Institut Supérieur d'Ostéopathie de Paris
Mémoire de fin d'études
Département des Mémoires

Année Universitaire 2013-2014

Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland à aujourd'hui

Présenté par
Agathe Bel

Tuteur : Jean-Marie Benmussa

En vue de l'obtention du
Diplôme d'Ostéopathe D.O

Institut Supérieur d'Ostéopathie de Paris
Mémoire de fin d'études
Département des Mémoires

Année Universitaire 2013-2014

Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland à aujourd'hui

Présenté par
Agathe Bel

Tuteur : Jean-Marie Benmussa

En vue de l'obtention du
Diplôme d'Ostéopathe D.O

REMERCIEMENTS

Merci à Jean-Marie Benmussa, D.O., mon maître de mémoire, pour sa disponibilité, son aide et sa perspicacité.

Merci à François Bel D.O., et Jacques Vigier Latour D.O., pour nos entretiens et leurs recommandations.

Merci à Jean-Michel Gallat, D. O., et Jean Vergnaud, D.O., pour leurs conseils, leurs connaissances et leurs recherches.

Merci à Gilles Vanneau, directeur de l'école, pour m'avoir guidée dans la réalisation de notre mémoire.

Merci à ma famille, Romain, Adèle, Valérie et Laurent pour leurs corrections, soutient et présence.

SOMMAIRE

Remerciements 4
Sommaire 5

Introduction 6

I. Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland 7

I. 1. Contexte historique 7
I. 2. Concept vu par Sutherland 11
I. 3. Depuis Sutherland 30

II. Les Expériences sur le Mécanisme Respiratoire Primaire. 32

II. 1. Expériences décrites par John Upledger 33
II. 2. La mobilité des os du crâne 37
II. 3. Le liquide céphalo-rachidien 44
II. 4. La dure-mère 46
II. 5. L'interaction crânio-sacrée. 49
II. 6. La notion « primaire » du MRP 50
II. 7. Expériences globales sur le MRP 52
II. 8. Autres théories 54

III. Analyses et discussions 56

III. 1. Analyse de l'entretien de François Bel du 6 janvier 2014. 57
III. 2. Analyse de l'entretien avec Jacques Vigier Latour du 24 janvier 2014. 59
III. 3. Comparaison des deux entretiens 63
III. 4. Discussions 64

Conclusion 67

Références et Index 69

Table des Figures 69
Références Bibliographiques 70
Annexes 77
Table des Matières 107

Résumé 108

Introduction

L'ostéopathie crânienne est un sujet très vaste, complexe et controversé dans le milieu ostéopathique. Dans l'enseignement actuel et dans la pratique de certains ostéopathes, le crânien, le viscéral et le structurel sont souvent séparés. En effet, certains ostéopathes ne pratiquent que du structurel, que du viscéral ou que du crânien, ou deux sur trois. Or, on ne peut séparer ces trois sphères toutes aussi importantes les unes que les autres. La sphère crânienne rentre dans une sorte de croyance, ou beaucoup d'ostéopathes ne la pratiquent pas, car ils n'adhèrent pas et ne croient pas aux différentes théories.

Aujourd'hui, le mécanisme respiratoire primaire est le concept fondamental de l'ostéopathie crânienne. Comme dans la médecine chinoise, où les pouls reflètent « l'état de santé de l'individu »[1] , le mécanisme respiratoire est pour l'ostéopathe, primordial pour connaître la vitalité du patient.

Cependant, même s'il est enseigné dans la plupart des écoles ostéopathiques, ce concept reste très controversé. C'est ce sujet qui nous a motivé à réaliser ce mémoire. Nous avons eu envie de revenir sur sa création. Comment est- il né ? Nous reviendrons sur ses bases, ses composantes. Nous suivrons son évolution. Nous tenterons de comprendre pourquoi cette théorie crânienne est controversée. Comment se fait-il que plus d'un siècle après sa création, elle soit encore discutée ?

Ce sont tous ces éléments qui nous ont interpellé pendant nos études. Nous avons donc voulu réaliser ce mémoire afin de faire le point sur la théorie crânienne principale : le mécanisme respiratoire primaire. Nous présenterons sa naissance, son évolution jusqu'à aujourd'hui, ainsi que les différentes recherches et expériences réalisées. Nous analyserons également deux entretiens réalisés dans le but de ce mémoire, avec deux ostéopathes d'univers différents.

[1] Diagnostic par le pouls, Guide clinique de Sean Walsh et Emma King ISBN 978-2-224-03157-2

I. Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland

I. 1. CONTEXTE HISTORIQUE

Tout d'abord, il est intéressant de revenir sur le contexte des débuts de l'ostéopathie et du mouvement respiratoire primaire. Tout a commencé avec Andrew Taylor Still (1828-1917) : en 1864, alors qu'il était étudiant en médecine, il perdit trois de ses enfants atteints d'une méningite. Il fut accablé par l'impuissance du système médical pour soigner les personnes, et décida alors de réfléchir à une nouvelle voie de guérison. Still a toujours dit, que le Major James Burnett Abbott, officier de l'armée britannique, l'avait aidé dans ses recherches. En effet, tout comme lui, il était persuadé que quelque chose de nouveau allait et devait compléter l'allopathie, l'éclectisme et l'homéopathie.

Il dédia dix ans de sa vie à cette recherche, et créa alors l'ostéopathie, du grec, osteon, « os » et pathos, du grec « affection », « maladie ». Il mêla ses connaissances et les lectures de Spencer, philosophe et sociologue, Darwin, biologiste naturaliste, concernant l'évolution, le magnétisme, des méthodes de rebouteux venant d'Angleterre ainsi que les médecines indienne et chinoise. Voici la définition qu'il donna de l'ostéopathie en avril 1886 :

> « *Cela signifie peu de chose pour une personne qui ne comprend pas l'anatomie, qui n'a pas reçu une bonne formation dans nos cliniques pendant un ou deux ans, et selon la philosophie nécessaire à la connaissance de ce que veut dire Ostéopathie. Nul homme ou femme ne peut vous l'expliquer mieux qu'en disant qu'il s'agit d'un système d'agencement harmonieux de la machine humaine dans son ensemble, en gardant ouvertes toutes les communications avec le cerveau et en libérant tous les blocages dans la circulation du sang en provenance du cœur, ainsi que des autres fluides. Les systèmes sensitif, moteur et nutritif doivent tous travailler à l'unisson ; quand il est question de santé, il n'y a pas de plus ou moins, pas plus que le chiffre quatre ne peut être contenu deux fois dans le chiffre trois. Quand toutes les parties du corps sont dans leur état normal, vous avez la santé. Nous ne pouvons même pas vous donner la moindre idée de cette philosophie à moins que vous ne fassiez les démarches*

nécessaires pour obtenir cette connaissance. C'est vous qui êtes à blâmer pour votre ignorance, pas nous »[2].

Andrew Taylor Still basa l'ostéopathie sur différents principes. Tout d'abord, il considère le corps humain dans sa globalité, il parle d'unité de l'être. *«Nous considérons le corps en parfaite santé ce qui signifie perfection et harmonie, non pas au sein d'une partie mais dans le corps entier »*[3]. Ensuite, pour le Docteur Still « *la structure gouverne la fonction* », mais il ne faut pas oublier qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre comme il l'expliqua en parlant d'*« interrelation de la structure et de la fonction »* ; Il est également « *convaincu que l'artère est le fleuve de la vie* »[4]. En effet, les artères apportent à tout l'organisme les éléments nécessaires à la vie ainsi qu'à la guérison. Il nous explique aussi qu'elles sont étroitement liées aux nerfs. « *J'ai proclamé ici ou là que les nerfs dépendent tous entièrement du système artériel pour leurs qualités telles que sensation, nutrition et mouvement, alors même que, par loi de réciprocité, ils fournissent force, nutrition et sensation à l'artère elle-même*. »[5] Selon lui, les fluides du corps sont également importants et plus particulièrement le liquide céphalo-rachidien (LCR) qu'il qualifie « *d'élément le plus noble du corps humain* ».

L'auto guérison est aussi un élément fondateur de sa théorie : « c*royant que le Concepteur de l'homme, intelligent et aimant, a déposé dans son corps en quelque endroit ou dans tout le système, des drogues en abondance pour soigner toutes les infirmités, j'ai pu, à chaque voyage ou exploration, rapporter une cargaison de vérités indiscutables selon lesquelles tous les remèdes nécessaires à la santé existent dans le corps humain. Ils peuvent être administrés en ajustant le corps de telle manière que les remèdes puissent naturellement s'associer entre eux, entendre les plaintes et soulager l'affligé. J'ai toujours trouvé tous les remèdes bien en vue sur les étagères et dans les réserves de l'infini – le corps humain.* » [6]

Ainsi, dans ses principes, le Docteur Still met bien en avant la globalité du corps humain. En effet, le crâne a toujours eu une place dans sa théorie. Par exemple, il fit allusion à plusieurs reprises, au cerveau en tant que « batterie », contrôlant l'ensemble du corps.

---

[2] Texte visible au Museum de Kirksville, pris sur www.bruegghe.org
[3] Andrew Taylor Still, *Philosophie de l'ostéopathie*, p.61.
[4] Andrew Taylor Still, *Autobiographie*, p.34.
[5] Ibid., pp.163-164.
[6] Ibid., p.77.

De plus, il a toujours accordé de l'importance au liquide céphalo-rachidien comme il l'explique dans son livre « La Philosophie et les principes mécaniques de l'ostéopathie » :

> « *Le fluide cérébro-spinal est l'élément le plus noble connu, contenu dans le corps humain, et à moins que le cerveau ne fournisse le fluide en abondance, une condition d'incapacité du corps persistera. Celui qui est capable de raisonner verra que ce grand fleuve de vie doit être abouché pour que le champ assoiffé soit irrigué immédiatement, sinon la moisson de la santé sera pour toujours perdue* »[7].

Cependant, il n'a publié aucun écrit sur l'ostéopathie crânienne à proprement parler. La naissance de l'ostéopathie crânienne est donc attribuée à Sutherland, premier ostéopathe ayant parlé et écrit sur ce sujet. Lors d'une conférence de l'American Academy of Ostéopathy (AAO), le Docteur Alan Becker, frère de Rollin Becker, qui a étudié auprès de Sutherland, fit partager un moment de vie de Sutherland, en reprenant les paroles de celui-ci :

> « Je demandai au Dr Still pourquoi certains os du crâne comportaient certains des biseaux internes et d'autres, des biseaux externes ; le Dr Still posa les mains sur mes épaules et répondit « tu es le premier étudiant suffisamment astucieux pour me demander ça. Maintenant réfléchis ! Ont-ils une raison d'être ? » Je demandai « se pourrait-il qu'il existe un mouvement ? ». La réponse du Dr Still est restée gravée en moi toute ma vie : « Bill, que ferait le cerveau si les os du crâne ne bougeaient pas ? A l'inspiration le cerveau se dilate et à l'expiration il diminue de volume parce que les fluides montent dans le crâne quand on inspire et sont drainés vers l'extérieur quand on expire. Alors maintenant il ne te reste plus qu'à aller de l'avant et à tirer cela au clair ! »[8].

Par ses réponses, on se rend compte que le Dr Still connaissait également très bien le crâne, même s'il n'en a jamais vraiment parlé.

---

[7] Andrew Taylor Still, *Philosophie et les principes mécaniques de l'ostéopathie*, (P. Tricot, Trad.) Sully, p.67

[8] Ray Hruby, DO, MS, FAAO, AAO Journal Editor

Sutherland a donc mis en place le concept du MRP, mais pas l'ostéopathie crânienne puisque, comme il nous l'explique, il a continué sur le chemin de Still :

> « *Si vous lisez attentivement, voire entre les lignes, les ouvrages d'Andrew Taylor Still, vous verrez qu'il évoquait déjà cette idée et que c'est lui, et non moi, qui a posé les bases du concept crânien dans la science ostéopathique*. » [9]

De plus, il insiste sur le fait que :

> « *Le concept crânien n'est pas une spécialité. Il est inclus dans la science de l'ostéopathie pour le bénéfice de vos patients*. »[10].

Figure 1: Andrew Taylor Still[11]

[9] Wales, Anne, Ed., 1990, *Teachings in the Science of Osteopathy*. Portland: Rudra Press, p. 3
[10] Ibid., p. 98
[11] Tirée de la page de couverture d'*Autobiographie* d'Andrew Taylor Still

I. 2. CONCEPT VU PAR SUTHERLAND

A. La naissance de l' « idée folle »

Le « Don Quichotte »[12]

L' « idée folle » telle que l'appela le Dr Sutherland, lui traversa l'esprit, en 1899, lorsqu'il était encore étudiant à Kirksville. C'est en passant devant les vitrines d'exposition de son école, que son attention fut retenue plus que d'habitude, sur le crâne désarticulé de la collection personnelle du Dr Still. Ce matin-là, une idée lui traversa l'esprit. Elle marque le changement de toute sa vision et de toute sa pratique ostéopathique :

> « *Mon attention fut attirée par les biseaux des surfaces articulaires de l'os sphénoïde. J'eus soudain cette pensée – comme une pensée guide – « biseautées, comme les ouïes du poisson, indiquant une mobilité pour un mécanisme respiratoire »* »[13].

