

Ostéopathie, MRP

le Crâne respire

Les dates fondatrices

L'ostéopathie a été fondée en 1874 par Andrew Taylor Still (1828-1917), médecin américain déçu par la thérapeutique de son époque. Suite à la mort de trois de ses enfants, il décida de chercher une autre voie. Still découvrit empiriquement à travers l'observation de la nature que le corps avait en lui-même tout ce qu'il faut pour fonctionner et se soigner. Il établit les principes suivants :

- . L'individu est formé d'une structure, de fonctions et d'un esprit.
- . Le corps possède en lui-même les moyens de surmonter la maladie, tant que la relation «structure-fonction» est harmonieuse.
- . L'être humain est un tout. Il forme une unité biologique et émotionnelle. Il accordait beaucoup d'importance à l'hygiène et à la nutrition. Pour lui, un médecin se devait de garder les gens en forme pour ne pas avoir à les soigner une fois la maladie déclarée.

Still ouvrit en 1892 le premier collège ostéopathique aux Etats-Unis : l'American School of Ostéopathy (ASO).

L'ostéopathie se développa en Europe grâce au Dr John Martin Littlejohn (1865-1947), élève du Dr Still, qui créa en 1917 la British School of Osteopathy, première école d'ostéopathie anglaise.

En 1900, William Garner Sutherland (1873-1954), diplômé de l'ASO, eut l'intuition de la mobilité des os du crâne. Après vingt-neuf ans de recherche, il présenta le concept de l'ostéopathie crânienne et publia *The Cranial Bowl* en 1939. Harold Magoun publia en 1951 *Osteopathy in the Cranial Field* qui est devenu l'ouvrage de référence.

Clothilde Palvadeau

par Guillaume KRIEF, ostéopathe DO MROF
article paru dans la revue Science & Conscience (automne 2001)

L'ostéopathie est une thérapeutique manuelle qui, lorsqu'elle intervient sur la mobilité des tissus, accorde l'essentiel de son attention au souffle dans l'organisme. Il n'y a pas que les poumons qui respirent. Sous nos mains, il y a respiration dès que nous sentons un organe suivre un rythme d'expansion et de rétraction. Nous parlons de respiration crânienne, viscérale voire articulaire. Un tissu que nous ne sentons pas «disponible» sous la main est considéré comme en «lésion ostéopathique» et doit être «libéré» par une manipulation appropriée pour retrouver sa physiologie et soulager l'organisme de ses compensations inévitables: *La vie est mouvement, rythme, échange, adaptation permanente à des situations nouvelles, assimilations, rejets, défenses jusqu'à la mort où tout s'arrête apparemment* (J.P. Barral, ostéopathe DOMROF). Nous nommons ce mouvement d'expansion et



crédit photo : CEESO

rétraction, la motilité des organes. Nous pouvons agir dessus avec des effets thérapeutiques nets. Cependant, il nous est encore difficile d'en connaître l'origine avec certitude: certains auteurs y voient l'empreinte dynamique de la migration viscérale lors de la croissance embryologique, d'autres y voient un effet cumu-

latif de la respiration cellulaire, d'autres encore y voient un mouvement issu de la respiration crânienne, que nous appelons le «Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP)» et qui est le fondement de l'ostéopathie dite «crânienne». Je me propose d'aborder ici cette théorie dont l'analyse est en pleine évolution.

De la théorie d'origine...

Lorsqu'un ostéopathe exercé pose les mains sur le crâne d'un patient, il ressent une impulsion rythmique cadencée par une alternance d'expansion et de rétraction très ténues. Il perçoit des mouvements réalisés autour d'axes précis, il peut aussi évaluer la densité et le degré d'élasticité des structures osseuses, variables d'un patient à

l'autre. L'analyse de ces différents paramètres peut lui permettre d'élaborer un traitement: ses mains agissent sur différentes parties du crâne pour libérer les contraintes exercées sur les structures nerveuses et vasculaires. Malgré la faible mobilité apparente de ses mains, des effets se font sentir sur nombre d'acouphènes, de céphalées, de vertiges, de divers troubles du système nerveux et même de certaines douleurs de l'appareil locomoteur. Comment expliquer cette action ?

