur. En principe, le travail de l'aidant consiste à éveiller le guérisseur intérieur du patient, alors que ce dernier, blessé, va éveiller par résonance la blessure intérieure de l'aidant (Chalverat, 1999).

Dans notre jargon, nous dirions que le praticien actualise le pôle guérisseur et potentialise d'autant le pôle blessé, l'inverse se produisant chez le patient. Les positionnements du praticien et du patient s'établissent la plupart du temps à l'insu des deux protagonistes. Et de là peuvent découler de nombreux problèmes :

Si quelqu'un devient malade, c'est l'archétype médecin/malade qui se constelle. Le malade cherche un guérisseur extérieur, mais en même temps s'active un guérisseur intérieur... C'est le médecin dans le patient lui-même qui guérit, tout autant que le médecin qui intervient de l'extérieur. Le facteur de guérison, c'est le médecin en nous. Aucune blessure, aucune maladie ne peut guérir, si le guérisseur intérieur ne se met pas à agir... Il faut que quelque chose dans le corps et dans l'âme coopère pour que la maladie et les traumatismes soient surmontés (Guggenbühl-Craig, 1985, 118).

Mais une des polarités de l'archétype peut être refoulée et la partie refoulée projetée. Le malade peut projeter le guérisseur intérieur sur le médecin traitant et ce dernier, ses propres blessures sur le malade... Il ne se constelle alors plus de facteur de guérison chez le patient. Le médecin devient « rien que guérisseur » et le patient devient « rien que malade ». On tombe dans le piège de *la réunification avec l'autre pôle de l'archétype s'opérant par le pouvoir*. L'aidant fait de son patient l'objet de ses velléités de puissance. Il devient un homme puissant, non à cause de sa force, mais au moyen d'une dérobade psychologique, tandis que le patient s'installe dans une confortable soumission. Le désir du pouvoir et de la soumission sont ici l'expression d'une tentative de réunification de l'archétype scindé. Le client se mue en patient éternel. L'aidant croit que c'est lui qui guérit, il se sent comme le facteur guérisseur et oublie que sa fonction consiste essentiellement à permettre au facteur

15 Formateur à l'École d'Études Sociales et Pédagogiques de Lausanne.

16 Le « secret » est une incantation, sous forme de prière que le guérisseur prononce en pensant au malade. La consultation se déroule à distance et le « faiseur de secret » ignore généralement l'identité du patient. Il soigne gratuitement. Le « secret » se transmet au sein d'une même famille ou à une connaissance. Il sert à guérir verrues, entorses, lumbagos, eczéma ou à stopper les hémorragies. Il atténue aussi la douleur des brûlures, d'où le surnom de « coupeurs de feu ». En Bretagne, on parle de « panseur de secret ».

guérisseur de s'éveiller ou de se maintenir (Chalverat, 1999).

L'importance de cette considération est évidente, tant pour le patient que pour le praticien.

Pour le patient

Le patient qui, par définition, actualise le pôle blessé, potentialise d'autant son pôle guérisseur. S'il se fige trop dans ce mécanisme, il ne permet pas au pôle guérisseur de s'actualiser suffisamment pour obtenir amélioration ou même guérison de son état. Il reporte alors toute l'action guérisseuse sur l'extérieur, dont il attend la solution (d'un praticien, d'un médicament, d'une technique, etc.), au lieu de la chercher à l'intérieur. Nous retrouvons ici le schéma classique dans lequel s'est enfermé (notamment depuis Pasteur) le système bio-médical.

Pour le praticien

Le praticien qui, par définition actualise le pôle guérisseur, potentialise d'autant son pôle blessé, voir même le refoule, ce qui détermine une altération de la relation thérapeutique :

Pour éviter ce piège dans lequel beaucoup d'aidants tombent et dans lequel tombent aussi beaucoup de praticiens des médecines populaires, il est absolument nécessaire que celui qui occupe la place de l'aidant reste relié à sa part blessée, ceci impliquant l'exigence de rester en contact avec ses fragilités, ses ombres et ses faiblesses et de se garder de l'illusion d'avoir une fois pour toutes tout résolu.

En s'identifiant complètement avec le seul pôle guérisseur de l'archétype, l'aidant vit une véritable inflation psychique caractérisée par un gonflement de la personnalité au-delà des légitimes limites individuelles. Il n'est pas facile pour la psyché humaine de supporter les polarités. Il est plus aisé de refouler la part encombrante et de la projeter à l'extérieur. Par contre, si l'aidant sait à la fois contenir ses deux pôles et se rendre attentif aux résonances qui peuvent s'établir entre les problématiques du patient et les siennes, et y travailler pour garder une certaine avance, il autorise le patient à être en relation avec sa part guérisseur intérieure. Dans cette dynamique, la cohérence de l'un amène la cohérence de l'autre. Plus l'aidant se met en lien conscient avec sa part blessée, plus son patient pourra se mettre en lien avec sa part guérisseur.

Le processus ainsi engagé n'est plus seulement un relation d'influence de l'aidant sur l'aidé, mais une véritable coévolution qui exige de l'aidant une grande consistance personnelle, puisqu'à chaque fois il doit accepter de se mettre en route lui-même autant que son patient. L'aidant reconnaît qu'il est au service d'une démarche dont il n'a pas la maîtrise, puisque l'essentiel n'est pas le processus d'influence, mais l'activation de la fonction transcendante en chacun des partenaires. Jung définit la fonction transcendante comme étant la faculté que possède l'inconscient de sécréter un troisième terme dans des situations de polarité apparemment indépassable. Pour trouver l'issue, il est alors souhaitable de s'en remettre à cette fonction qui réunit les opposés dans une conjonction dynamique. Cela veut dire qu'il s'agit de supporter le conflit jusqu'à ce que surgisse l'événement inattendu qui retourne la situation ou la place sur un autre plan. La solution créatrice peut apparaître comme un renouvellement porteur de vitalité et de sens, comme un salut divin. Nous rejoignons en cela les traditions les plus anciennes de l'art de guérir, telle que la conception que l'on pouvait trouver dans la Grèce Antique qui affirme que seul le guérisseur divin peut aider, l'humain ne pouvant que faciliter l'apparition dudit guérisseur divin (Chalverat, 1999).

Le centrage au sein du couple thérapeute/patient

Ici aussi, un centrage est nécessaire qui doit permettre aux deux protagonistes du couple thérapeute/patient de trouver une place permettant à chacun de vivre cette relation de manière constructive. Le praticien porte une responsabilité plus importante puisque c'est lui qui est en charge de la gestion de la relation avec son patient. Il lui incombe en particulier de renouer avec sa partie blessée, au lieu de la rejeter voire de la refouler. Ce point est important, parce que outre l'enflure de l'ego mentionnée ci-dessus, le refoulement de cette partie blessée le conduit très souvent à une attitude de non sympathie, de non compréhension du patient et de ses difficultés, ce qui ne permettra pas à la partie guérisseur du patient de s'activer de manière optimum. Au mieux, la relation ne fonctionnera pas, au pire, elle maintiendra le patient dans une actualisation de son pôle malade qui ne lui permettra pas d'accéder à une véritable guérison.

Accepter ses blessures

Mais, l'acceptation par le praticien de son pôle blessé peut également l'empêcher de trouver la position juste par rapport à son patient : soit il peut se laisser trop impliquer dans le problème du patient qui devient en même temps son problème, soit le mal-être généré par les résonances de son propre cas peut le conduire à une attitude non neutre, non juste, peut-être agressive vis à vis du patient, jugé responsable de ce mal-être. Dans les deux cas, il n'offre pas au patient un fulcrum, un point d'appui suffisamment stable et suffisamment neutre pour l'aider à régler son problème de l'intérieur...