Lorsqu'il réalisa l'ampleur de cette pensée, il essaya d'oublier cette idée. Mais ce ne fut pas si simple. Il tenta de se persuader de la folie de son idée. Il lui paraissait impossible d'aller à l'encontre de la doctrine, qui dit clairement : il n'y a aucun mouvement entre les os du crâne, ils sont tous fixés entre eux, immobiles, excepté la mandibule. Cependant, il ne pouvait s'empêcher de se poser de nombreuses questions. Pourquoi aurait-il un biseautage à ce niveau-là ? Pourquoi n'y en aurait-il pas partout ?

> « *Pourquoi ce biseautage, si ce n'est pour un but précis ? Pourquoi ce but ne serait-il pas une disposition pour le mouvement* ? »[14].

S'il mit de côté cette idée pendant ses études, il s'y repencha dès la sortie de l'école. Il se mit alors en tête de démontrer l'impossibilité d'une mobilité crânienne.

[12] Le Dr Sutherland s'appelait ainsi « Tiens, je ressemble à un ridicule Don Quichotte s'attaquant à une croyance anatomique vieille de plusieurs siècles. » A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent* p.42
[13] Ibid., p.40
[14] Ibid., p.40

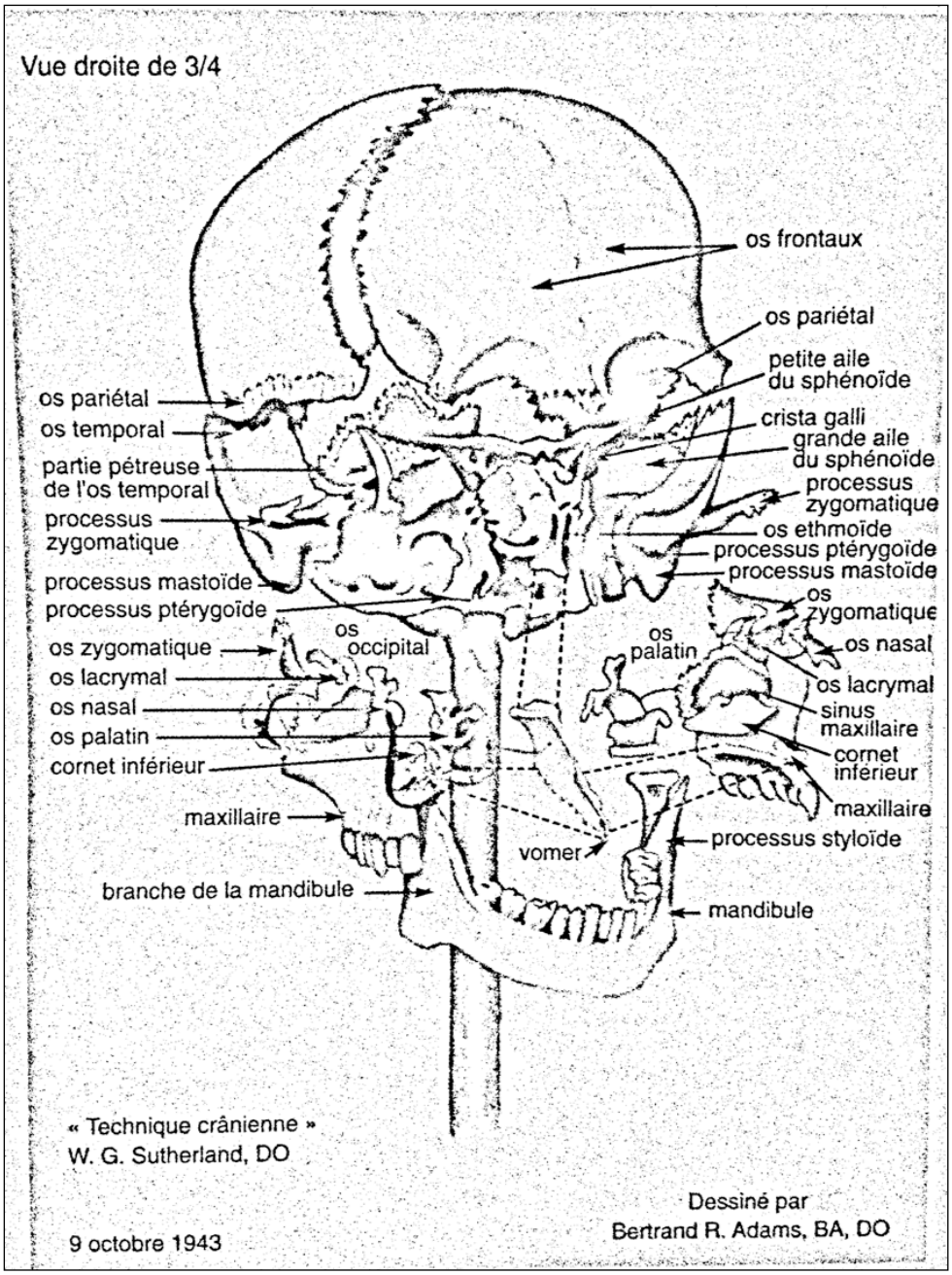

***Figure 2 : Le crâne désarticulé*[15]**

Pour cela, Sutherland commença par examiner minutieusement l'anatomie des os du crâne, et notamment les articulations entre chaque os. Il eut rapidement besoin d'un crâne désarticulé, et d'en démonter un lui-même. Il conçut, par ailleurs, un système pour le remonter. Plus il avançait, plus il réalisait qu'une mobilité était possible. C'est à ce moment

[15] Tirée de *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*, p.199

qu'une lecture[16] modifia sa vision du crâne, et lui fit accepter un instant ce concept de mobilité crânienne. Grâce à cet exposé, il perçut un but précis à la différence d'ossification des os du crâne, cartilagineuse pour la base, membraneuse pour la voûte : c'était « *la flexibilité* ».[17] Sa femme raconte :

> « *Voilà son raisonnement : s'il existe une mobilité articulaire à la base du crâne, elle doit être compensée quelque part, d'une manière ou d'une autre. Les os de la voûte pourraient bien fournir cette compensation, parce qu'ils sont constitués à partir de membranes* »[18].

Il lui sembla alors normal et logique que, si les os du crâne bougeaient, quelque chose devait régulariser le mouvement de ces os. Lors de sa conférence en mai 1949 à Rhode Island, le Dr Sutherland expliqua une expérience qu'il avait réalisée avec le Dr Lippincott. Ils ouvrirent à plusieurs endroits la voûte d'un crâne, afin d'examiner les membranes intracrâniennes. Il positionna le sphénoïde en flexion, et le Dr Lippincott mit les temporaux en rotation externe (mouvements physiologiques des os du crâne à l'inspir). Ils virent alors ces membranes bouger. Sutherland décida d'appeler ces membranes composées de la faux du cerveau et de la tente du cervelet : les membranes de tension réciproque (MTR). Il le justifia alors par cette analogie :

> « *Visualisez deux poteaux distants et un fil tendu entre eux, avec une tension constante. Une traction sur l'un des poteaux entraîne, par l'intermédiaire de la tension du fil, l'autre poteau dans la même direction, avec la même amplitude* »[19].

Il expliqua que, suite à un traumatisme au niveau crânien, un déséquilibre tensoriel pouvait s'instaurer, gênant alors la mobilité des os du crâne.

Ces membranes de tension réciproque détenaient à leur jonction un mécanisme de point d'appui. Il l'appela le « Fulcrum ». Pour Sutherland ce Fulcrum est « *un point de repos, autour duquel bouge tout le mécanisme membranaire*. »[20]

---

[16] Davis, Gwilym G., 1913, *Applied Anatomy : The construction of the Human Body Considered in Relation to its Functions, Diseases and Injuries*, J. B. Lippicott Company, Philadelphia
[17] A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent,* p.47
[18] Ibid., p. 47
[19] Ibid., p. 56
[20] Ibid., p. 70

L'avancement de ses recherches butait toujours contre un même problème : la notion du mécanisme respiratoire. Maintenant qu'il commençait à être persuadé de la mobilité des os du crâne, il lui manquait de trouver la source de ce mécanisme respiratoire. D'où pouvaient bien provenir ces mouvements des os du crâne ? Il trouva un jour la réponse dans un manuel où il lut :

> « *Dans le plancher du IVème ventricule (...) sont situés certains centres importants, à savoir les centres cardiaque, vaso-moteur, respiratoire, du vomissement, de la déglutition*. »[21].

Cette notion est aujourd'hui vérifiée. En effet, on sait que c'est le tronc cérébral, à la face postérieure du bulbe et du pont formant le plancher du 4ème ventricule, qui contient des centres cardio-respiratoires.

Il parut logique au Dr Sutherland, que la source même de la respiration primaire venait du 4ème ventricule. Mais encore une fois, il se confrontait aux textes anatomiques classiques, acquis depuis des années par tout le monde, affirmant que le mécanisme respiratoire diaphragmatique est primaire. Pourtant, il osa le placer au second plan dans sa théorie.

Ensuite, il devait prouver ses hypothèses. C'est ainsi qu'il fut amené à diverses expériences.

[21] Wright Samson, 1928, *Applied Physiology*, Oxford University Press, Londres, p.108

Les expériences du Dr Sutherland

Ayant réalisé que toutes les expériences jusqu'alors se faisaient sur des crânes morts, le Dr Sutherland voulut lancer des expérimentations sur le vivant. En effet, il lui paraissait logique qu'aucun mouvement crânien ne puisse être perçu sur une structure morte.

Il décida donc de faire les expériences sur son propre crâne, afin de ressentir et de connaître réellement les différentes sensations.

Sa première expérience consista à prouver la flexibilité du crâne, notamment lors du bâillement et de la mastication. Il mit en place un système lui permettant de fixer ses os du crâne avec l'aide de sa femme. Elle raconte :

> « *Il avait la tête somptueusement emmaillotée dans une étrange combinaison de serviettes épinglées et de bandes de cuir maladroitement disposées* »[22].

Adah plaça ses mains sur son crâne et par les indications de son mari testa la liberté des mouvements.

L'expérience suivante lui permit de découvrir un nouveau composant dans le mécanisme respiratoire primaire. Lorsqu'il découvrit le rôle possible du 4ème ventricule en tant que source de la respiration, il eut l'idée de le comprimer. Il mit alors au point un nouveau dispositif, tout aussi original que le premier, afin d'examiner les réactions au niveau du crâne. Après avoir relâché la compression du 4ème ventricule, il sentit un mouvement fluctuant du liquide céphalo-rachidien, tout le long de sa colonne et dans son crâne. Encore une fois, il tenait un élément modifiant les croyances de son temps. En effet, on parlait à l'époque d'un mouvement circulatoire et non fluctuant du liquide céphalo-rachidien. Ainsi, le LCR ne se déplace pas uniquement dans ses cavités comme on le décrivait en parlant d'un mouvement circulatoire, mais il a un mouvement de balancement, de va-et-vient, c'est-à-dire un mouvement fluctuant.

De plus, il remarqua un élément nouveau : un mouvement au niveau de son sacrum. Afin d'être sûr de son ressenti, il renouvela cette expérience à plusieurs reprises, obtenant toujours le même résultat. Il lui sembla donc cohérant d'affirmer que « l*es os du crâne et le*

[22] A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent*, p.58

sacrum fonctionnent ensemble comme une unité au sein d'un mécanisme respiratoire primaire ».[23] Le « *modèle crânio-sacré* »[24] était né, nous sommes alors dans les années 1920.

Appliquant le même principe que pour ses expériences précédentes, il développa un système capable de restreindre la mobilité de son sacrum. Il commença par mettre un coussinet sous son sacrum, pour l'emmener dans une position d'extension maximum. Il observa alors « *une curieuse restriction dans l'action du liquide céphalo-rachidien et une « sensation lourde et sourde » dans certaines parties du crâne* ».[25] Sur le même principe, plusieurs autres expériences suivirent, en modifiant la taille et l'emplacement du coussinet au niveau du sacrum, mais également, tout le long de la colonne vertébrale. Et, après avoir testé la possible influence de la mobilité du sacrum sur le liquide céphalo-rachidien, il fit de même au niveau de la mobilité crânienne.

Il faut noter que la mobilité mécanique du sacrum, est différente que celle du MRP. En flexion mécanique, la base du sacrum part en avant, alors qu'en flexion du système crânio-sacré la base part en arrière. Le sacrum effectue donc une extension mécanique.