L'ostéopathie crânienne a été développée au début du 20^e siècle par un ostéopathe américain, William Garner Sutherland. Il a nommé le mouvement crânien le «Mécanisme respiratoire primaire (MRP)» et l'a expliqué ainsi :

- A l'instar des autres organes, le cerveau et la moelle épinière posséderaient une motilité propre, une «respiration» qui s'exercerait sur l'ensemble de la boîte crânienne et de la colonne vertébrale avant de diffuser à l'ensemble de l'organisme.

- Le liquide cérébro-spinal (LCS) est un liquide sous pression qui sert de protection au système nerveux central. Il subit un écoulement lent et régulier consécutif à sa sécrétion et à sa résorption régulière dans le système lymphatique. En tant que masse incompressible, il subit également, semble-t-il, une fluctuation rythmique. Celle-ci serait la conséquence des «palpitations» du cerveau et de ses cavités ventriculaires.

- Les méninges sont des membranes qui entourent et cloisonnent le cerveau et s'attachent fermement à l'intérieur du crâne. En ostéopathie, ces membranes sont dites «de tensions réciproques», car toute tension exercée sur une partie est transmise à l'ensemble de cette structure.

Ces éléments auraient un impact sur la motilité des différents os du crâne au niveau de leurs sutures, et une influence sur le mouvement du sacrum entre les deux os iliaques, par l'intermédiaire des méninges dont l'extrémité inférieure est attachée au sacrum.

... à la remise en question

Pourquoi le MRP? «Mécanisme» car la motilité des os du crâne a été modélisée selon des axes très précis, un peu comme un système d'engrenages complexes et interactifs. «Respiratoire» par comparaison avec le système pulmonaire pour décrire ce souffle, cette alternance rythmique vitale. «Primaire» car décrit comme hiérarchiquement «supérieur» et préexistant à la respiration pulmonaire — donc déjà présent in utero—. Cette interprétation, fort intéressante à l'origine, apparaît de plus en plus obsolète. En effet, de nombreux arguments de chercheurs enrichissent notre

connaissance. Ainsi, sous l'égide de l'Académie d'ostéopathie de France, plusieurs chercheurs avancent des hypothèses intéressantes. D'une part, il existerait bien selon eux une biomécanique osseuse du crâne, indissociable de la biomécanique de la colonne vertébrale. D'autre part, ils impliquent davantage le praticien dans une interaction thérapeutique unique avec son patient.

Pierre Tricot, ostéopathe, revient avec beaucoup d'à-propos sur la notion d'échange thérapeutique. Il ne suffit pas d'appliquer sagement une technique, il faut s'y investir en pleine conscience: «*Alors que nous avons toujours cru ou feint de croire que nous pouvions nous tenir à la tête de notre patient tel un observateur impartial et objectif, nous découvrons que nous sommes directement impliqués dans le phénomène de la perception et que l'information que nous recevons provient directement de ce que nous induisons — consciemment ou inconsciemment — dans la structure de l'autre et lui dans la nôtre.*» Ce

que l'ostéopathe ressent entre ses mains ne serait donc pas uniquement une réalité possédant une existence propre, mais le résultat de sa participation vivante à un échange thérapeutique dynamique. Les respirations que le praticien ressent seraient un cumul des divers rythmes qui animent le patient et le praticien lui-même: respiratoires, vasculaires, digestifs, voire énergétiques.

Pierre Tricot appuie cette conception sur un exemple pédagogique: en prenant entre nos mains un ballon de baudruche gonflé, on ressent une impulsion rythmique, indépendante de notre respiration pulmonaire. Cela confirmerait que ce que l'on sent là est bien un

écho de soi, et que ce que l'on analyse est bien la qualité de ce retour d'information. Ainsi la relation thérapeutique est bel et bien fondée sur la communication de deux êtres qui se servent de leurs souffles respectifs comme de leviers pour interagir et libérer les contraintes subies par «l'homme debout»: *Nous formons avec notre patient un tandem, réunion de deux êtres et de leurs univers, qui s'interconnectent pour créer une entité résultante totalement originale dans l'espace et dans le temps.* Nous pouvons ainsi comprendre que, par extension, nous avons besoin d'au moins deux appuis sur le patient et que nous pouvons ressentir la qualité des mouvements en plaçant ces appuis à différents endroits du corps, dont le crâne et le sacrum ne sont qu'un exemple. Cette conception confère au praticien au moins deux grandes responsabilités: celle d'être particulièrement présent et conscient de l'échange qu'il se crée entre lui et ses patients, et celle de poursuivre ses recherches pour mettre à jour ses connaissances. ■



crédit photo: CEESO