

L'approche crânienne

L'ostéopathie est une thérapie unique de par son **approche crânienne** notamment, qui reste sa spécificité, et qui lui permet d'obtenir d'excellents résultats.

En effet, aucune autre thérapie n'accorde une telle importance au crâne et aux structures qui le composent. Mais plus encore que la boîte crânienne, ce sont les mouvements qui l'animent qui intéressent les ostéopathes.

L'ostéopathie crânienne tient compte d'un mécanisme baptisé MRP (pour mécanisme respiratoire primaire) et qui est essentiel au fonctionnement du corps humain.

L'ostéopathie crânienne est particulièrement intéressante dans la mesure où elle est d'une extrême douceur, d'une efficacité remarquable et d'une totale innocuité.

En effet, puisque l'ostéopathe travaille avec la santé et pas contre la maladie, il ne sert que de point d'appui au corps qui va se libérer lui-même des tensions qu'il s'est vu contraint de mettre en place pour s'adapter à des tensions (physiques ou émotionnelles). C'est un des points essentiels de l'ostéopathie crânienne.

Le MRP

Le **mécanisme respiratoire primaire** est un mouvement involontaire et rythmique. Un peu comme la respiration pulmonaire, il fluctue par cycles d'expansion-rétraction (inspir-expir) à raison d'environ 12 cycles par minutes.

Indispensable au bon fonctionnement de l'organisme, ce mécanisme se met en place bien avant la naissance, in utero, et donc bien avant la respiration pulmonaire elle-même.

Le **MRP** est invisible à l'œil nu et seules les mains entraînées de l'ostéopathe (ou presque) peuvent percevoir cette respiration très subtile. Perceptible dans l'ensemble du corps, le MRP est tout particulièrement travaillé au niveau du crâne, où il prend sa source.

Ce mécanisme fonctionne grâce à la combinaison de cinq éléments à la fois distincts et mêlés les uns aux autres.

Il s'agit de :

- la motilité du SNC (système nerveux central) ;
- la mobilité des os du crâne ;
- l'action des membranes de tensions réciproques (MTR) ;
- la fluctuation du LCR (liquide céphalo-rachidien) ;
- la mobilité du sacrum entre les iliaques.

La motilité du SNC

La mobilité/motilité du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne participe au MRP. L'ensemble des structures nerveuses est donc également animé par un mouvement d'expansion-rétraction.

La mobilité des os du crâne

L'ostéopathie considère que les os du crâne sont mobiles les uns par rapport aux autres.

En effet, W.G. Sutherland, élève du Dr Andrew Taylor Still, le fondateur de l'ostéopathie, observa sur un crâne des sutures qui semblaient permettre aux os de s'articuler entre eux (comme les ouïes d'un poisson). Il s'efforça dans un premier temps de chasser cette idée saugrenue.

Il s'attacha finalement (dans les années 1920) à prouver que le crâne ne bougeait pas. Il fut forcé d'admettre que les os, non seulement s'articulaient bel et bien entre eux, mais également qu'ils le faisaient selon des axes bien précis.

De là naquit l'ostéopathie crânienne qu'il continua de développer le restant de sa vie.

La mobilité des os du crâne est donc un concept tout à fait spécifique à l'ostéopathie (et fortement contesté par le corps médical qui considère qu'une fois l'âge adulte atteint, les os du crâne sont soudés et figés, immobiles).

Plusieurs études et mémoires de fin d'études ont prouvé la mobilité effective des os du crâne. Bien que de l'ordre de 25 à 45 microns, cette mobilité est parfaitement perceptible pour la main entraînée de l'ostéopathe.

Remarque : une feuille de papier à cigarette n'est épaisse que de quelques microns.

L'action des MTR

Les membranes de tensions réciproques (ou MTR) sont des enveloppes qui protègent les structures nerveuses (cerveau et moelle épinière). Ces membranes protectrices sont composées de plusieurs feuillets dont le plus important, pour l'ostéopathe, est la dure-mère (il s'agit d'un terme anatomique).

Cette dure-mère possède des expansions, notamment :

- la faux du cerveau ;
- la tente du cervelet ;
- la faux du cervelet.

C'est sur ces expansions (qui s'attachent sur la face interne des os du crâne) que l'ostéopathe est capable de travailler.