Sutherland décida de mettre les os de son crâne en extension, à l'aide d'un dispositif particulier, et demanda à sa femme de tenir un miroir au-dessus de sa tête, pour qu'il puisse voir si des changements s'opéraient au niveau de son crâne. Durant l'expérience, sa femme et lui aperçurent des modifications, notamment au niveau des cavités orbitaires. En effet, ils observèrent un rétrécissement des orbites, ainsi qu'une baisse de la vision. Il expérimenta de la même manière la flexion, les torsions et les inclinaisons latérales-rotations.

Cette expérience lui fit de nouveau travailler sur un os qui lui était familier, et auquel il avait toujours instinctivement prêté une attention particulière: le sphénoïde. Il lui paraissait probable que celui-ci participait à la mobilité des os du crâne. Cependant, il lui restait à comprendre précisément quel était son fonctionnement précis.

[23] A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent*, p.63
[24] Ibid., p.63
[25] A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent*, p.65

Il nota sa position centrale, ainsi que les 11 os avec lesquels il s'articule. D'autre part, ses expériences et les déformations engendrées sur son crâne, lui suggérèrent l'implication particulière de l'articulation sphéno-basilaire.

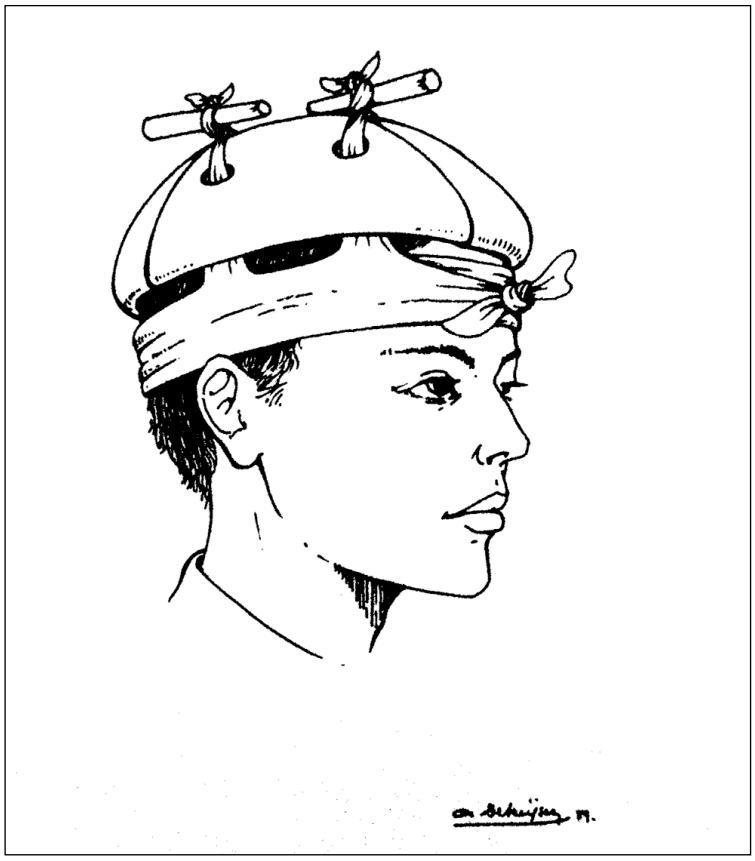

Figure 3 : Diagramme du mécanisme « casque-bandage » de Bill, publié en illustration de « Skull Notions » dans le Northwest Bulletin of Minnesota State Osteopathic Association, octobre 1931[26]

[26] Tirée de *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*, p. 270

B. Les 5 composantes du MRP

Le MRP se définit selon une phase d'inspir et une phase d'expir, les deux phases définissant un cycle complet du MRP. On décrit 6-12 cycles par minutes selon Upledger, ostéopathe développeur de la thérapie crânio-sacrée. En effet, Sutherland n'a jamais définit une fréquence précise.

Sutherland considérait le MRP, comme étant une triade, composée du mouvement inhérent du système nerveux central, de la fluctuation du LCR et des membranes de tensions réciproques, provoquant alors la mobilité des os du crâne, et la mobilité du sacrum entre les iliaques. Voilà comment il le décrivait :

> « *Le cerveau bouge involontairement et rythmiquement à l'intérieur du crâne. Ce mouvement involontaire et rythmique implique dilatation et contraction des ventricules pendant les cycles respiratoires. L'alternance de dilatation et contraction ventriculaire influence l'activité circulatoire du liquide céphalo-rachidien ; de même l'activité circulatoire influence le mouvement des membranes arachnoïdiennes et durales, et au travers de la membrane spécifique de tension réciproque (…), engendre de la mobilité dans les articulations de la base* »[27].

Des différences sont repérables entre cette définition de 1939 et ses premières théories issues de son « idée folle ». En effet, il considère désormais que le MRP ne naît pas du plancher du 4ème ventricule, mais de l'impulsion rythmique. Selon lui, la motilité du cerveau met en mouvement le LCR au niveau des ventricules. De plus, il ne pense plus que les os du crâne bougent par la fluctuation du LCR, mais que ce sont les mouvements des membranes de tension réciproque, suite à la motilité inhérente du cerveau et des ventricules, qui créent une mobilité crânienne. Il n'a plus une vision mécanique du MRP, mais plutôt une vision membraneuse. De ce fait, il estime à ce moment-là, que la tension au niveau des membranes de tension réciproque, par leurs attaches sur les os du crâne, va alors les mettre en mouvement.

[27] W. G. Sutherland, 1939, *La coupe crânienne*, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien, p. 132

Le MRP commence en tout premier lieu avec la motilité inhérente du cerveau et de la moelle épinière. Sutherland comparait cette motilité à une *« méduse* ». Il disait :

> « *Le cerveau normal vit, pense et bouge à l'intérieur de son propre mécanisme articulo-membranaire spécifique – le crâne -* »[28].

On parle alors d'impulsion, c'est-à-dire, le mouvement rythmique produit involontairement par le cerveau. C'est donc la respiration des cellules du crâne, au contact du LCR, qui crée ce MRP. On comprend mieux le mot « respiratoire » dans ce concept. Cette motilité est reconnue par le monde médical sous le nom de névroglie. On peut également le voir lors d'interventions chirurgicales. Sutherland disait donc que le cerveau se contracte rythmiquement, ce qui entraîne alors la fluctuation du LCR. Le LCR grâce à cette motilité est donc mis en mouvement, et va se répandre dans les différents espaces sous-arachnoïdiens, comme nous l'explique Sutherland :

> « *Dans le toit du quatrième ventricule, il y a trois ouvertures – une médiane et deux latérales – au moyen desquelles les ventricules communiquent avec les espaces sous arachnoïdiens permettant la circulation du liquide céphalo-rachidien de l'un à l'autre.* »[29].

Rappelons que le LCR est sécrété au niveau des plexus choroïdes, situés dans les ventricules cérébraux. Il est donc contenu dans ces cavités, et également dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux et spinaux, c'est-à-dire entre l'arachnoïde et la pie-mère. Ainsi, le LCR est recueilli dans les ventricules latéraux, passe par les trous de Monroe pour aller dans le 3ème ventricule. Il arrive au 4ème ventricule, en passant par l'aqueduc de Sylvius et enfin passe dans les espaces sous arachnoïdiens par les trous de Luschka et Magendie, puis dans le canal de l'épendyme par la partie caudale du 4ème ventricule. Il se résorbe au niveau des granulations de Paccioni, le long du sinus longitudinal supérieur. Il baigne le cerveau et la moelle épinière, afin de les protéger des chocs. John Hilton, un chirurgien britannique, disait :

> « *Les parties centrales de la base du cerveau (...) reposent sur cette masse de liquide céphalo-rachidien qui forme le matelas d'eau le plus beau, le plus efficace et le mieux adapté*. »[30].

---

[28] W. G. Sutherland, 1939, *La coupe crânienne*, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien, p. 132
[29] R. C. Lippincott, H. A. Lippincott, 1943, Un manuel de technique crânienne, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien, p. 183
[30] Hilton J., 1950, *Rest and Pain*, London, p.24

Le LCR a un mouvement de fluctuation « *dans son contenu clos* »[31] venant de la mobilité du système nerveux central, mobilité qui « *modifie le volume des ventricules* »[32], à une fréquence de 10 à 12 fois par minute.

Il faut donc comprendre que c'est grâce à la motilité inhérente du système nerveux central, que le liquide céphalo-rachidien peut se déplacer et répandre le MRP dans le corps.

En effet, à l'inspir crânienne une expansion latérale des masses cérébrales se crée, entraînant un léger écartement des ventricules latéraux, qui va alors favoriser l'aspiration et l'exsudation du LCR au niveau des plexus choroïdes. A l'expir crânienne, le mécanisme inverse va favoriser la chasse du LCR vers le 3ème ventricule puis vers la périphérie.

Cette fluctuation du LCR va entraîner à son tour des tensions, des mouvements au niveau des membranes de tension réciproque. Sutherland considère que les membranes de tension réciproque sont la faux du cerveau et la tente du cervelet.

Sutherland décrit dans ses ouvrages plusieurs pôles d'attaches des membranes de tension réciproque.

> *« a. PÔLE ANTÉRO-SUPÉRIEUR. L'attache de la faux du cerveau à la crête frontale, à la crista galli, à la crête ethmoïdale médiane et au processus ethmoïdal.*
>
> *b. PÔLE ANTÉRO-INFÉRIEUR. Les extrémités antérieures de la tente du cervelet aux quatre processus clinoïdes*
>
> *c. PÔLE POSTÉRIEUR. L'attache de la faux et de la tente à la protubérance occipitale interne et aux crêtes latérales.*
>
> *d. PÔLES LATÉRAUX. L'attache de la tente au bord supérieur des parties pétreuses des os temporaux.*
>
> *e. FULCRUM (de Sutherland). La jonction complète de la faux avec la tente »*[33].

[31] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 46
[32] L. Busquet, *L'ostéopathie crânienne*, p. 21
[33] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 48

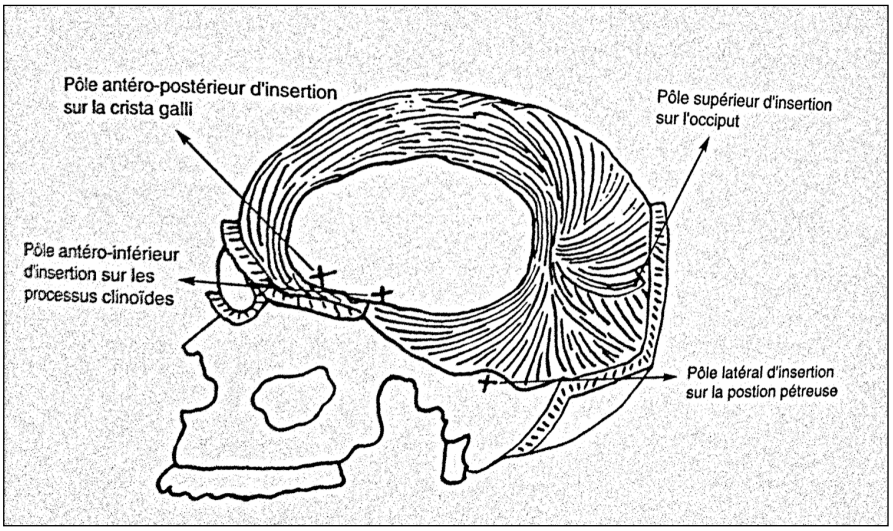

Figure 4 : Représentation de la faux du cerveau et de la tente du cervelet, considérée comme la membrane de tension réciproque[34]

Selon Magoun, lors de l'inspir crânienne *« L'insertion antérieure de la faux du cerveau se déplace légèrement vers l'arrière et vers le bas pendant que la tente glisse légèrement vers l'avant. ».*[35]

Ces tensions au niveau de ces membranes intracrâniennes, vont à leur tour entraîner la mobilité articulaire des os du crâne. Sutherland nous explique que pour accepter la mobilité crânienne, nous devons nous représenter les différentes articulations :

> « *La formation d'une « image mentale » des surfaces articulaires des os du crâne et de la face est la première nécessité pour reconnaître l'existence de la mobilité articulaire crânienne* »[36].

Il divisa alors les os du crâne en 3 catégories distinctes : les os de la base composés du sphénoïde, des temporaux et la partie basilaire de l'occiput ; les os de la voûte composés du frontal, des pariétaux et de la zone suturale de l'occiput ; et enfin les os de la face composés des maxillaires, des palatins, des zygomatiques, des lacrymaux, du vomer et de l'ethmoïde.

[34] Tirée de *Textes fondateurs de l'ostéopathie crânienne*, p. 129
[35] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 46
[36] W. G. Sutherland, 1939, *La coupe crânienne*, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien, p. 123

Comme il a été vu précédemment, Sutherland a accordé une place principale au sphénoïde, et plus particulièrement à l'articulation sphéno-basilaire. Pour lui, c'est cette articulation qui répand le mouvement aux autres os du crâne.