Praticien patient

Ce centrage est donc nécessaire, mais il est subtil. Il me semble que la seule véritable solution pour le praticien, c'est d'accepter de devenir lui aussi patient, c'est-à-dire d'accepter son pôle blessé au lieu de le re-

jeter ou de le refouler. Mais si ce point est un préalable indispensable, il ne me paraît pas suffisant. En effet, ses blessures constituent autant de points de dispersion qui entravent son centrage... Il lui faut donc aller plus loin et mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les guérir. Retrouver ses vieilles blessures et les guérir lui permettra d'accéder à une meilleure compréhension de ce qu'il se passe chez son patient, tout en lui permettant de rester neutre, parce que non engagé personnellement dans ce qui se montre au cours de la séance (non mis en résonance – non dispersé, donc centré).

Présence à l'unisson

Revenons aux rétentions qui créent, selon nous, le cas ostéopathique d'une personne (praticien ou patient, peu importe). La caractéristique d'une rétention, déjà évoquée dans les ouvrages consacrés à l'approche tissulaire (Tricot 2003, 97-110 & 2005, 106-122) est de maintenir une partie de l'agrégat dans un autre espace-temps-énergie que celui qui se vit dans le présent. Les rétentions agissent donc comme autant d'agents dispersant l'attention de *Je* qui l'empêchent d'accéder à la véritable présence, à cause des parties de lui demeurées dans le passé. Libérer ses rétentions (qu'elles existent dans la matière biologique, neuro-psychique ou spirituelle), c'est ramener ces parties de nous dans ce qui se vit dans le présent, c'est aussi se réunifier, ce centrer donc. Outre le fait de ne plus être mis en résonance par des événements similaires vécus chez le patient, cela améliore la qualité de présence de l'agrégat tout entier. Cela permet au praticien de renouer le lien à son véritable *Je* ou Partenaire Silencieux tel qu'évoqué par Rollin Becker, de retrouver plus facilement l'unité. On pourrait également dire que cela permet de créer un bien meilleur ***unisson de présence***, dans lequel ***le tout vaut plus que la somme des parties***, d'améliorer d'autant la qualité du centrage entre enracinement et lâcher prise, de pouvoir plus facilement rejoindre les rétentions du patient dans leur densité, pour les aider à se résoudre. Cela crée, en bref, de meilleures conditions pour que le praticien puisse offrir à son patient le fulcrum stable dont il a besoin pour guérir ses blessures. Comme je le répète bien souvent : **un praticien doit être patient.**

Questions réponses

Q : Ce que propose R. Becker semble séduisant, mais cela modifie complètement la manière d'envisager l'acte thérapeutique ostéopathique et je me demande bien comment procéder pour m'engager sur ce chemin.

R : Cette question nous ramène à la qualité de la relation s'établissant entre le praticien et le patient, conséquence directe de la conscience qu'a le praticien de lui-même et de l'acte thérapeutique ostéopathique, ce qui nous impose de revenir sur les fondements de cette relation et sur la manière dont elle s'active. Tout d'abord, rappelons les propos de R. Becker, indiquant qu'il n'existe aucune différence fondamentale entre un praticien et un patient ; ce sont deux êtres humains :

Le praticien est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante. Son patient est doté des mêmes qualités, c'est-à-dire qu'il est un mécanisme respiratoire primaire involontaire au sein d'une physiologie corporelle volontaire vivante (Becker, 1997, 138).

Qu'est-ce ce qui différencie alors le thérapeute du patient ? Autrement dit, qu'est-ce qui installe un des deux termes de ce binôme dans le rôle de thérapeute ? Essentiellement une convention implicite dans laquelle, nous venons de le dire, chacun actualise un pôle différent du couple guérisseur/blessé, ce qui établit un contrat tacite entre le praticien et une personne venant chercher de l'aide, transformant un système corporel en thérapeute et lui conférant le statut de fulcrum. Dans l'échange qui s'établit, le pôle praticien devient un point d'appui à partir duquel (et non pas dans lequel) le système corporel du patient peut se décharger et retrouver une harmonie, une cohérence. Selon la conscience qu'a le praticien du rôle qu'il joue et la manière dont il envisage son patient, la relation peut se façonner de manière très différente.

Puisque, selon notre modèle, patient et praticien sont tous deux des systèmes de consciences organisées et centrées, leur relation est une relation de consciences, potentiellement communicantes. J'insiste sur le qualificatif ***potentiellement*** car c'est la conscience qu'a le praticien de ce qui se constelle qui détermine comment elle se façonne : selon qu'il a conscience ou non d'avoir affaire à des systèmes conscients, son regard et son comportement seront, en effet, très différents.

S'il n'en a pas conscience, il ne va discerner du patient que le *corps chose* et s'adresser à lui comme à un objet sur lequel pratiquer des techniques destinées à modifier ce qu'il estime devoir l'être. Savoir et expérience déterminent ce qu'il faut faire (action ou prescription) pour aider le patient et les outils utilisés sont des « outils choses » ou agents extérieurs *imposés* au patient. L'attention porte plus sur les informations circulant du praticien *qui fait* vers le patient *qui reçoit ou subit*. L'opérateur peut même en oublier presque complètement les informations venant de son patient, ou les négliger, les considérant comme mineures ou sans intérêt. Dans ce cadre, celui assez typique de la relation bio-médicale actuelle, le praticien a tendance à privilégier le savoir : son efficacité lui semble, pour l'essentiel, en dépendre. Cette relation actualise plus

particulièrement le « faire », potentialisant d'autant l'« être » (Tricot, 2003, 246-248).

Si, en revanche, le praticien envisage son patient comme un *système de consciences* et s'adresse à elles comme à des sujets, une réelle communication peut s'établir donnant une relation beaucoup plus riche, beaucoup plus vivante, pleine aussi d'indéterminations, voire d'étrangetés. Le praticien ne sait pas forcément pour son patient et n'est plus seulement celui qui **fait** quelque chose chez le patient. Il devient co-acteur, observant de ce qui **se fait** chez le patient suite à ce qu'il a induit par sa présence, son attention et son intention, outils de base de la conscience, et agit en conséquence. Un véritable **feedback** se développe entre les deux protagonistes, actualisant plus particulièrement l'« être » et potentialisant d'autant le « faire » ou, plus exactement le transférant du praticien au patient.

« Au moment où le praticien pose les mains sur un patient pour établir un diagnostic et procéder à un traitement palpatoire, il participe avec lui à une expérience quantique de partage. Lorsqu'il travaille avec les tissus vivants du patient, il lui est totalement impossible d'être un observateur neutre ou impartial. [...] Par conséquent, la palpation devient un échange vivant entre deux corps vivants. Le praticien fait beaucoup plus qu'observer.[...] Sa propre conscience de la vie qui l'habite désirent comprendre la fonction vivante au sein du patient est un stimulus suffisant pour invoquer le mécanisme respiratoire primaire et la physiologie corporelle du patient afin qu'ils montrent leurs mécanismes et la réponse des tissus au toucher participatif du médecin. Il s'agit réellement d'une unité quantique d'échange mutuel entre praticien et patient. » (Becker, 1997, 138).