La fluctuation du LCR

Le liquide céphalo-rachidien (ou LCR) qui circule dans l'ensemble du système nerveux (entre les différents feuillets des MTR) participe au MRP.

Bien que la circulation effective de ce liquide ne soit que d'un centimètre par heure, l'ostéopathe est à même de percevoir les ondes du MRP qui circulent par vagues au niveau de ce fluide.

Le LCR va également circuler dans l'ensemble de l'organisme à travers de minuscules tubules. Il va servir :

- à véhiculer les nutriments vers les cellules ;
- à évacuer le déchet ;
- à transmettre des messages hormonaux.

Il joue donc un rôle crucial.

La mobilité du sacrum entre les iliaques

Cinquième et dernier élément autorisant le MRP : la mobilité de l'os sacré (terme anatomique), c'est-à-dire le sacrum.

Le sacrum est l'os central du bassin, entouré par les os iliaques avec lesquels il s'articule, il est également relié au crâne par la dure-mère. Sa mobilité doit être en harmonie avec celle perçue au niveau crânien.

C'est la raison pour laquelle de nombreux ostéopathes effectuent un test en début ou en fin de [consultation](#) en plaçant leurs mains à la fois sous le bassin et sous la tête pour s'assurer de l'harmonie et de l'équilibre existant entre ces deux pôles.

Les critères de bon fonctionnement du MRP

En résumé, l'ostéopathe va s'attacher à vérifier le MRP selon :

- son rythme ;
- son amplitude ;
- sa force.

Le rythme du MRP

Le praticien contrôle le nombre de cycles d'expansion-rétraction (baptisés flexion-extension en ostéopathie) par minute. Généralement le rythme est de 10 à 15 cycles/min.

En deçà, on retrouve souvent des gens fatigués, voire en forte [dépression](#) lorsqu'on est à 2 cycles/min.

L'ostéopathe fera donc en sorte de relancer le rythme si celui-ci est particulièrement faible.

L'amplitude du MRP

Les mouvements perçus doivent avoir une certaine amplitude. Il est évident que des mouvements restreints, confinés, ne témoignent pas d'une bonne vitalité.

Là encore, le thérapeute s'attachera à redonner une bonne amplitude aux mouvements grâce à des techniques spécifiques.

La force du MRP

Enfin, le MRP doit être puissant, et cela se ressent dans les mains. En cas de manque de force, l'ostéopathe partira à la recherche du blocage et fera en sorte de le lever.

Le traitement en ostéopathie crânienne

Le terme d'**ostéopathe crânien** ne veut rien dire dans la mesure où un ostéopathe digne de ce nom, par définition, pratique l'ostéopathie crânienne. Il ne s'agit en aucune façon d'une spécialité, mais uniquement d'un des outils dont dispose le thérapeute.

Presque toutes les [consultations ostéopathiques](#) nécessitent d'aller vérifier le bon fonctionnement du MRP.

L'ostéopathe sait comment doivent normalement fonctionner les os crâniens sur lesquels reposent ses doigts. Toute perte de mobilité perçue signera une lésion et la retrouver passe par l'investigation des différentes pièces osseuses et de leurs articulations entre elles.

Une fois le diagnostic effectué (repérage du blocage et de la zone contrariée), le praticien va agir sur les sutures crâniennes, sur les membranes et sur le LCR.

Pour cela, il exerce de très légères pressions en travaillant sur les structures crâniennes.

Le sacrum doit également être investigué.

De même la relation crâne-sacrum est fondamentale.

Les blocages perçus sur l'axe crânio-sacré sont pour la plupart dus à ce qu'on appelle des adhérences duremériennes.

Il s'agit de la dure-mère (la membrane de tension réciproque la plus intéressante aux yeux des ostéopathes) qui s'est fixée à certains étages vertébraux en raison des tensions qu'elle a subies et qu'elle a cherchées à compenser.

De plus, bien que prenant sa source au niveau du crâne, le MRP se transmet à toutes les structures de l'organisme (os, muscles, organes, etc.), sur lesquels il est donc possible d'agir.

Comme toujours, l'ostéopathe fera en sorte de traiter la cause et pas les adaptations qui ne sont que des conséquences. Le symptôme qui amène quelqu'un à consulter est généralement une adaptation qui a une cause située en amont.