En effet, selon lui lors de l'inspiration on peut voir une flexion au niveau de l'articulation sphéno-basilaire. Cette flexion au niveau du sphénoïde « *déplace tous les os faciaux sauf la mandibule* »[37] par tous ses rapports avec ces os. L'occiput lui déplace les os temporaux et pariétaux. C'est donc l'articulation centrale de la mobilité des os du crâne. Il nous dit :

> « *1. A la flexion de l'occiput succède la rotation externe des temporaux et des pariétaux. 2. A la flexion du sphénoïde succède la rotation externe des os frontaux et faciaux* »[38].

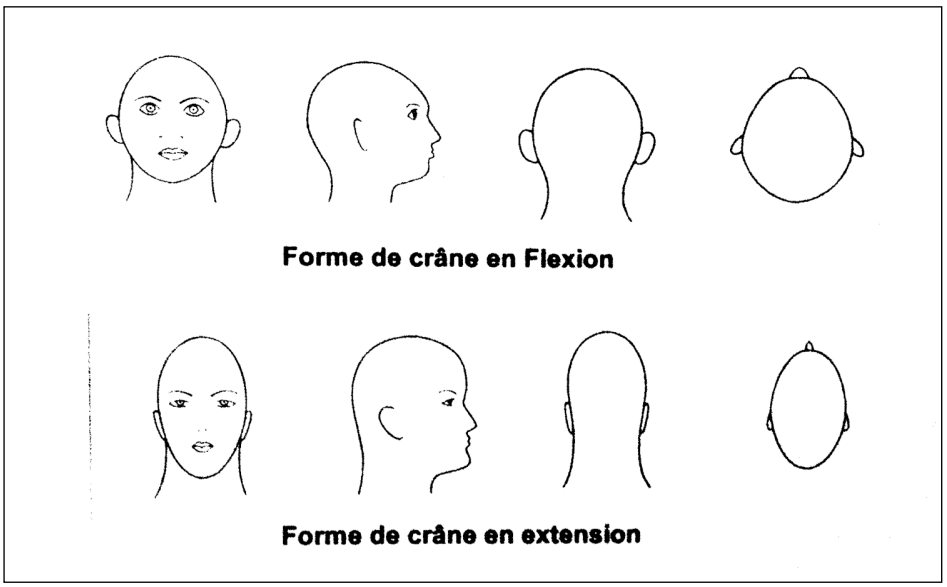

Figure 5 : Observation du visage[39]

[37] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 62
[38] Ibid., p. 49
[39] Tirée de *Le nourrisson, l'enfant et l'ostéopathie crânienne*, de Solano

On arrive ainsi, à la dernière composante du MRP décrite selon Sutherland : la mobilité du sacrum entre les iliaques. Pour la comprendre, il est nécessaire de reprendre l'anatomie de la dure-mère. Elle est composée d'un feuillet externe : le core-link. Pour le décrire, Sutherland parlait de *« lien central ».* Selon lui, il partait du foramen magnum et n'avait plus d'attaches après la 3ème cervicale :

> « *Exceptées pour les attaches délicates vers le ligament longitudinal postérieur et autour de chaque nerf spinal jusqu'à ce que le corps du deuxième segment sacré soit atteint. Là, une union très solide s'établit.* »[40]. Aujourd'hui, nous savons qu'elle s'attache en haut *« sur le pourtour du trou occipital (...) En bas (...) elle se termine en cul-de-sac à la hauteur, soit du bord supérieur, soit de la partie moyenne, soit de la partie inférieure de la deuxième vertèbre sacrée. A vrai dire, la dure-mère ne finit pas au cul-de-sac dural, car elle se prolonge jusqu'à la base du coccyx sous la forme d'une gaine qui entoure la partie sous-dure-mérienne du filum terminale. Ce prolongement dure-mérien est appelé ligament coccygien de la moelle* »[41].

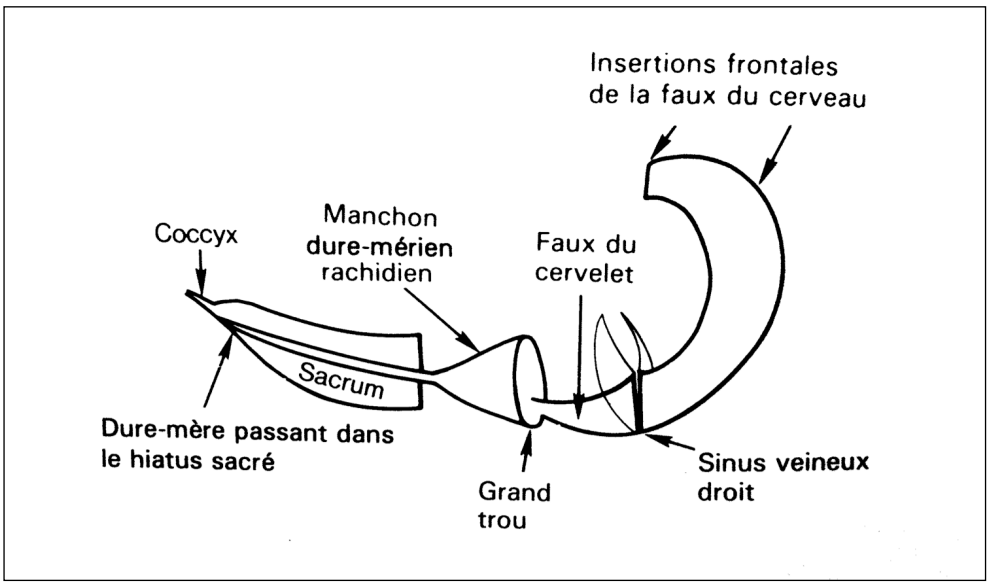

Figure 6 : Continuité de la membrane dure-mérienne[42]

[40] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 48
[41] H. Rouvière, 1979, *Anatomie Humaine*, p.630
[42] Tirée de *La thérapie crânio-sacré*, d'Upledger, p. 89

Lors de l'inspir crânienne :

> « *1. L'insertion antérieure de la faux du cerveau se déplace légèrement vers l'arrière et vers le bas pendant que la tente glisse légèrement vers l'avant. 2. Le mécanisme articulaire crânien se déplace dans la position de flexion respiratoire, le mouvement étant aidé et restreint dans certaines limites par les membranes pour maintenir l'équilibre. 3. Le mécanisme cranio-sacré fonctionne de telle manière que la dure-mère soulève le sacrum autour de son axe en position de flexion respiratoire avec la base vers le haut et l'apex vers l'avant* »[43].

[43] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 46

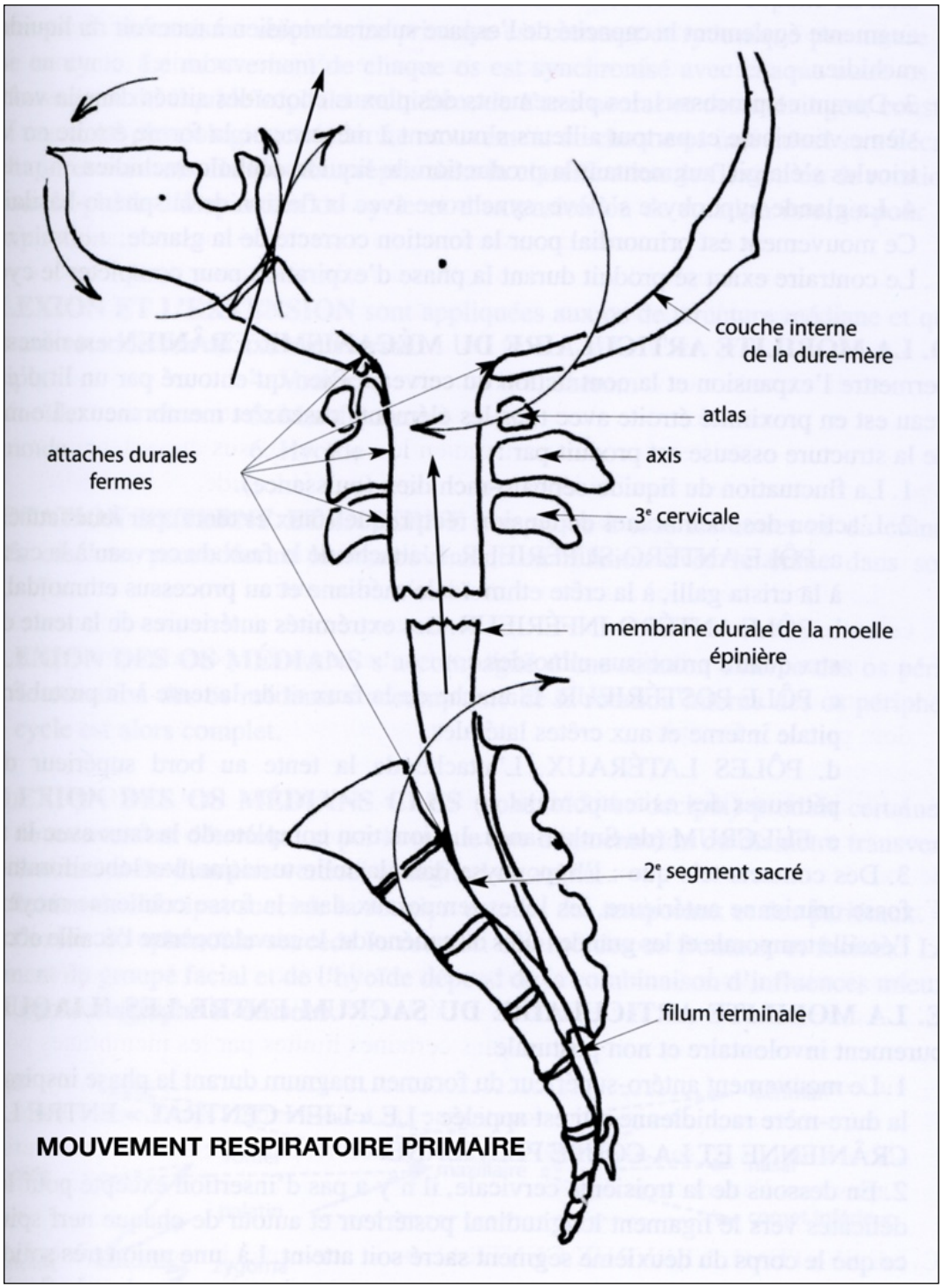

Figure 7 : Mécanisme crânio-sacré en flexion[44]

[44] Tirée de *L'ostéopathie dans le champ crânien*, de Magoun, p. 47

C. Concept biodynamique

A la fin de sa vie, le Dr Sutherland donna au MRP une vision beaucoup plus spirituelle comme le souligne Rollin Becker:

> « *J'ai souvent dit que nous avons perdu une notion en ostéopathie que le Dr. Still a essayé de faire passer, c'est la part du Spirituel qu'il incluait dans la science ostéopathique* »[45].

Ce côté spirituel de Still, est visible dans ses écrits comme on peut lire dans l'ouvrage dans son autobiographie :

> « *Je veux vous dire que je vénère un Dieu respectable, intelligent et mathématique. [...] Je fais cette affirmation à partir de ma confiance en l'absolu pouvoir mathématique de l'Architecte Universel. J'ai la même confiance en Son exactitude et en Son aptitude à créer, armer et équiper la machine humaine pour qu'elle puisse fonctionner du berceau à la tombe. Il l'a armée et équipée de tout ce qui est nécessaire pour le voyage d'une vie entière, de l'enfant au septuagénaire* »[46].

Mais Still « *utilisait l'esprit comme source de cosmologie. C'est donc l'esprit et non la religion, qui était fondamental à la philosophie de Still concernant la médecine*. »[47]. Paul Lee rajoutait même en disant que l'ostéopathie est *« une philosophie médicale basée sur la spiritualité »*[48]. Masiello Domenick nous expliquait également ceci :

> « *Le concept de Vie pour Still était beaucoup plus qu'une simple force de la nature ou un principe organisateur. C'est en fonction de ce concept que nous envisageons la base du travail de Sutherland, avec des phénomènes tels que le Souffle de Vie, la Marée, ou la Lumière Liquide. La Vie n'est pas une force aveugle. La Vie a un but. Elle a un plan ou objectif. Elle est orientée vers cet objectif, et dans ce sens elle est téléologique. La Vie peut communiquer avec chacun de nous personnellement. La Vie est toujours présente – seulement nous ne la remarquons pas. Pour Still et Sutherland, la Vie est Dieu. Dans ce sens, l'ostéopathie est plus que vitaliste. Il est plus correct de dire que*

[45] Becker, Rollin, *Be still and know - A*paise toi et sache… Conférence dédiée à William Garner Sutherland Présentée à Philadelphie, Pennsylvanie, le 22 septembre 1951.
[46] Still, Andrew Taylor, 1998. *Autobiographie*. Sully, Vannes, p.362
[47] Lee, P., 2005, Interface, *Mécanismes de l'esprit en Ostéopathie*. (P. Tricot, Trad.) Sully

[48] Ibid., p. 142

l'ostéopathie est théiste et que le vitalisme est un sous ensemble ou un cas particulier de théisme»[49].