Par ailleurs, le passage d'un type de relation à un autre n'est pas brutal. Il se fait plutôt comme un « fondu enchaîné », dans lequel actualisation et potentialisation réciproques du faire et de l'être se modifient à l'inverse et graduellement selon l'évolution de la conscience du praticien. **Progressivement**, il « fait » de moins en moins et « est » de plus en plus. De nature asymptotique, cette progression ne cesse jamais. Ainsi, même lorsque le praticien est résolument passé du côté de la relation d'être, la qualité relationnelle se raffine encore, en fonction de son évolution personnelle qui le conduit à modifier la qualité de sa présence, de son centrage et les niveaux de consciences auxquels il parvient à se connecter. Cependant, sur ce *curseur* entre « faire » et « être », la mobilité doit demeurer qui permet de s'adapter au patient, la fixation créant un fulcrum *aphysiologique*, source de rigidités et d'inadaptation relationnelle...

Dans cette évolution, un des écueils essentiels rencontré par le jeune praticien, est le *désir de bien faire*. Il peut arriver que le témoignage d'un praticien plus âgé et l'expérience vécue à son contact touchent si fortement son être qu'il acquiert la certitude qu'il « n'y a que ça de vrai »... Et, du même coup, le voilà figé dans un type de comportement, désirent ardemment *faire* comme son aîné et ce, instantanément. Voyant ce qui est visible, le *faire*, il ne discerne pas qu'il assiste à la projection d'un *être*. Ainsi désire-t-il imiter le faire, oubliant l'essentiel, l'être. De plus, outre son manque d'expérience, il néglige, voire rejette (dénie) ses propres limites, reliées à ses blessures non guéries qui immanquablement, un jour ou l'autre, le feront retomber d'autant plus violemment qu'il a voulu monter trop vite trop haut, oubliant son propre cas. En particulier, désirent à tout prix ressembler à son aîné qu'il admire, le praticien débutant peut refouler sa partie blessée (celle qui l'empêche d'accéder aux mêmes niveaux que son aîné), se mentir à lui-même, se considérant comme « tiré d'affaire » (il a découvert **la** vérité) et bien entendu à son patient et, comme indiqué plus haut, établir une relation figée et faussée dans laquelle « *l'aidant fait de son patient l'objet de ses velléités de puissance. Il devient un homme puissant, non à cause de sa force, mais au moyen d'une dérobade psychologique.* » (Chalverat, 1999). Une fois engagé dans ce piège, il est difficile d'en sortir...

Est-ce à dire qu'une relation d'être est impossible au débutant ? Certes non, mais la sagesse voudrait que ledit débutant accepte de la vivre avec ses limites présentes, ce qui rend sa relation au patient peut-être, moins « parfaite » que celle d'un aîné, mais plus juste par rapport à ce qu'il **est** vraiment dans le présent. Dans une véritable relation d'être, l'authenticité est de rigueur et la tricherie, même inconsciente (faire « comme si ») se paie cher, autant pour celui qui se trompe que pour ceux dont il s'occupe.

Q : D'après R. Becker, il suffit de se centrer et de se relier aux Partenaires Silencieux, or dans l'approche tissulaire, on fait bien plus que cela. Malgré ce que vous venez de dire, j'ai l'impression que vous êtes toujours dans un certain « faire » : au minimum, vous rentrez dans les densités, ou rétentions, mais en plus vous dialoguez avec elles, donc vous agissez sur elles. Ce n'est pas seulement de la présence...

R : Tout d'abord, il convient de rappeler que si vous envisagez « être » et « faire » comme les deux pôles d'un couple, vous ne pouvez jamais actualiser totalement l'un, ce qui potentialiserait totalement l'autre. Il s'agit toujours d'un mélange dont vous ne pouvez que modifier les proportions. Il est donc impossible de seulement « être » ou seulement « faire ». De plus, selon que le praticien privilégie le côté « faire » ou le côté « être », il utilisera plus volontiers des outils objectifs ou les outils subjectifs. La clé de la gestion de ce couple se trouve dans la capacité qu'a le praticien de se mouvoir entre ces deux pôles. De là découle la justesse de son positionnement sur ce curseur et l'adaptation au cas du patient des outils qu'il va privilégier, en fonction de ses difficultés, de ce qu'il peut gérer, du contexte de la séance, etc.

Par ailleurs, même si ses propos et sa manière de faire indiquent qu'implicitement, il s'adresse à des

consciences, R. Becker ne développe pas explicitement le modèle d'un système fait de consciences. Il ne parle pas non plus de rétentions. Rappelons que ce qui caractérise une rétention dans l'approche tissulaire, c'est la rupture dans l'échange entre un groupe de consciences au sein d'un système de consciences qui crée une relative séparation du premier par rapport au second. Ne pourrions-nous pas voir ce mécanisme comme une séparation du *Boss* dont parle Becker ?

De plus, l'approche tissulaire modélise plusieurs niveaux de rétention (Tricot, 2005, 106-110). À la base, une rétention correspond à l'augmentation de l'actualisation des *je* (les consciences), ce qui potentialise d'autant l'*autrui* (le système auquel elles appartiennent). Remarquons déjà que si cette actualisation de certains *je* semble permettre à un groupe de consciences de survivre face à une situation délétère, elle constitue, si elle persiste, un mauvais plan, dans la mesure où la survie des individus dépend de la bonne survie de l'ensemble du système auquel ils appartiennent, laquelle dépend de la qualité de la participation de ses parties au fonctionnement du tout... Cependant, même s'il y a une certaine séparation, nous demeurons dans le domaine du physiologique : les consciences, même si elles privilégient leur existence propre au détriment du fonctionnement de l'ensemble, continuent de fonctionner. Dans ce cas, la simple présence du praticien bien centré et l'abandon aux Partenaires Silencieux suffiront la plupart du temps à remettre ces consciences en communication.

Mais, le modèle tissulaire présente un autre cas de figure. Celui dans lequel, la souffrance des consciences du système corporel (au niveaux de ses différentes « matières ») a été tellement forte à un moment donné, qu'elles se verrouillent dans leur refus. Il y a *déni* de ce qui s'est produit. (Tricot, 2005, 109). Pour les rejoindre, les seuls enracinement et présence ne suffisent plus. Il faut que le praticien « fasse » plus, aussi bien pour les rejoindre dans leur densité (enracinement, compression) que dans leur non-conscience ou déni. Il faut leur parler « plus fort », d'où les outils développés dans le niveau 2 d'approche tissulaire (dialogue et interrogation tissulaires, régression consciente, technique sur les flux).

Le *modus operandi* proposé par l'approche rend compte de ces différences en proposant de travailler en respectant une gradation allant du global au spécifique : d'abord le travail de simple enracinement/lâcher prise avec attention globale sur les consciences corporelles, le praticien laissant tout ce qui le peut se libérer au simple contact de sa présence, reliée aux Partenaires Silencieux. Puis, en fonction des résistances rencontrées, focalisation plus précise de l'attention et utilisation progressive des outils de dialogue et d'interrogation tissulaires. Rappelons l'ordre de mise en place proposé par l'approche :

1. Présence, enracinement (se relier aux densités), lâcher prise (se relier aux consciences).
2. Intention de séance.
3. Attention globale, laisser le temps à tout ce qui peut se libérer de le faire.
4. Attention focale sur ce qui résiste, laisser le temps de se libérer spontanément.
5. Dialogue tissulaire (incitation au refus, « qui ne veut pas ? »).
6. Interrogation tissulaire à la recherche de l'origine de la rétention.

Rappelons un essentiel : utilisées judicieusement, les aides proposées (étapes 4 et suivantes) peuvent se révéler particulièrement efficaces. Mais elles ne sont que des aides et ne sauraient *en aucun cas* se substituer à la qualité de l'enracinement, de la présence, de l'attention et de l'intention du praticien. Allons plus loin : utilisées avec ces paramètres défailants, elles ne fonctionneront tout simplement pas, parce qu'elles sont raffinement et sophistication de ces qualités de base.