Sutherland, reprit ce concept spirituel seulement vers la fin de sa vie, en 1948. Il utilisa alors des métaphores afin d'expliquer plus simplement sa vision à ses élèves. Par exemple, il reprit le « Souffle de vie » dans la Genèse 2 :7, afin de parler d'une présence extérieure à la respiration primaire :

« *Et l'éternel Dieu forma l'homme avec la poussière du sol et il insuffla dans ses narines le souffle de vie, et l'homme devint une âme vivante* »[50].

La première évocation du « Souffle de vie » par Sutherland et de « sa puissance suprême » fût en 1943 dans une lettre. Il le décrivait ainsi :

« *Le cerveau humain est un moteur, le souffle de vie est l'étincelle d'allumage du moteur, quelque chose qui n'est pas matériel, et que nous ne pouvons voir* »[51].

Sutherland disait que ce « Souffle de vie » est également présent dans le LCR.

« *Je vais tout particulièrement m'efforcer d'insister sur la fluctuation du liquide céphalo-rachidien comme étant le principe fondamental du concept crânien. La « sève de l'arbre », quelque chose qui contient le Souffle de Vie, et non le souffle de l'air* »[52].

Ou encore il utilisa le terme de « marée » en parlant de la présence de la vie dans le LCR.

Il est important de rappeler que Still a toujours attribué une place particulière au LCR. Il disait que c'était « *l'élément le plus noble du corps humain* ». Magoun, en reprenant les enseignements de Sutherland pour écrire *Ostéopathie dans le champ crânien*, écrivit que le LCR est :

« *le plus grand élément connu du corps humain et donc l'élément qui reçoit le principe de vie* »[53].

[49] Masiello, Domenick J., 2000, Ostéopathie, une perspective philosophique, *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*, p. 21-35.
[50] Genèse 2 :7, version King James
[51] Sutherland, W. G., *Contributions of thought*, Ruda Press, p. 147
[52] Ibid., p. 225
[53] Magoun, H. I., 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, Sully, p. 44

Sutherland le décrivit de plusieurs façons comme un « fluide dans un fluide », la « lumière liquide », le « jus dans la batterie électrique » ou encore le « rideau lumineux émergeant du nuage ».

Becker reprit ce principe dans ses livres, notamment dans « Stillness of Life » où il écrit :

> « *Le liquide céphalo-rachidien a une fonction des plus importantes, consistant à transmettre le Souffle de Vie ou Lumière aux qualités, électriques et autres, nécessaires au corps physique chimique* »[54].

Nous ne savons pas exactement pourquoi ils ont porté une telle importance au LCR. Peut-être par rapport à ses multiples rôles, sa localisation. Il n'y a pas de vraies explications.

Still allait plus loin dans sa croyance. En effet, si nous nous rappelons, l'un des principes de l'ostéopathie selon Still est que le corps possède les moyens de combattre la maladie, il parlait de self-care-autocuration. Dans son autobiographie il écrivit :

> « *Croyant que le concepteur de l'homme, intelligent et aimant a déposé dans son corps en quelques endroits ou dans tout le système, des drogues en abondance pour soigner toutes infirmités* »[55].

Cette idée fut reprise par le Dr Becker :

> « *La découverte du Dr Sutherland allait au-delà de la description d'un système mécanique. En effet, il avait compris que le mouvement qu'il observait est la force fondamentale de vie à l'œuvre. C'est une manifestation de la vie en mouvement, un signe extérieur des mécanismes d'autorégulation et d'autoguérison fondamentaux existant au sein du corps* »[56].

James Jealous adhérait également à ce principe. En effet, il fit la connexion entre la dynamique des fluides vue par Blechschmidt et Sutherland. Le Dr Blechschmidt a étudié la

[54] Becker, R. E., 1997, Stillness of life (R. E. Brooks, Éd., & P. Tricot, Trad.), Stillness Press, p.139
[55] Still, A. T., 1998, *Autobiographie*. (P. Tricot, Trad.) Sully, p.77
[56] Becker, R. E., 1997, Stillness of life (R. E. Brooks, Éd., & P. Tricot, Trad.), Stillness Press, p.13

biocinétique et la biodynamique de l'embryologie. Il considérait comme Sutherland qu'il y a dans les fluides quelque chose qui commande le mouvement. Il disait même que les gènes étaient activés par l'impulsion des fluides. Il définissait la biodynamique comme étant une *« une dynamique de force, fonctionnant ensemble, avec respect de l'équilibre mécanique de la fluctuation dans le processus de développement de l'organisme.»*[57]

De plus, *« selon Jealous «le souffle de vie » est en lien direct avec la puissance de l'individu. La prise de conscience de ce rythme, rend possible les processus de guérison les plus profonds »*[58]. Jealous décrivait en plus un rythme de 2,5 cycles par minute.

On peut donc dire, qu'à la fin de sa vie, Sutherland considérait que le moteur du MRP était le Souffle de vie contenu dans le LCR : lui donnant la puissance de la marée comme le disait Sutherland.

[57] E. Blechschmidt, 2004, In the ontogenetic basis of human anatomy
[58] T. Liem, T. K. Dobler, 2011, *Checklist Ostéopathie craniosacrée*, p. 16

I. 3. DEPUIS SUTHERLAND

Becker donna au MRP, le nom de mécanisme involontaire, afin de le différencier des mécanismes volontaires tels que marcher, parler, manger…

Il parla également du partenaire silencieux. En effet, pour lui chacun a une part du Divin en soit qu'il appelle le 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 prends 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.* »[59].

Il mentionne également un rythme de 6 cycles en 10 minutes qu'il nomma « le grand mouvement de marée ».

Upledger repris également le concept de Sutherland. Il remit en doute deux principes de Sutherland. Tout d'abord, il n'était pas d'accord avec Sutherland sur la description qu'il donna de la synchondrose sphéno-basilaire. En effet, Sutherland la décrivait comme étant une symphyse alors qu'au début de la vie embryonnaire, c'est une synchondrose. De plus, pour Upledger, les dysfonctions possibles de cette suture sont secondaires à *« des dysfonctions des sutures de la base du crâne et/ou comme provenant de tensions anormales de la membrane dure-mérienne. »*[60]

[59] R. Becker, 2000, *The Stilness of Life*, p. 236-237

[60] J. E. Upledger, 1995, *La thérapie cranio-sacrée*, Tome 1, P.9-10

Il remit également en doute un autre principe du modèle de Sutherland. Il nous l'explique ainsi:

> « *Nous ne pensons pas que le cerveau ait la force extensible qui agirait en tant que pompe hydraulique actionnant rythmiquement le liquide, à l'intérieur d'un système hydraulique semi-fermé* »[61].

Upledger décrivit un modèle fondé sur la pression. En se basant sur le fait que le LCR est sécrété deux fois plus rapidement qu'il n'est résorbé, au bout d'un moment le seuil de pression est donc à son maximum. Part un mécanisme homéostasique, on va voir un arrêt de production de sa sécrétion, entraînant alors une baisse du seuil qui va, à son minimum relancer sa sécrétion. *« Il se produit ainsi une montée et une descente rythmiques de la pression du liquide qui va provoquer un changement de rythme dans l'enceinte de ce système hydraulique semi-fermé »*[62].

[61] J. E. Upledger, 1995, *La thérapie cranio-sacrée*, Tome 1, P.10
[62] Ibid., p.10

II. Les Expériences sur le Mécanisme Respiratoire Primaire.

Le mécanisme respiratoire primaire est, comme nous le disions précédemment, un sujet très controversé.

Depuis sa création, de nombreuses expériences tentent de prouver l'existence du MRP.

Au commencement de ses recherches, Sutherland tentait de faire sentir aux gens leur propre MRP à travers un test qu'il avait inventé pour ses conférences : le test du ballon.

En tenant un ballon de baudruche entre les mains, en étant bien positionné, c'est-à-dire coudes posés sur la table, pieds à terre, bien assis sur ses ischions, il va percevoir que le ballon gonfle et dégonfle. Ce que les gens ressentent, c'est leur propre impulsion rythmique. De fait, s'ils arrêtent de respirer pour voir si ce n'est pas leur respiration thoracique qui crée ce mouvement, ils se rendent bien compte que l'impulsion rythmique est indépendante de la respiration thoracique. Ce test permet d'objectiver ce qui est si difficile à décrire. Selon les personnes, on se rend compte qu'il peut y avoir des changements concernant le rythme, l'amplitude et la direction de cette expansion/rétraction.

II. 1. EXPERIENCES DECRITES PAR JOHN UPLEDGER

Depuis, les expériences scientifiques se sont accumulées. Le magazine ApoStill n°13, en 2003, a repris toutes les expériences soutenant la véracité du MRP dans un article écrit par John E. Upledger et traduit par Alain Corbier.

Tout d'abord, plusieurs expériences ont révélé la présence d'un troisième rythme au niveau crânien en plus du pouls cardiaque et du rythme respiratoire facilement mis en évidence. En 1971, Viola Frymann fut la première à montrer l'existence de ce troisième rythme, compris entre 6 et 12 cycles par minute. La même année, une expérience donna comme conclusion que le cerveau avait des pulsations de 7 cycles par minute qui sont autonomes et indépendantes du rythme cardiaque et des ondes de Traube-Hering-Mayer (THM). En 1975, le journal de neurologie aux Etats-Unis, rapportait une pulsation intra-crânienne de 9 cycles par minute. Le Dr Tettambel, en 1978, trouva également un troisième rythme de 8 cycles par minute. En 1979, les docteurs Allen et Bunt, tous deux neurochirurgiens, ont fait une étude tomographique du système ventriculaire. Ces études ont montré sur une femme saine, des expansions et rétractions de 8 cycles par minute. Ils ont également trouvé que chez un enfant atteint d'une hydrocéphalie idiopathique le cycle était aux alentours de 4 cycles par minute. En 1992, le Dr Thomas trouva également l'existence d'un troisième rythme sur les sutures de chats au repos. Il enregistra 11 cycles par minute. Jean Herniou, dans sa thèse doctorale, montra l'ouverture et la fermeture de la suture sagittale sur des ovins, d'environ 12 cycles par minute. Cette ouverture n'ayant jamais excédé 1mm.

En 1961, les docteurs Woods montraient que le rythme moyen, chez 62 personnes normales, était de 12,47 cycles par minute. Ils le comparèrent chez 102 patients psychiatriques, qui avaient un rythme moyen de 6,7 cycles par minute. Ils effectuèrent également ce test du rythme crânio-sacré, chez 2 patients ayant subis une lobotomisation frontale. Il était alors à 4 cycles par minute.

En 1966, Viola Frymann a montré que la correction d'une torsion de SSB et équilibration des temporaux chez 1250 avaient amélioré leurs troubles respiratoires et circulatoires.

En 1970, une étude réalisée par le Dr Greenman, a démontré, grâce à des radiologies au niveau de la SSB, des rapports anormaux comme le décrivait Sutherland lorsqu'il parlait de Strain, de torsions ou de rotation…

En 1982, le Dr Gilmore a prouvé l'efficacité de la thérapie crânio-sacré en 10 étapes, conçue par Upledger, chez des enfants en échec scolaire.

En 1992, une étude a été réalisée à New York, au laboratoire d'anatomie. Cette étude a montré que par une traction sur l'os frontal plus ou moins importante, on voyait dans un premier temps une réponse élastique de la faux du cerveau ; puis la déformation s'achève et des déformations de type visqueux apparaissaient.

D'autres expériences ont montré qu'il n'y avait pas de relations entre le MRP et les rythmes cardiaques et pulmonaires. En effet, dans l'expérience que nous avons citée auparavant, de 1971 qui montrait la différence entre THM et MRP, l'équipe de Viola Frymann avait également constaté que le MRP ne se modifiait pas lorsque les sujets retenaient leur respiration. Dans une étude de 1992, le Dr Norton parvint à la même conclusion que les chercheurs.

Upledger cita également une expérience réalisée par le Dr Chadwick, qui montra que suite à un traitement crânio-sacré, les méridiens déséquilibrés étaient alors équilibrés.

Il mentionne également des expériences en rapport avec des investigations faites par des dentistes. En 1970, le Dr Baker montra un rythme de 9 cycles par minute au niveau de la voûte maxillaire, ainsi qu'une variation de 1,5 mm de celle-ci. En 1990, la cour d'appel au Colorado, en faveur de W. M. Raemer, déclara que les traitements crânio-sacrés étaient efficaces pour les dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire. En 1992, le Dr Libin lui rapporta qu'il avait modifié de 2 voire 3 mm la dimension transversale des maxillaires supérieurs en utilisant des traitements crânio-sacrés.

Upledger a également participé et fait des recherches sur la thérapie crânio-sacré. Dans ce même article, il nous raconte une expérience qu'il a eu en 1970 lorsqu'il était premier aide opératoire lors d'une intervention neurochirurgicale :

> « *J'ai vu la dure-mère intacte au niveau cervical moyen se bomber et se rétracter rythmiquement dans le champ opératoire comme le volume de fluide cérébro-spinal qu'elle contenait était augmenté et diminué 8 fois par minute. Personne dans la salle d'opération ne put me répondre aux questions que l'observation de cette activité posait. Le rythme de 8 cycles par minute était différent de celui de la respiration du patient comme en témoignait l'appareil de ventilation auquel il était relié, et était radicalement différent de la fréquence cardiaque comme le montrait le monitoring.* »[63].

C'est en 1972, pendant un cours sur l'ostéopathie crânienne, qu'il sentit ce qu'il avait vu, sur ses camarades au niveau de leur crâne et de leur bassin. Il effectua alors des traitements crânio-sacrés sur des patients ayant subi une chirurgie du cerveau, grâce au neurochirurgien, le Dr Tyler. Et également, sur des patients ayant des douleurs insurmontables, combinés à de l'acupuncture. Dans les deux cas les résultats furent flagrants.

En 1975, il a travaillé avec le Dr Retzlaff sur l'histologie des sutures crâniennes, et ils ont découvert la présence importante de « *fibres collagènes et élastiques, des réseaux vasculaires qui communiquent avec les canaux de Havers de l'os ainsi que des réseaux de fibres nerveuses amyéliniques et des récepteurs.* »[64] Ils ont prouvé également, que les sutures crâniennes ne se calcifient seulement après la mort. La même année, Upledger effectua une expérience avec le Dr Roppel et le Dr Retzlaff. Ils enregistrèrent le mouvement cranio-sacré sur des singes anesthésiés ayant une respiration et un rythme cardiaque différents. Il découvrit qu'en appliquant une légère pression au niveau du coccyx le mouvement s'arrête. Leur rythme était de 8 à 10 cycles par minute.

En 1977, Upledger fit une découverte qui lui permit de concevoir son modèle barostatique du mécanisme de l'activité rythmique du système crânio-sacré. En effet, il réalisait à cette époque là, plusieurs dissections de crâne humain. Il découvrit l'existence de nerfs qui partaient de la suture sagittale et qui allaient dans le système ventriculaire. Avec le Dr Retzlaff, ils introduisirent de la peroxydase de raitfort dans les sutures sagittales de deux singes afin de voir le trajet des nerfs. Cette expérience les conforta dans leur modèle.

---

[63] J. E. Upledger , 2003, *La recherche et les observations soutiennent l'existence d'un système crânio-sacré*, ApoStill n°13, p.20
[64] Ibid., p.20

Upledger fit également une autre expérience avec Cindy Rowe, une instrumentaliste à la morgue et un physicien Neil Mohon. Ils ont eu accès à des corps, avec deux trous au niveau des pariétaux afin de voir les MTR qui étaient intactes. Ils examinèrent la pression nécessaire au niveau du frontal et du sacrum, afin que les MTR bougent. Il a fallu 48,2 grammes de traction sur l'os frontal pour faire bouger la faux du cerveau, et 60 grammes de traction latérale pour que la tente du cervelet émette un mouvement.

Ainsi, les différentes expériences présentées prouvent la présence du MRP et l'efficacité de traitements crânio-sacrés. Nous allons maintenant reprendre les grands points sur le MRP remis en questions.

II. 2. LA MOBILITE DES OS DU CRANE

L'une des composantes la plus controversée est la mobilité des os du crâne. La plupart des livres d'anatomie disent bien qu'il n'y a aucune mobilité entre les os du crâne, excepté entre la mandibule et le temporal pour l'articulation de la mâchoire.

Prenons l'exemple de la définition du Larousse médical en 2006

> « *Tous ces os sont soudés entre eux par des sutures empêchant toute mobilité*. »[65].

Ou de Rouvière qui écrit

> « *Les os du crâne et de la face s'unissent entre eux par synchondrose si ces os se sont formés par ossification enchondrale (os de la base du crâne) ; - ou par synfibrose s'ils procèdent d'une ébauche conjonctive (os de la voûte du crâne et os de la face)* »[66].

Les synfibroses et les synchondroses faisant partie des synarthroses : « *les articulations immobiles, ou synarthroses* »[67].

Ou encore d'Anatomie et physiologie humaines,

> « *Os du crâne et os de la face, suture fibreuse, aucun mouvement* »[68].

Kamina va également dans ce sens en disant

> « *La tête osseuse comprend le squelette crânio-facial, formé d'os soudés entre eux et des os mobiles, la mandibule et l'os hyoïde.* »[69].

---

[65] *Larousse médical*, 2006

[66] Rouvière, 1979, *Anatomie descriptive*, Tome 1, p.130

[67] Ibid., p.9

[68] Marieb, Elaine N., 2005, *Anatomie et physiologie humaines*, p.264

[69] Kamina, (2006), *Anatomie clinique*, Tome 2, p. 3

Kapandji lui, commence à décrire une mobilité possible dans certains plans.

Tout d'abord il décrit :

> « *Chez l'embryon et même chez le nouveau-né, les os du crâne restent* ***relativement mobiles entre eux****, car non soudés, comme en témoigne la persistance de la grande fontanelle antérieure ou bregmatique qui ne s'ossifie complètement qu'au bout de huit à dix-huit mois. La mobilité des os du crâne chez le jeune enfant s'explique par l'augmentation de volume rapide du cerveau, qui continue après la naissance. Par la suite, la croissance osseuse peut accompagner celle du cerveau jusqu'à l'adolescence, période à laquelle le crâne a acquis son développement définitif* »[70].

Ensuite, pour le crâne adulte, il fait une métaphore considérant le crâne comme un puzzle. Tous les os sont articulés entre eux par des sutures, représentant chacun une pièce du puzzle. Il explique alors que lorsque les pièces osseuses d'un puzzle sont emboîtées, aucun mouvement n'est possible dans le plan de la plaque.

> « *La comparaison avec un* ***puzzle*** *montre bien cette solidarité entre les pièces du puzzle, à condition qu'elles restent dans le plan, c'est-à-dire posées sur la table. C'est ce raisonnement qui a fait dire aux anatomistes classiques que ces sutures sont* ***dépourvues de toute mobilité****.* »[71].

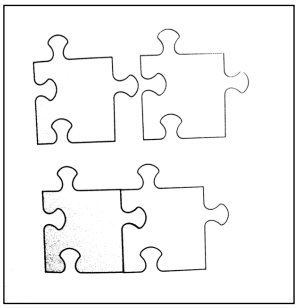

Figure 8 : Représentation du puzzle[72]

[70] Kapandji, 2007, Tête et rachis, Tome 3, p.280

[71] Ibid., p.280

[72] Image tirée de Kapandji, Tête et rachis, p. 281

Il nous explique alors, que des mouvements sont possibles si on les effectue hors du plan. « *Un glissement perpendiculaire est donc possible* »[73].

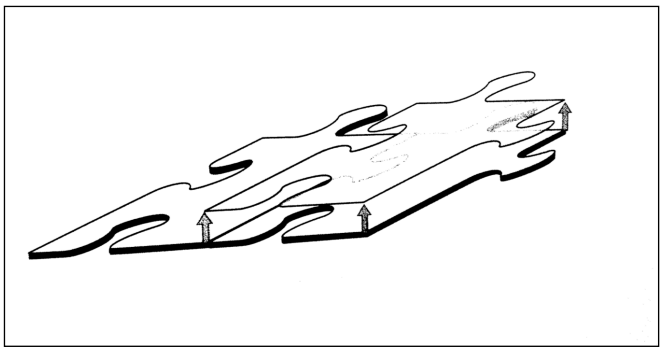

Figure 9 : Représentation du glissement perpendiculaire entre les pièces du puzzle[74]

> « Si l'on se reporte maintenant à la figure 3, on constate que la plupart de ces sutures sont, **non pas perpendiculaires au plan, mais obliques**, et toutes dans la même obliquité… ! *Il n'est donc pas possible que les plaques glissent obliquement l'une sur l'autre* (Fig. 4) dans un mouvement de subduction qui rappelle la **tectonique des plaques** (Fig. 5), mise au jour par Wegener pour expliquer les tremblements de terre… »[75].

[73] Kapandji, 2007, Tête et rachis, Tome 3, p.280
[74] Image tirée de Kapandji, Tête et rachis, p. 281
[75] Kapandji, 2007, Tête et rachis, Tome 3, p.280

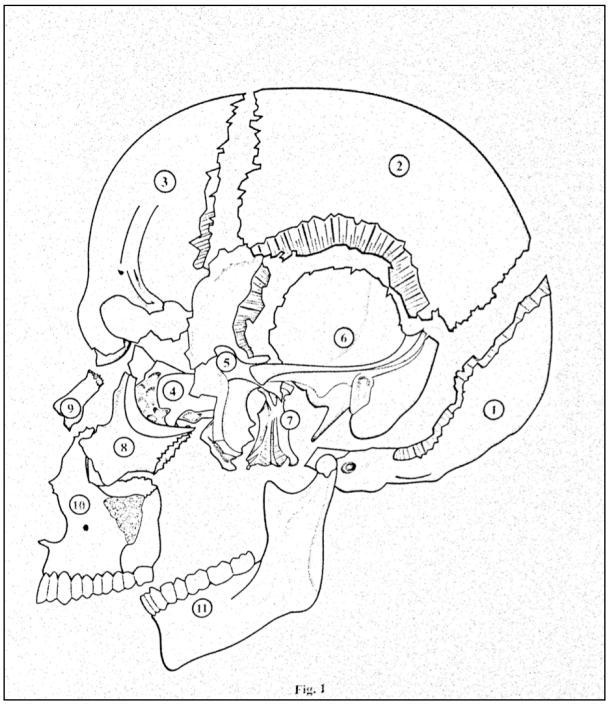

Figure 10 : Boîte crânienne désarticulée[76]

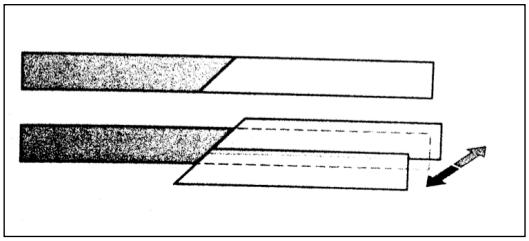

Figure 11 : Représentation du glissement oblique des pièces[77]

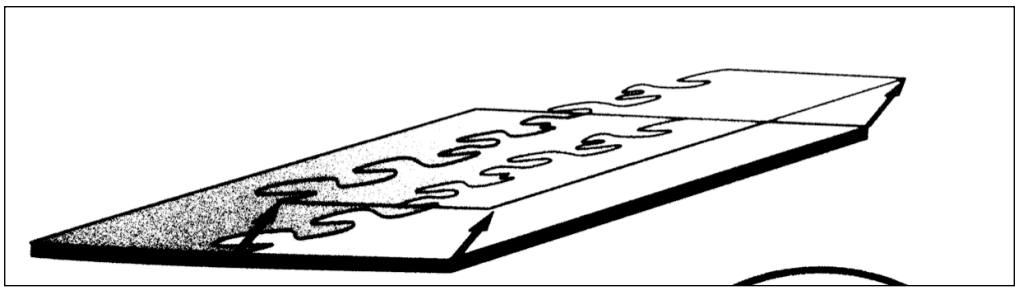

Figure 12 : Représentation du mouvement rappelant la tectonique des plaques[78]

[76] Image tirée de Kapandji, Tête et rachis, p. 279
[77] Image tirée de Kapandji, Tête et rachis, p. 281
[78] Image tirée de Kapandji, Tête et rachis, p. 281

Il termine son argumentation par cette phrase:

> « *Un argument de simple logique plaide en faveur de micromouvements dans ces sutures, car s'ils n'existaient pas, ces sutures auraient fini par disparaître au cours de l'évolution* »[79].

Plusieurs expériences ont été faites afin de prouver cette mobilité crânienne.

Certains, à l'instar du département de Biomécanique de l'Université de Michigan, ont démontré qu'il existait des fibres élastiques au niveau des sutures, et qu'elles sont richement vascularisées et innervées, comme l'ont montré des travaux réalisés en 1981. De même, lors d'une conférence en 1988, Gérard Cooper a mentionné les travaux de Ernest W. Retzlaff qui prouvent qu'il existe des fibres de collagènes, au niveau des sutures pariéto-pariétal et pariéto-temporal.

En 1984, Le Pr Tamboise a montré l'existence accrue d'ostéoblastes au niveau des sutures, prouvant une forte activité à ce niveau là.

En 1987, Ernest W. Retzlaff avait également montré l'existence des ligaments portant les nerfs et les vaisseaux sanguins dans ces sutures.

En 1996, les docteurs Lewandowski et Drasby, sont parvenus à montrer un mouvement des os de 7 à 12 cycles/ min et d'une amplitude de 20 à 200 microns à l'aide d'aiguilles d'acupuncture, enfoncées au niveau des os pariétaux … Ils trouvèrent également que le diamètre crânien bougeait de 2,2mm.