La présence est beaucoup plus importante que la technique. Les débutants veulent apprendre toujours plus de techniques. Lorsque vous deviendrez un maître, une seule technique suffira (Milne, 1995, 2).

Quel mécanisme pouvons-nous invoquer, expliquant ce qui se produit ? Par son enracinement et ses paramètres objectifs (notamment densité, tension et compression associée) le praticien va au-devant, à la rencontre, des zones densifiées. Il les rejoint dans leur retrait physique. Par le lâcher-prise, c'est-à-dire sa connexion aux consciences, il crée ou recrée un lien entre la zone en refus et des consciences plus englobantes (autres consciences, Partenaire Silencieux, Boss, La Conscience, selon la manière dont il conçoit les choses). On pourrait formuler cela dans l'autre sens et dire qu'il ramène la conscience dans la zone en mal-communication ou mal-conscience. Cette remise en communication entre les deux pôles (objectif et subjectif) permet à la zone qui avait « choisi » le retrait, la non-communication, le déni, d'opter pour une autre solution et de se remettre en communication. Après tout et selon notre modèle, la conscience, donc l'échange, c'est l'essence du vivant.

En fait, cela se résume à quoi ou qui vous vous en remettez. Votre Partenaire Silencieux est un point d'appui ; il est absolument immobile. Il n'y a pas d'énergie en mouvement dans le Partenaire Silencieux, aucune. Il est tout énergie, mais elle n'est pas en mouvement. C'est en fait la source de l'énergie, l'état duquel vient l'énergie. Ce n'est pas de l'énergie en mouvement, c'est un pur potentiel. C'est omnipotent. Il n'y a aucun mouvement et c'est pourtant tout mouvement. *C'est*, tout simplement, et vous vous en remettez à lui. Sentez la tranquillité qui s'est développée dans cette pièce. C'est la même tranquillité et vous pouvez la ressentir mais ce n'est pas quelque chose auquel vous tra-

vaillez. Si vous y travaillez, vous le ratez. C'est une tranquillité vivante dont notre conscience en éveil peut avoir conscience. Cette conscience en éveil est avec notre grand Esprit, non pas notre petit esprit. La conscience, c'est l'acceptation de quelque chose (Becker, 2000, 28).

Pour tenter de mieux comprendre ce qui se produit dans cette relation, on pourrait voir le praticien comme une sorte de *plénipotentiaire* des consciences ou de La Conscience. Ainsi, dans cette action, il se transcende, potentialise son ego qu'il met au service d'une conscience plus vaste, il *s'abandonne*, comme le dirait Becker à plus vaste conscience, devenant une sorte de *missionnaire* de La Conscience. C'est un lâcher prise parce qu'il abandonne une partie de lui-même pour s'en remettre à plus vaste, à plus puissant, etc. L'être praticien lâche ce qui n'est pas son essentiel (pas fondamentalement lui) pour rejoindre sa nature profonde, celle d'un être. Il reprend contact avec La Conscience et en même temps, il peut reprendre connaissance (voir plus haut p. 6)... Ainsi relié, ce n'est plus lui, *ego*, qui agit, mais les consciences ou La Conscience, avec en même temps une puissance décuplée. Mais, s'il recourt à un savoir faire et à une puissance d'être, il prend l'information nécessaire pour aider le patient là où elle se trouve, c'est-à-dire dans le patient, au sein des consciences en difficultés, d'où la nécessité de s'enraciner dedans... Rétablissant le lien rompu entre zone de rétention et Conscience, il permet à ce qui doit se faire de se faire chez le patient, mais ce n'est pas lui qui le fait. Il crée les conditions, assiste à la libération et l'accompagne, mais elle appartient entièrement aux consciences du patient. Il permet ce que Sutherland nomme *transmutation*.

Transmutation... C'est un changement en une autre nature, substance, forme ou condition. Ce n'est pas la même chose que... C'est différent du transformateur placé sur la ligne électrique, le câble de haute tension, qui abaisse le voltage à 110. Une transmutation change quelque chose en une autre nature ou condition (Sutherland, 1998, 291).

À ce moment-là, le processus de transmutation peut se produire et réduire le mécanisme lésionnel, corriger la pathologie et rétablir la santé pour cet individu en particulier. Voilà le principe de guérison du Maître Mécanicien à l'œuvre chez nos patients. Nous pouvons développer notre conscience de praticiens et observer Ses œuvres dans les tissus des patients (Becker, 1997, 29).

Nous interprétons cette *transmutation* comme un changement dans le choix établi par les consciences impliquées dans la rétention. Si nous reprenons l'idée qu'une rétention, c'est essentiellement l'actualisation de *je* au détriment d'*autrui*, en réponse à une situation ressentie comme dangereuse, nous pouvons dire que le groupe de consciences entré en rétention a choisi – actualisé – la solution *retrait, enfermement, séparation* (actualisation de *je*) au détriment d'autres solutions qui ont été potentialisées. Mais, bien que potentialisées, ces autres solutions demeurent présentes comme alternatives possibles au sein même de la rétention et la *transmutation*, correspond à un changement de choix donc de polarisation dans les consciences corporelles qui optent pour une autre solution. Ce changement, c'est la présence et l'enracinement du praticien qui le rend possible, mais le praticien ne prend pas lui-même la décision. Si, pour les raisons déjà invoquées, sa présence et son savoir-faire sont indispensables pour que la transformation ait lieu, il ne fait qu'observer ce qui se passe et ne saurait décider pour les consciences de son patient et ce, quel que soit le niveau auquel il s'adresse (consciences biologiques, neuro-psychiques ou autres). Voilà qui nous fait dire que les ressources sont dans le patient ou que la solution est dans le problème.

Les mécanismes inhérents à la physiologie corporelle n'ont absolument aucun problème. Ils sont littéralement au travail au sein de chacun de nous. Ils travaillent du mieux qu'ils peuvent pour nous maintenir en vie. Même si les patients ont un problème suite à un accident, à un traumatisme de naissance ou à quelque caractéristique de leur environnement, et que leur mécanisme n'est pas en accord avec ce qu'il est censé être, ils amènent également avec eux la solution à ce problème. Certains problèmes requièrent une aide extérieure, comme la chirurgie, des médicaments complexes ou un autre type d'aide. Cependant, le mécanisme n'est pas lui-même conscient de cela. Si en son sein existent quelques schémas de contrainte, il possède également, silencieusement, les outils lui permettant de se corriger. C'est la raison pour laquelle nous, les médecins, devrions être des serveurs disposés à contacter ce mécanisme inhérent au patient afin de coopérer avec les efforts entrepris pour s'aider (Becker, 1997, 20).

C'est le médecin dans le patient lui-même qui guérit, tout autant que le médecin qui intervient de l'extérieur. Le facteur de guérison, c'est le médecin en nous. Aucune blessure, aucune maladie ne peut guérir, si le guérisseur intérieur ne se met pas à agir... Il faut que quelque chose dans le corps et dans l'âme coopère pour que la maladie et les traumatismes soient surmontés (Guggenbühl-Craig, 1985, 118).

Q : J'aime assez l'interprétation de la transmutation comme changement de choix au sein de la polarité des consciences corporelles. Mais ces « choix » se limitent-ils seulement à communiquer ou ne pas communiquer ?

R : La sophistication des choix de la conscience au sein de ses polarités est relative au niveau qu'elle occupe dans la hiérarchie des systèmes auxquels elle participe. Au niveau des consciences constituant la matière biologique, les choix sont probablement élémentaires, de type binaire, et se rapportent à l'activité fondamentale de la conscience : l'échange. Ainsi, plutôt que communiquer (activité déjà relativement so-

phistiquée), nous pourrions dire plus simplement échanger. Effectivement, au niveau de conscience élémentaire, je crois bien que les choses se limitent à cela : accepter ou non d'échanger avec l'environnement.