[79] Kapandji, 2007, *Tête et rachis*, p. 280

Par ailleurs, une étude de la NASA a montré en 1998 que :

> « *Certains os du crâne bougeaient de quelques microns en fonction de la pression intracrâniennes » ainsi que « les os crâniens bougent de pair avec les augmentations du volume intracrânien, les pressions intracrâniennes maximales équivalentes et les changements de pressions intracrâniennes*. »[80].

Jean-Claude Herniou a réalisé différents travaux sur le MRP, que nous présente en 1999, le magazine AEsculape. Ses expériences ont été réalisées sur des moutons : l'une avec des moutons vivants sous anesthésie générale, et l'autre venant d'être tués. Ces deux expériences ont bien montré l'existence d'un mouvement des os crâniens : lorsque l'on exerce une force sur ces derniers, ils bougent plus ou moins en fonction de la force.

C'est cette première composante, la mobilité des os du crâne, qui fut remise en cause pour la première fois, en 1990, dans un article de Ferre JC, Chevalier C, Lumineau JP et Barbin JY. En effet, pour eux, les os du crâne chez l'adulte sont solidement soudés. De plus, le LCR comme n'importe quel liquide, est incompressible, et ne peut donc pas entraîner le mouvement des os du crâne. Enfin, la mobilité du cerveau est uniquement liée au système vasculaire.

En 2001, Steve E. Hartman et James M. Norton écrivirent un article où ils expliquèrent que pour eux la thérapie crânio-sacrée, et plus précisément le MRP de Sutherland, sont sans fondement. En effet : *« Les rythmes "crâniens" ne peuvent pas être générés à partir d'une motilité organique du cerveau car les neurones et les cellules gliales n'ont pas de réseaux denses de filaments d'actine et de myosine nécessaires à la production de tels mouvements. ».* De plus, ils remettent en cause le fait que la SSB transmette les mouvements aux autres os du crâne, étant donné qu'elle est solidement ossifiée après l'adolescence, comme le montrent les articles suivants :

- En 1972, Melsen B. dans « Time and mode of closure of the spheno-occipital synchondrosis determined on human autopsy material. »

[80] *Acta neurochir*, 1998 et *Biological Sciences in Space*, 1998

- En 1995, Madeline LA, Elster AD. Dans « Suture closure in the human chondrocranium: CT assessment ».
- En 1996, Okamoto K, Ito J, Tokiguchi S, Furusawa T dans « High-resolution CT fmdings in the development of spheno-occipital synchondrosis. »
- En 1998, Sahni D,Jit I, Neelam, Suri S. dans « Time of fusion of the basisphenoid with the basilar part of the occipital bone in northwest Indian subjects. »

Enfin, Steve E. Hartman et James M. Norton, disent également que la mobilité des os de la voûte est impossible, car à partir de 25 ans, les sutures frontales, sagittales et lambdoïdale commencent à s'ossifier.

Bien avant eux, ce sont les découvertes de Todd et Lyon, en 1924 et 1925, qui ont été la base de la théorie de la fusion des os du crâne. Cependant, ils ont exclus de leurs résultats des sujets, dont les sutures n'étaient pas fermées.

En 2009, William T Crow, Hollis H King, Rita M Patterson et Vincent Giuliano, ont décidé d'effectuer une étude par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), afin d'évaluer la mobilité de la voûte crânienne. L'expérience s'est portée sur 20 sujets, avec des scanners toutes les 45 secondes sur 6 minutes. Voici leur conclusion :

> « *Malgré les possibles imperfections, les données proposées dans la présente étude suggèrent que les structures de la voûte présentent des caractéristiques de mobilité que la technologie IRM permet d'identifier. Il est probable que l'augmentation de la résolution de la technologie IRM et l'amélioration de l'analyse des images qui ne manqueront pas de se produire au cours du temps donneront la possibilité d'examiner des zones plus précises de mobilité osseuse crânienne.* »[81].

[81] Crow W. T., King H. H., Patterson R. M., Giuliano V., 2009, *« Mobilité de la voûte crânienne évaluée par IRM »*, Traduction française de l'original par P. Tricot. *Site de l'Ostéopathie*

II. 3. LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

Jean Herniou a également remis en question la place du LCR dans le MRP dans une interview. Selon lui, le LCR n'est pas le moteur de la mobilité des os du crâne. Il a démontré que le LCR avait une pression de 1200 N/m2, c'est-à-dire toujours selon lui, inférieure au 1/10 que nos mains exercent sur le crâne lors de nos tests. De plus, la fluctuation du LCR est très lente : 1 cm à l'heure. Suite à ces deux observations, il lui parait impossible que le LCR puisse être le moteur de la mobilité des os du crâne …

Voici, selon lui, la propriété et les valeurs des sutures crâniennes :

> « *Mes estimations moyennes sont les suivantes et confirment les travaux antérieurs : harmoniques 45 microns, dentées et biseautés 25 microns (une contrainte équivalente à un poids de 500 grammes sur 1 cm2 appliquée sur le biseau interne le mobilise de 6,5 microns en moyenne). Les sutures jouent un rôle considérable d'absorption /amortissement des contraintes externes sur la boîte crânienne (déformabilité assez importante par rapport à la structure osseuse).La dure-mère sert d'arceau de sécurité avec renforcements particuliers à certains endroits « stratégiques ». Le LCR a un rôle de répartiteur et donc d'ultime protection de la substance nerveuse* »[82].

Selon lui cette mobilité crânienne existe par les tensions musculaires et les traumatismes.

Jacques Vigier Latour, a également écrit un article en 2012 sur la place du LCR. L'auteur pense que le LCR ne s'anime pas tout seul, mais qu'il bouge grâce à l'action des muscles, des aponévroses, des artères, du diaphragme, et de l'élasticité des cellules nerveuses et de la dure-mère.

Il reprend des études de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie. En effet, une étude a montré que la pression atmosphérique sur le crâne exerce 1kg par cm2, alors que le LCR exerce 13gr par cm2. Elle en conclut alors que la pression interne n'est pas assez forte par rapport à l'externe afin de libérer une suture.

[82] Revue Aesculape n° 10 de Janvier -février 1998

Il donne également les résultats d'une recherche sur la lenteur de la circulation du LCR du professeur physiologiste Braud, qui va dans le même sens que Jean-Claude Herniou. En effet, le professeur Braud a tracé la vitesse de circulation du LCR du cul de sac dural au sinus longitudinal supérieur. Il a montré qu'il fallait deux heures au LCR pour atteindre les citernes basales, 24 heures pour les espaces sous-arachnoïdiens, et 48 heures pour atteindre le sinus longitudinal supérieur. Il en conclut que les techniques ostéopathiques liquidiennes crâniennes ne peuvent libérer une suture.

Une étude réalisée en Russie, a montré que grâce au *« contrôle par monitoring, des fluctuations lentes au sein du crâne par bio-impédance conjuguée à une dopplerographie transcrânienne »* [83] existent. De plus, ces études montrent l'efficacité des techniques ostéopathiques spécifiques sur le LCR.

Upledger, comme nous l'avons vu précédemment, décrivait un modèle basé sur la pression. Voici ce que nous pouvons lire dans le Tome 1 de « La thérapie crânio-sacrée » :

> *«Dr E. A. Bunt, neurochirurgien d'Afrique du Sud, a développé un modèle similaire au cours de ses recherches sur l'hydrocéphalie normotensive idiopathique. Le Dr Bunt nous a montré une série de tomographie prises à travers le 3ème ventricule et les ventricules latéraux du cerveau. Ces clichés montrent que les parois des ventricules latéraux du cerveau se contractent ou se dilatent de moitié selon un rythme de 6 cycles par minutes, chez un patient normal. Le Dr Bunt a la conviction que le concept d'un rythme fondé sur la pression du liquide céphalo-rachidien est crédible. »*[84].

[83] Y. Moskolenko, *Mécasnime physiologiques des fluctuations lentes intra-crâniennes*, OSTEO, la revue des ostéopathes, n°50, septembre 1999 et n°51, janvier 2000
[84] Upledger, J., 1995, *Thérapie crânio-sacrée,* Tome 1, p. 12

II. 4. LA DURE-MERE

Une autre composante est remise en cause : la dure-mère.

En effet, comme cela est décrit dans le MRP, cette membrane transmettrait le mouvement du MRP crânien jusqu'au sacrum. On nous parle de manchon dure-mérien inextensible. Cependant, est-il possible que nous puissions simplement nous pencher en avant si notre dure-mère est inextensible ?

Jacques Vigier Latour, dans un autre article qu'il a écrit en février 2013, nous expose une nouvelle vision sur la dure-mère. Des études récentes ont montré l'existence de certains ligaments comme ceux de Trolard et d'Hofmann, les opercules de Forestier. Ceux-ci apporteraient à la dure-mère une élasticité, comme l'a mis en évidence Hafida Izelfanane dans son mémoire *« Insertions de la dure-mère sur le rachis, une anatomie redécouverte ».*

Les ligaments de Trolard maintiennent la dure-mère antérieurement. Ils sont présents dans toute la hauteur du cul-de-sac dural, entre la face antérieure de la dure-mère et le ligament vertébral commun postérieur.

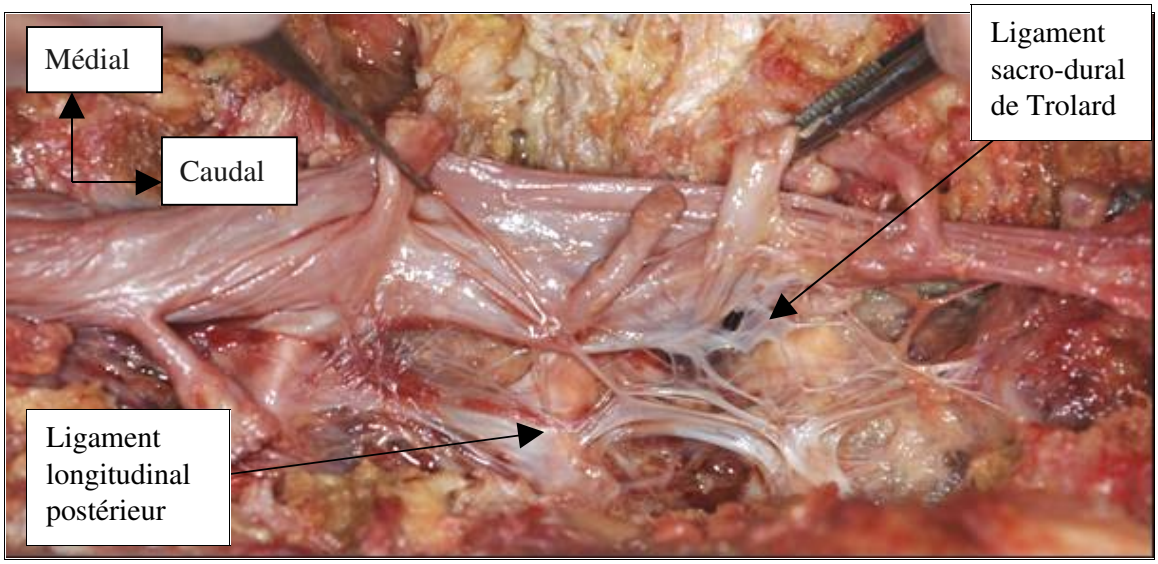

Figure 13 : Représentation du ligament sacro-dural de Trolard[85]

[85] Image tirée d'Hafida Izelfanane, *Insertions de la dure-mère sur le rachis, une anatomie redécouverte*, p.24.

Les ligaments de Hofmann vont de la dure-mère au ligament longitudinal postérieur. Au niveau des thoraciques supérieurs ils ont une direction caudo-crâniale, au niveau de T8-T9 ils sont transversaux et en-dessous ils ont une direction crânio-caudale.