Q : Lorsque le praticien recrée le lien entre un fulcrum immatériel (par la question « où est le fulcrum ? ») à un fulcrum matériel *aphysiologique* (une rétention) chez son patient, les tissus se mettent en mouvement et la libération se termine par un still-point. Le still-point peut-il alors être considéré comme un fulcrum ?

R : Voilà qui nous ramène aux définitions de base de *fulcrum* et de *still-point*. (Tricot, 2003, 303 & 308 et Tricot, 2005, 254 & 266) Rappelons que dans l'approche tissulaire, un fulcrum est un *point d'appui*. Il est donc relié à l'*espace*. Le still-point de libération, lui est un *moment*, donc relié au *temps*. Rappelons également que selon notre modèle, ce qui caractérise une entité consciente, c'est qu'elle crée et expérimente ses propres espace, temps et énergie (Tricot, 2005, 35-41). Espace temps et énergie constituent un continuum inhérent à la conscience et indissociable d'elle.

Une conscience ou un groupe de consciences qui se mettent en rétention (qui refusent plus ou moins d'échanger ou de communiquer) se maintiennent (et vivent donc) dans un continuum espace/temps/énergie correspondant à l'époque, au lieu et aux informations du moment de la rétention, différent du continuum espace/temps/énergie que vit le système corporel aujourd'hui. Ainsi, une rétention retient des informations du passé et crée un fulcrum *aphysiologique* qu'elle impose au système qui l'abrite et que celui-ci tente de gérer au mieux.

Au moment de la résolution, il y a *dissolution* (transmutation) de ce fulcrum *aphysiologique*, les consciences impliquées cessant de vivre dans un continuum espace/temps/énergie correspondant à l'événement passé qui a créé la rétention, et rejoignent le continuum espace/temps/énergie que vit aujourd'hui le système corporel. Le fulcrum *aphysiologique* disparaît, l'information (énergie) retenue dans la rétention se libère, et les consciences reviennent au temps présent. Cela se marque par un retour au neutre (toute l'énergie bloquée s'est libérée), un temps d'arrêt (still-point de résolution) et une dissolution du fulcrum *aphysiologique* qui disparaît.

Tout cela ne signifie aucunement qu'un still-point devient fulcrum. Ils sont de nature différente l'un relié au temps, l'autre à l'espace, mais évidemment, ils sont indissociables l'un de l'autre.

Q : La manière dont vous décrivez l'association enracinement-lâcher-prise m'étonne : il me paraît impossible de concilier ces deux points, par nature opposés. Comment peut-on être à la fois dans le lâcher-prise et dans la densité ?

R : Ce paradoxe n'est qu'apparent et probablement consécutif à la difficulté qu'éprouve la psyché humaine à supporter et à gérer les polarités. Mais n'oubliez pas que vous êtes dans un contexte de *premiers pas*. Vous souvenez-vous de votre apprentissage de la conduite automobile et de la difficulté que vous rencontriez à vous occuper à la fois des pédales, du levier de vitesse, du volant, des compteurs et parfois... de la route ? Je crois que nous sommes dans un contexte similaire. Au début, vous aurez la sensation de ne pouvoir être que dans l'une ou l'autre des polarités, puis, progressivement, vous parviendrez à vous déplacer facilement de l'une à l'autre, puis enfin, à les concilier, c'est-à-dire à être *à la fois* dans l'une *et* dans l'autre. Pour cela, il suffit de laisser peser ce qui en vous est pesant (enracinement) et de laisser s'élever ce qui est léger (lâcher prise).

Je vais vous proposer un exemple tiré de mon expérience cycliste. Je ne suis pas un grand sportif, mais dans mon adolescence, j'ai beaucoup arpenté à bicyclette les coteaux du Lauragais, aux alentours de Toulouse. Cette superbe région est particulièrement vallonnée et venteuse. Au printemps, l'ondoiement des blés sous les risées est magnifique à contempler, mais s'y déplacer à vélo n'est pas chose aisée. Il m'a fallu trouver des moyens pour vaincre la difficulté physique inhérente à ces conditions. La première chose qui m'a aidée, c'est de ne plus regarder la route ou le paysage avec un regard présent, mais de figer le regard dans le vague, quelques pas devant moi et de laisser défiler la route, sans chercher à suivre le défilement. Curieusement, en *défocalisant* ainsi le regard, la difficulté physique diminuait. J'avais l'impression d'être à la fois dans le corps et hors du corps. Peu à peu, je suis parvenu à contrôler cet état de manière beaucoup plus subtile, ce qui me permettait d'être à la fois dans l'effort nécessité par les conditions de pente et de vent et hors de l'effort, comme « ailleurs ». Dans cet état, je pouvais avaler les kilomètres avec une sensation de difficulté et de fatigue bien moindres.

J'ai pu reproduire cet état dans d'autres efforts, notamment la course à pied, diminuant notablement la pénibilité. En regardant certains sportifs, notamment dans les efforts à long terme, le regard vague, j'ai le sentiment qu'ils font la même chose. Les sportifs me comprendront sans doute facilement. C'est cette même attitude que je vous propose d'adopter si vous comprenez ce que je dis, ou de rechercher si vous ne l'avez jamais expérimentée. Dans cet état, vous pouvez être à la fois dedans (et même très en dedans, dans la densité), et dehors, avec la conscience ou les consciences. Et en même temps, la sensation d'effort que

peut représenter le rentrer dans la densité diminue, voire disparaît complètement. C'est cet état qui m'a permis de discerner puis d'amplifier les perceptions d'être évoquées dans les ouvrages d'approche tissulaire (Tricot 2003, 256-263 & Tricot 2005, 141-146). Essayez, vous verrez.

Q : Je crois avoir compris ce que vous dites. Existe-t-il des moyens complémentaires permettant d'améliorer cet état de conjugaison d'enracinement et de lâcher prise ?

R : J'en vois au moins deux, le premier, c'est l'entraînement, la répétition ; le second, c'est la libération du cas. L'entraînement est un moyen très efficace. Certains arts martiaux travaillent particulièrement cet état, mais rien ne remplace la pratique au quotidien. Nous avons la chance de vivre à longueur de jour une situation – la relation thérapeutique – pour laquelle la qualité de la présence est primordiale. Nous pouvons donc passer tout le temps nécessaire à la mettre en pratique, ce qui, en soi, constitue un entraînement permanent permettant une progression quasi infinie. Il convient cependant de créer les conditions matérielles propices à cet entraînement, notamment, s'accorder un temps de séance suffisant, créer un lieu de calme et de tranquillité et enfin, dompter le téléphone. À force de répéter l'exercice, l'état de centrage entre enracinement et lâcher prise devient naturel :

Il est possible d'apprendre à vivre dans la « présence », comme la nomme Joël Goldsmith, 24 heures sur 24. Mais nous l'oublions sans cesse, distraits que nous sommes par le monde qui nous entoure. Mais, en dépit du fait que nous marchons dans le monde, il est possible de s'abandonner à cette chose avec laquelle il suffit d'établir un contact. Le problème consiste juste à continuer de s'abandonner dans une expérience d'éveil conscient, et cela devient une habitude. Il est pratiquement impossible pour nous de le faire en permanence, parce que nous sommes des êtres humains qui vivons ce monde. Je suis fatigué, et en rentrant à la maison, quelqu'un me bloque et je deviens fou. Ainsi, c'est dur de le faire, mais c'est aussi simple que ça – un abandon conscient, personnel, supra-personnel, même, à cette tranquillité qui est une partie de notre être (Becker, 2000, 31).

Mais si l'entraînement est indispensable et utile, il ne réduit pas totalement le principal obstacle au lâcher-prise du praticien : ses vieilles blessures non résolues. En effet, si, en accord avec R. Becker, nous acceptons qu'il n'existe aucune différence essentielle entre praticien et patient – ce sont tous deux des êtres humains –, le praticien possède lui aussi de vieilles blessures non résolues, ce que nous appelons *cas ostéopathique*, constitué par l'accumulation des rétentions associées à leurs adaptations au sein du système corporel et pour l'essentiel situées dans l'insu ou la non-conscience (Tricot 2005, 123).

Ces vieilles blessures non ou mal guéries constituent autant de points d'attache qui retiennent l'être praticien dans des espaces/temps/énergies (informations) autres que l'espace/temps/énergie présents et l'empêchent de se dégager de sa gangue de matière pour rejoindre les consciences ou La Conscience. Chaque fois qu'une partie de ce cas est traitée et libérée, l'accès à la présence et la faculté de lâcher prise s'améliorent.

Le travail sur soi permet également à l'être de se dégager de ses identifications incorrectes (ce sont aussi des blessures). Rappelons qu'un être fait pour avoir. Avoir fournit à l'être une preuve tangible de son existence au point qu'il finit par *s'identifier*¹⁷ à ses *avoirs* et à ses relations (« je suis mon corps, un peu chacune de mes possessions, mon conjoint, mon enfant, ma famille, mes amis, etc. »). Autant de croyances qui le coupent de ce qu'il est réellement, une conscience, La Conscience... La libération de ces chaînes lui permet de diminuer sa dispersion (l'horizontale), de se recentrer et de renouer son lien avec La Conscience (la verticale).

Q : Alors, pour que votre système fonctionne, il faudrait un praticien parfait.

R : Non, un praticien conscient de ce qui se passe sera suffisant. Conscient de ce qui se passe et en marche pour guérir ses propres blessures et réviser ses identifications incorrectes. **Un praticien doit être patient...**

Q : L'approche tissulaire développe l'idée de rentrer dans la densité pour traiter les structures corporelles, ce qui oblige à comprimer les structures contactées. Or il semble que Becker n'appuyait pas, ne rentrait pas dans les tissus et recommandait même de ne pas le faire.

R : Oui, Becker recommandait de ne pas appuyer. Mais replaçons les choses dans leur contexte, d'époque, de lieu et surtout, de praticiens auxquels il s'adressait : des ostéopathes classiques, conditionnés aux techniques de mobilisation, articulation ou manipulation, peu habitués sans doute à communiquer subtilement avec les tissus de leurs patients. Pas étonnant qu'il insiste tant sur la douceur et le non-appui. Pourtant, il développe avec ses propres mots un concept bien proche de ce que nous nommons syntonisation.

¹⁷ **Identification** : du latin *identificare*, rattaché au latin *idem* « le même ». L'action par laquelle l'être pense être (en partie au moins) l'objet ou la personne auxquels il s'identifie. Le phénomène est toujours inconscient.

La création d'un point d'appui peut vous aider à faire fonctionner ce contact proprioceptif. Placez confortablement les bras sur la table de traitement, puis appuyez-vous doucement sur les coudes. Cela ajoute une légère compression à votre contact. [...] Pour trouver le bon degré de pression, une solution consiste à vous appuyer trop fort sur les coudes, puis à relâcher une partie de la pression sur la table. Relâchez la pression des bras sans déplacer les mains et, tout à coup, vous prenez conscience du fait que quelque chose est en train de se produire. À ce moment-là, vous n'êtes pas coincé sur la table, et vous n'êtes pas non plus en suspens – vous avez établi un contact fluctuant. Avec ce contact fluctuant, tout ce qui survient au sein du patient se manifestera, et vous le ressentirez, car vos propriocepteurs sont en harmonie avec la tension de la partie du mécanisme du patient avec lequel vous avez établi un contact (Becker, 1997, 145).

Certains passages de ces écrits laissent même penser que l'appui peut être important :

Cette notion de correspondance entre les tensions m'est apparue chez un patient présentant une zone lombaire de contrainte et de lésion extrêmement tendue et fibreuse. Lorsqu'un patient vient vous trouver avec cela, placez une main sous le psoas, établissez un contact ou un point d'appui, puis appuyez fermement sur votre coude. Vous devrez peut-être appuyer très fort contre la table, contre le point d'appui, jusqu'à parvenir à atteindre une tension identique à celle du muscle psoas. Lorsque vous relâchez votre pression, vous trouverez alors le point à partir duquel ce muscle se met en fonctionnement. Cela illustre comment appliquer une compression au moyen de contacts proprioceptifs et gérer cette pression afin qu'elle soit en harmonie avec la pathologie ressentie dans le corps (Becker, 1997, 146).

En revanche, la manière qu'il a de se syntoniser à la densité est différente de la nôtre. Il semble procéder d'une manière que je qualifierai d'« indirecte ».

Lorsque vous contrôlez le sacrum, ne le poussez pas vers le haut avec la main. Au contraire, appuyez-vous un peu sur le coude qui peut alors fonctionner comme un point d'appui. Appuyez juste un peu ; si vous appuyez trop sur ce point d'appui, il se verrouille. Ce point d'appui doit pouvoir bouger ; autrement, les structures que vous contactez ne pourront pas bouger. C'est un point d'appui flottant. Il y a très peu de mouvement. Nous ne sommes pas en train de marcher dans la pièce ; nous parlons de quelques millimètres.

En modifiant la pression sur votre coude, vous pouvez modifier la profondeur de votre perception. En poussant davantage sur le coude, vous sentirez automatiquement plus profondément dans le sacrum. En utilisant moins de pression, vous obtiendrez une sensation plus superficielle. En d'autres termes, en m'appuyant là, sur le coude, je vais de plus en plus profondément, et plus je suis léger sur le coude, plus la perception est légère. En appuyant de plus en plus fermement avec la main sous le sacrum, je peux ressentir comme un contact direct avec les muscles psoas (Becker, 2000, 62).

Mais, finalement, ce qui m'intéresse dans cette question, ce n'est pas tant de faire ou non comme Becker faisait, mais d'être cohérent avec le modèle proposé, celui de l'approche tissulaire dont l'objectif est de rejoindre les consciences corporelles dans leur retrait physique, conséquence de leur refus de communication. J'en ai largement parlé plus haut et dans d'autres écrits et n'y reviendrai pas en détails.

Un élément de confusion par rapport au fait de rentrer ou de comprimer, peut venir de la perception de plasticité qui apparaît lorsque le praticien est ajusté (syntonisé) à la densité des structures de son patient (Tricot, 2003, 115-116 & Tricot, 2005, 149-150). Lorsque cet état est atteint, la perception dominante est la *plasticité* et les sensations d'appui et de compression diminuent, parfois même, disparaissent presque complètement, aussi bien chez le praticien (d'autant plus qu'il est bien centré entre enracinement et lâcher prise) que chez le patient. De là à dire qu'il n'y a pas d'appui...

Cette syntonisation est pour moi aujourd'hui encore trop essentielle pour y renoncer. En revanche, j'ai constaté qu'il fallait être particulièrement attentif à la manière utilisée pour y parvenir. Et là, les choses ont considérablement évolué au fur et à mesure de ma pratique. Au début, j'ai commencé à sentir bouger les structures en acceptant de les comprimer, timidement d'abord, puis plus hardiment. Mais en faisant cela, je me suis vite aperçu que si la compression était trop rapide, les tissus s'opposaient au lieu de coopérer. Il convient donc d'être très *lent et progressif* dans cette compression, puis de suivre la direction indiquée par les tissus dès qu'elle se manifeste, tout en intensifiant la poussée pour les accompagner là où ils veulent nous emmener. Rappelons à ce sujet la métaphore du bateau que l'on tente de pousser sur l'eau (Tricot, 2003, 115 & Tricot 2005, 145).

Vous ne pouvez pas aller trop profond, seulement trop vite (Milne, 1998, 2).

Puis, peu à peu, j'ai intégré que je pouvais aller plus facilement dans la densité des tissus en m'enracinant davantage plutôt qu'en appuyant seulement ; J'ai alors compris que l'enracinement n'est pas seulement quelque chose de physique, mais qu'il est aussi projection de l'être dans la densité. En associant compression et enracinement, la syntonisation avec des niveaux de densité parfois très importants est devenue plus facile, et surtout, beaucoup moins fatigante. Puis, j'ai mis en pratique ce qui est décrit ci-dessus par rapport au vélo, ce qui a encore diminué la sensation d'effort. Enfin, la lecture des textes de Becker m'a permis de découvrir sa manière, « indirecte », de rejoindre la densité/tension des tissus du patient par la

majoration de la pression – donc d’enracinement– dans les points d’appui (notamment coude, bassin et pieds). Aujourd’hui, j’utilise donc un composé de compression directe et indirecte, d’enracinement et de présence qui fonctionne très bien. Mais je me rends compte qu’il a fallu beaucoup de temps pour développer cette proprioceptivité. Là aussi donc, il convient de ne pas être pressé, mais de simplement répéter, à l’infini. L’intégration dans les consciences corporelles se fait lentement.

Q : S’il suffit de se connecter au Partenaire Silencieux ou à la Conscience, de s’y abandonner, d’accepter l’état de ne pas savoir et de laisser faire le médecin intérieur du patient, comme R. Becker et vous-même le suggérez, pas besoin de s’embêter avec tout le savoir médical et ostéopathique... Tout cela semble indiquer que les études ne sont pas nécessaires, voire superflues. Est-ce vraiment la peine de se donner tant de peine pour étudier ?

R : Les choses ne sont évidemment pas aussi simples. Très tôt sur mon chemin d’ostéopathe, je me suis trouvé confronté au problème de l’importance et de l’utilité du savoir. Débutant en ostéopathie j’obtenais des résultats très incertains dans le traitement de mes patients : parfois « ça marchait » mais bien plus souvent, « ça ne marchait pas », sans que, dans un cas comme dans l’autre, je sache exactement pourquoi. Ma première conclusion fut que je n’en savais pas suffisamment et qu’il fallait me replonger dans la littérature anatomique, physiologique, pathologique, embryologique, etc., la littérature ostéopathique accessible à cette époque étant hélas très pauvre... Pourtant, plus je m’enfonçais dans le savoir, moins je comprenais et moins j’étais efficace... Finalement, sur le plan de l’efficacité, ce n’est pas la quête du savoir qui fut l’élément le plus déterminant, mais la découverte de l’importance de la présence. Je décris cela dans *Disciples de Colomb* (Tricot, 2003, 17-31). Grâce à l’amélioration de la présence, les résultats devinrent significativement meilleurs, ce qui m’encouragea à poursuivre dans cette voie. Mais cela me plongea du même coup dans le dilemme évoqué par votre question : ma sensation quant à l’apparente inutilité du savoir dans mon expérience de praticien heurtait mes certitudes, pour l’essentiel issues de conditionnements éducatifs, familiaux et sociaux, pointant sans cesse sur l’importance de l’érudition. Cela fit naître un très fort sentiment de culpabilité. Les choses on décanté lentement.

Le tournant décisif fut de comprendre (d’abord implicitement, puis de plus en plus précisément), que le système corporel vivant est plus qu’une simple « chose » et que si le savoir concerne effectivement le corps chose, la présence concerne le corps conscience. Nous voilà de nouveau confrontés à un couple (conscience/chose ou être/avoir) au sein duquel l’actualisation du savoir s’associe à celle du corps *chose*, potentialisant (oubliant) d’autant le corps *conscience*. La partie matérielle, objective, étant la seule observable, mesurable, etc., elle nous aveugle au point de concevoir la gestion des problèmes humains, dont la santé, à partir d’un point de vue exclusivement matérialiste. L’idéal n’est évidemment pas de privilégier l’une des polarités au détriment de l’autre, mais de parvenir à concilier l’une *et* l’autre, et ce en fonction de ce qui se vit dans le présent, ce qui suppose de ne pas être figé sur le curseur.

L’actualisation du savoir nous conduit droit au complexe et à l’hypercomplexe et nous oblige à trouver des solutions simplificatrices. La création de modèles en est une, particulièrement efficace. Mais, nous oublions « *qu’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). De plus, le fait de connaître de plus en plus de choses sur l’humain vivant et de sur-actualiser ce versant de l’expérience génère l’impression que nous *savons* comment il fonctionne. Or, non seulement nous ne parvenons à saisir, au mieux, qu’une petite partie de l’ensemble mais, de plus, à cause de nos limitations inhérentes, nous sommes incapables de l’intégrer en un tout cohérent et de saisir vraiment l’ensemble des interactions survenant simultanément chez le vivant qui, lui, n’ayant pourtant pas cette connaissance, sait gérer dans l’instant l’ensemble des éléments qui le constituent et des relations qui en découlent. Ainsi, face à l’hypercomplexité de l’organisme humain vivant, nos meilleurs modèles, nos meilleures connaissances ne sont que de pâles et simplistes représentations de la réalité de ce système.

Le parallèle entre les couples conscience/savoir et être/avoir permet d’aller plus loin. J’ai signalé plus haut le piège dans lequel tombe l’être en se sentant exister par l’*avoir*, actualisant l’*avoir* et potentialisant d’autant l’*être*, ce qui le conduit à s’identifier à ses *avoirs* (ou possessions) (p. 19). Or, on peut considérer le savoir comme un *avoir*. Un être s’identifiant à son savoir considère qu’il *est* ce qu’il *sait*, ce dont témoigne notre civilisation qui privilégie (actualise) le versant *avoir* au détriment du versant *être*, avançant du même coup le *savoir* (et l’ego) au détriment de la conscience. Pour exister aujourd’hui, il faut beaucoup de preuves de son savoir, beaucoup de diplômes, même pour être demandeur d’emploi... N’est-ce pas ce que pressentait Rabelais faisant dire à Pantagruel : « *Science sans conscience n’est que ruine de l’âme* » ?

Enfin, le praticien résolument orienté vers le savoir a logiquement tendance à faire confiance à son savoir, à s’y relier (dispersion horizontale), ce qui rend d’autant plus difficile de se relier à la conscience (centrage vertical). Se reposant presque uniquement sur son savoir (souvent chèrement acquis), il aura tendance à projeter son savoir (ses solutions) dans le patient et à ne plus être à l’écoute de celui-ci, en tout

cas, pas suffisamment pour en recevoir les informations décisives quant à la libération de ses problèmes (les solutions du patient).

Alors, faut-il renoncer au savoir ? Est-il seulement utile ? Appliquer le concept d'actualisation/potentialisation au cône du savoir¹⁸ m'a permis de clarifier les choses. Lorsque je commence à étudier un corps de connaissances, je me trouve dans l'état de « ne pas savoir » relativement à ce que je désire étudier. Plus je descends dans le cône et acquiers de connaissances sur le sujet que j'étudie, plus j'actualise le savoir, ce qui me fait expérimenter l'état de *savoir*. Je potentialise du même coup l'état de *ne pas savoir*. Puis, lorsqu'après être descendu dans le cône du savoir je remonte vers son sommet (ce qui peut être un lâcher prise), je potentialise d'autant l'état de *savoir*, pour réactualiser l'état de *ne pas savoir*. Mais ce deuxième état de *ne pas savoir* n'est pas identique au premier. Il serait plus juste de l'appeler état de *ne plus savoir*, car entre les deux, a existé l'étape du *savoir*. Voilà qui me paraît essentiel. Cela me rappelle la célèbre phrase d'Edouard Herriot :

La culture, – a dit un moraliste oriental –, c'est ce qui reste dans l'esprit quand on a tout oublié (Herriot, 1948, 104).

En revanche, le savoir, pourvu que le praticien sache le potentialiser suffisamment, est particulièrement important. Il constitue en effet ce que nous pourrions nommer la partie immergée de l'iceberg. Ce savoir potentialisé provoque, lorsque l'énergie du cas du patient se mobilise (rappelons que nous définissons l'énergie comme informations en mouvement), des résonances chez le praticien qui génèrent des remontés d'informations – souvent sous forme d'intuition – fort utiles pour aider le patient et qui n'auraient pu se produire en l'absence de ce savoir pré-existant chez le praticien.

Le problème essentiel du savoir ne réside donc pas dans le savoir lui-même, mais dans la manière dont il est utilisé. Pour le praticien qui sait l'*oublier* suffisamment et le laisser à sa place, il constitue un outil non seulement indispensable, mais très puissant. L'essentiel, c'est de ne pas se figer au sein du couple, de conserver sa capacité à voyager d'un pôle à l'autre et à trouver sa juste place en fonction de ce qui se vit dans l'instant. C'est un continuuel challenge. L'entraînement à la présence permet de le gérer au quotidien.

En guise de conclusion

En guise de conclusion, je vous propose cette pratique que Rollin Becker recommandait à certains de ses patients comme auto-traitement (Becker, 2000, 245). Nous pouvons le pratiquer tel quel ou utiliser un ballon pour avoir un feedback de ce qui se passe dans l'agrégat corporel. Cette version de *Je suis dans le silence* a été trouvée dans les papiers personnels du Dr Becker.

Apaie-toi et sache que JE SUIS Dieu

ou

JE SUIS DANS LE SILENCE

- Un programme de dix minutes pour chercher ou essayer d'expérimenter l'Omnipotence, l'Omniprésence et l'Omniscience :
- Prenez une posture ou une position que vous pourrez conserver confortablement pour une période minimum de dix minutes.
- Laissez votre respiration s'établir en cycles courts d'inspirs et d'expirs rythmiques, sans effort conscient.
- Ayez conscience de chercher la Tranquillité du Silence, non pas physiquement, non pas émotionnellement, non pas mentalement, mais avec la profonde conscience intérieure de chercher sciemment la Tranquillité du Silence tout au long des dix minutes que dure l'exercice.
- Permettez à tous les effets physiques, émotionnels, mentaux qui choisissent de venir à vous, de se centrer sur vous ou de vous traverser, de le faire, sans effort de votre part et sans porter l'attention dessus. Laissez-les être comme des nuages dérivant dans un ciel clair. VOUS maintenez votre conscience consciente de Tranquillité ou de Silence tout au long des dix minutes que dure l'exercice, sans interruption, malgré les effets qui se manifestent en vous.
- Utilisez ce programme au moins une fois par jour, ou aussi souvent que vous décidez de le faire dans votre emploi du temps journalier.

FAITES QUE CELA RESTE SIMPLE

¹⁸ Le cône du savoir est présenté dans le livre 1, pp. 37-41.

Bibliographie

- Becker, Rollin, 1963. *Be Still and Know*. American Academy of Osteopathy, Rudra Press, , ISBN : .
- 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.
- Castaneda, Carlos, 1994. *L'Art de rêver*. Éditions du Rocher, Paris, 320 p., ISBN : 2-268-01724-9.
- Chalverat, Charles, *Le mythe du guérisseur blessé dans les médecines populaires comme fondement archétypique de la relation d'aide* Texte paru dans *La Vouivre* , cahiers de psychologie analytique, 1999, Vol. 9. Rédaction : François Badoud, place Pury 7, 2000 Neuchâtel, Suisse. Téléphone : +41 32 724 35 96 e-mail : la.vouivre@bluewin.ch
- Desjardins, Arnaud, 1972. *Les Chemins de la sagesse Tome 1*. La Table Ronde, Paris, 206 p., ISBN : 2-7103-0074-5.
- Garnier-Malet, Jean-Pierre, 2004. *Changez votre futur*. JMG Editions, Agnières, 250 p., ISBN : 2-915164-09-6.
- Guggenbühl-Craig A. 1985. *Pouvoir et relation d'aide*. Éditions Pierre Mardaga, Bruxelles, 227 p., ISBN : 2-87009-237-7.
- Herriot, Edouard, 1948. *Jadis - avant la première guerre mondiale*. Flammarion, Paris, 272 p., ISBN : -.
- Jung, Carl Gustav, 1980. *La Psychologie du transfert*. Albin-Michel, Paris, 224 p., ISBN : 2-226-00924-8.
- Koestler, Arthur, 1968. *Le cheval dans la locomotive*. Calmann-Lévy, Paris, 344 p., ISBN : -.
- Koestler, Arthur, 1979. *Janus*. Calmann-Lévy, Paris, 348 p., ISBN : .
- 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.
- Korzybski, Alfred, 1950. *What I believe*. Institute of General Semantics, Lakeville, Conn., , ISBN : .
- Korzybski, Alfred, 1951. *Le rôle du langage dans les processus perceptuels*. Ronald Press Company, New York, , ISBN : .
- Lupasco, Stéphane, 1982. *Les Trois matières*. Editions Cohérence, Strasbourg, 174 p., ISBN : 2-903657-05-X.
- Magoun, Harold Ives, 2000. *L'ostéopathie dans le champ crânien - Edition originale*. Sully, Vannes, 288 p., ISBN : 2-911074-26-2.
- Malignas, B., 1938. *Livre de lecture et de morale*. Larousse, Paris, 207 p., ISBN : - .
- Milne, Hugh, 1995. *The Heart of Listening*. North Atlantic Books, Berkeley, California, 324 p., ISBN : 1-55643-181-3.
- Odoul, Michel, 2006. *Un corps pour me soigner, une âme pour me guérir*. Albin-Michel, Paris, 208 p., ISBN : 2-226-17501-6.
- Schooley, Tom, 1953. *The Fulcrum*. Osteopathic Cranial Association, Des Moines (Iowa), , ISBN : .
- 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.
- Tolle, Eckhart, 2000. *Le pouvoir du moment présent*. Ariane, Outremont (Quebec), 220 p., ISBN : 2-920987-46-1.
- Tourneise, Thierry, 1995. *Se comprendre avec ou sans mots*. Dangles, Saint-Jean de Braye, 318 p., ISBN : 2-7033-0437-4.
- Tourneise, Thierry, 1996. *Chaleureuse rencontre avec soi-même*. Dangles, Saint-Jean de Braye, 164 p., ISBN : 2-7033-0444-7.

- Tournebise, Thierry, 2005. *L'écoute thérapeutique*. E.S.F., Issy-Les-Moulineaux, 190 p., ISBN : 2-7101--1750-9.
- Tricot, Pierre, 2002. *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.
- Trowbridge, Carol, 1999. *La Naissance de l'ostéopathie*. Sully, Vannes, , ISBN : 2-911074-16-5.
- Wilber, Ken, 1997. *Une brève histoire de tout*. Editions de Mortagne, Boucherville (Québec), 452 p., ISBN : 2-89074-868-5.