Direction caudo-craniale :

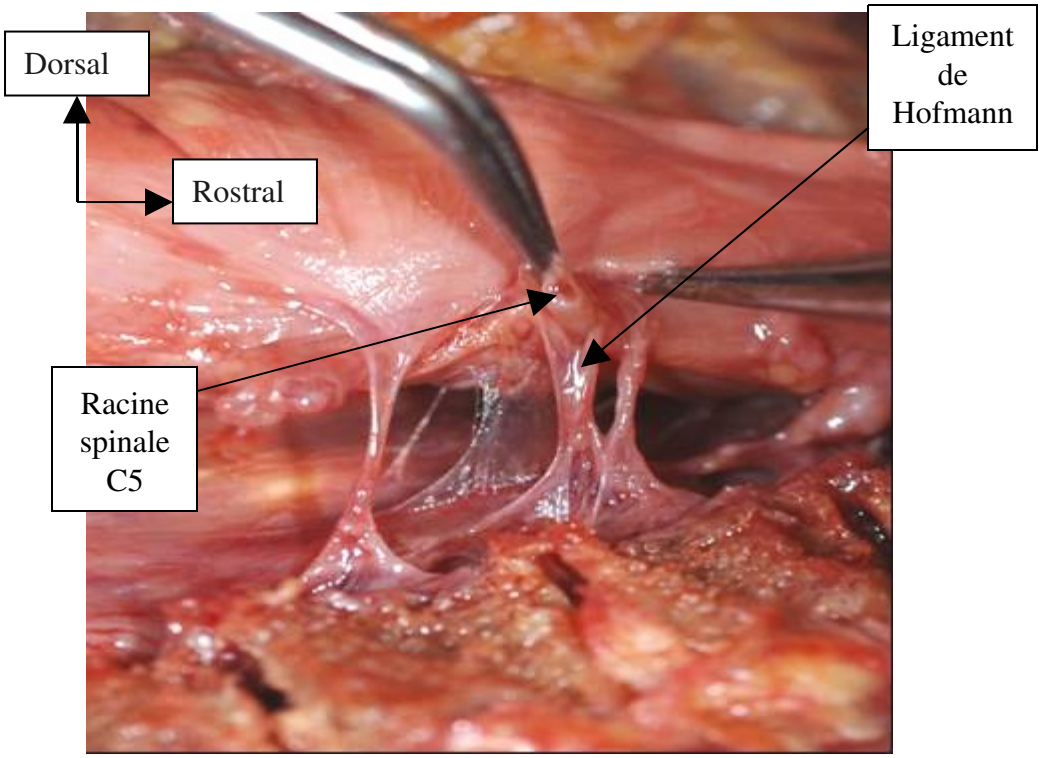

Figure 14 : Représentation du ligament de Hofmann [86]

Les opercules de Forestier sont présents au niveau des trous de conjugaison. Ils sont présents au niveau interne également.

[86] Image tirée d'Hafida Izelfanane, *Insertions de la dure-mère sur le rachis, une anatomie redécouverte*, p.28.

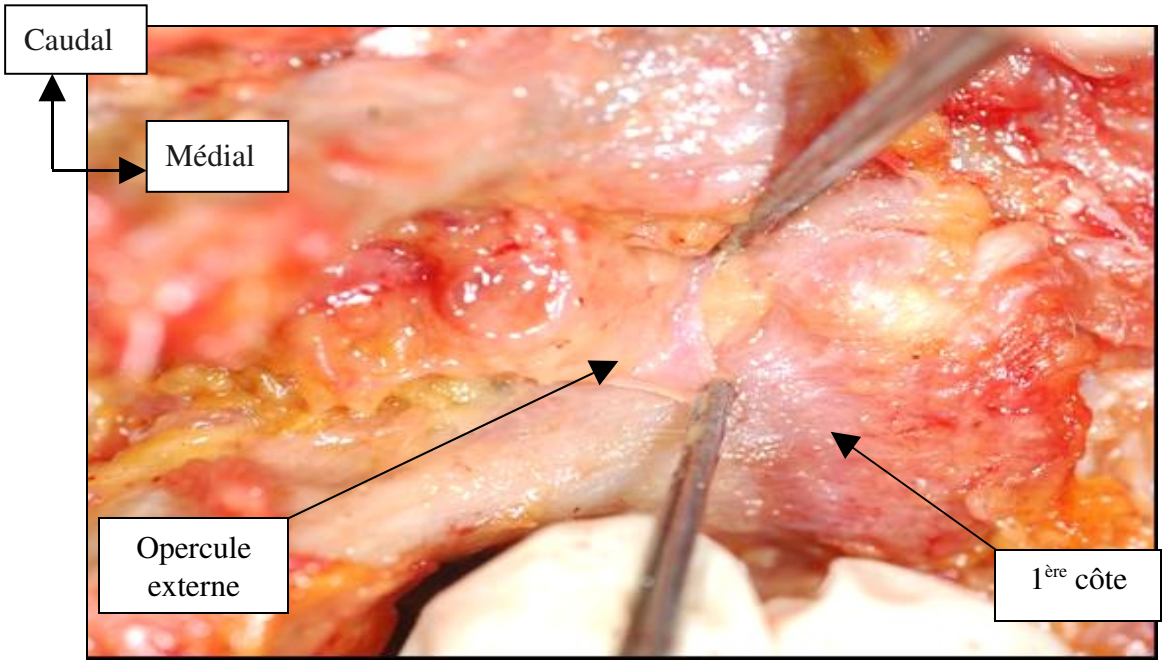

Figure 15 : Représentation d'un opercule de Forestier externe [87]

Par ailleurs, plusieurs auteurs comme Bourret et Louis, Decker et Troup ont montré l'existence de replis, présents tout le long de la dure-mère.

Ces détails anatomiques montrent pour certains, que la dure-mère ne peut transmettre des mouvements et qu'elle a uniquement un rôle d'amortisseurs, de protection de la moelle épinière.

Sur le même principe, certains remettent en cause les techniques exercées sur les membranes intra-crâniennes car elles sont inextensibles et non contractiles.

Des auteurs proposent des hypothèses sur ce mouvement qui est transmis du crâne au sacrum. Les travaux de F. Mézières et P. Souchard parlent de chaînes fasciales. Pour eux, elles transmettent les mouvements d'une structure à une autre.

[87] Image tirée d'Hafida Izelfanane, *Insertions de la dure-mère sur le rachis, une anatomie redécouverte*, p.32.

II. 5. L'INTERACTION CRANIO-SACREE.

James M. Norton, en 1996, remit en cause le concept d'interaction crânio-sacrée. De ce fait, il réalisa une étude divisée en deux temps. Dans un premier temps, deux ostéopathes testèrent séparément les cycles du MRP, au crâne et au sacrum. Leurs résultats étaient globalement identiques.

La deuxième étape, consiste à demander à deux ostéopathes, sur un même patient, l'un à la tête et l'autre au sacrum, les cycles du MRP. Les résultats ne correspondaient alors plus.

En Australie, en 2001, Robert W, Moran et Peter Gibbons ont effectué la même expérience que James M. Norton et les résultats sont semblables à ce dernier.

Dans un article « Le mécanisme respiratoire existe-t-il ? » publié dans ApoStill n°6, Pierre Tricot mentionne la difficulté expérimentale d'étudier la relation entre un patient et deux ostéopathes, il parle d'interactivité praticien/patient.

> « L'interactivité praticien/patient, même inconsciente, se gère assez facilement d'elle-même lorsqu'un seul opérateur travaille avec le sujet, mais plus du tout lorsqu'un second praticien entre en jeu. Les interférences deviennent alors particulièrement nombreuses et non interprétables. »[88].

[88] Tricot P., Mars 2000, *Le mécanisme respiratoire existe-t-il ?,* ApoStill n°6

II. 6. LA NOTION « PRIMAIRE » DU MRP

Un autre élément controversé dans le MRP est le mot « primaire ».

Reprenons la définition de chaque terme de ce concept exposé par Magoun, dans « L'ostéopathie dans le champ crânien » :

> « *A. MÉCANISME : Un arrangement ou assemblage d'éléments de tout ce qui a une action déterminée.*
>
> *B. RESPIRATOIRE : Qui concerne la respiration. La respiration physiologique est le métabolisme, le dégagement de déchets et la formation de nouvelle matière par le protoplasme cellulaire. Le métabolisme se définit également comme un changement des tissus, la somme des modifications chimiques par lesquelles la fonction d'alimentations s'effectue. Il consiste en l'anabolisme et le catabolisme.*
>
> *C. PRIMAIRE : Premier ou principal*»[89].

Cette définition montre bien que le MRP prime sur la respiration costo-diaphragmatique. Certains disent même que le MRP existe in utero et que c'est lui qui va lancer la respiration diaphragmatique. Herniou, dans son interview mentionnée précédemment, va contre l'idée que le MRP prime sur la respiration costo-diaphragmatique. Pour lui, la respiration in utéro est celle de la mère.

De plus, des expériences ont été réalisées où les praticiens ont senti le MRP quelques minutes après la mort. Ces résultats prouvent bien que le MRP prime sur la respiration costo-diaphragmatique. Pour Herniou, lorsque nous mourrons, nous ne respirons plus. Or, le MRP étant défini comme un mouvement respiratoire, il ne peut plus exister.

[89] H. I. Magoun, 1951, *Ostéopathie dans le champ crânien*, p. 44

Si nous revenons un peu en arrière, on réalise que déjà au XVIIIème siècle, Swedenborg, homme de science, politicien, et philosophe, disait que la mobilité du cerveau précède la respiration pulmonaire et donc son mouvement. Il pensait même que la mobilité du cerveau prenait naissance par les fluides et plus particulièrement par l'essence du fluide immatériel qu'est l'âme. Il est important de noter que Still a été fortement influencé par Swedenborg surtout par ses écrits dans « The Brain », où Swedenborg parlait entre autres de la mobilité du cerveau, du sacrum, des membranes intracrâniennes, et de la mobilité osseuse crânienne…

II. 7. EXPERIENCES GLOBALES SUR LE MRP

Plus généralement, la revue ApoStill n°7, en 2000, nous présentait une étude réalisée en Russie, « *étude visant à mettre en évidence l'action du traitement ostéopathique crânien sur les échanges liquidiens cérébraux ».* Ils ont combiné la bio-impédancémétrie et un écho-Doppler afin d'optimiser les résultats. Ces derniers ont montré que le traitement ostéopathique avait une incidence sur le MRP.

Dans ce même numéro d'ApoStill, une autre étude prouve également l'efficacité d'un traitement ostéopathique crânio-sacré sur les rapports osseux crâniens, l'équilibre des fonctions physiologiques cérébrales, et plus particulièrement de l'audition. L'étude visait à percevoir la qualité de la transmission des vibrations le long des structures crâniennes, avant et après un traitement ostéopathique crânien, à l'aide d'un vibreur à large bande qui a été spécialement conçu pour l'expérience. Quatre conclusions ressortent de cette étude

> « *1. L'application de techniques crânio-sacrées modifie la conduction auditive osseuse. 2. Les modifications de la conduction osseuse dépendent de la technique crânienne utilisée. 3. Les résultats enregistrés laissent supposer que les techniques crânio-sacrées restaurent également les capacités oscillatoires crâniennes, donc de la mobilité de ses structures. 4. Les améliorations observées chez les sujets peuvent être mises en relation avec le rétablissement d'une circulation cérébrale physiologique de tous les fluides*.»[90].

Roger Robitaille, en 1986, a réalisé sa thèse afin de prouver l'existence d'un mouvement crânien au niveau du temporal, à l'aide d'un appareil à leviers mécaniques simples puis lumineux, et également d'un système vidéo-cassette pour l'observation visuelle. Il a effectué les enregistrements sur vingt-deux sujets, pendant deux fois dix minutes. Sa thèse avance plusieurs résultats. Tout d'abord, il a bel et bien enregistré un mouvement au niveau du temporal, de 13,93 cycles par minute en moyenne, et d'une amplitude de 28,8 microns. Il a également montré que le rythme thoracique (15,98 cycles par minute) était différent du

[90] *Modifications de la transmission vibro-acoustique de la structure crânienne par traitement ostéopathique*, ApoStill n°7, Automne 2000, p. 39

mouvement crânien (13,93 cycles par minute). Il explique qu'il arrive qu'ils soient synchrones dans les périodes de détente et de sommeil.

De plus, il a indiqué que l'appareil confirme la fiabilité manuelle de notre écoute à 100%.

Il explique également que le LCR est directement lié à la respiration thoraco-abdominale grâce aux pressions.

Gilles Marier, en 1986 également, réalisa sa thèse pour expliquer l'évolution de la mise au point d'un appareil électronique afin d'enregistrer le MRP. Il conclut que plusieurs appareils arrivent à sentir et évaluer un rythme crânien de 9,5 cycles par minute.

II. 8. AUTRES THEORIES

D'autres théories tentent également d'expliquer ce mouvement perceptible au niveau du crâne.

Les ondes de Traube-Hering-Mayer (THM) en est une. Elles ont été découvertes en 1865 par Traube, et leur existence fut confirmée par Hering en 1869. Mayer, en 1876, a enregistré des oscillations similaires. Elles sont décrites comme étant présentes dans la pression artérielle, la vélocité du flux sanguin et la fréquence cardiaque. Elles ont un rythme de 6 à 10 cycles par minute. On peut noter la ressemblance frappante avec le MRP au niveau de leur rythme.

En 1999, une équipe de chercheurs du Chicago College of Osteopathic Medicine, a réalisé une expérience afin de comparer l'Impulsion Rythmique Crânienne (IRC) à ses ondes.

Voici leurs conclusions :

> « *Le mécanisme respiratoire primaire (MRP) manifesté par l'impulsion rythmique crânienne (IRC) et l'oscillation de Traube-Hering-Meyer (THM) présentent une ressemblance frappante. Pour cette raison, un protocole a été développé afin de mesurer simultanément les deux phénomènes. Les comparaisons statistiques ont démontré que l'IRC est palpable en concomitance avec les variations de basse fréquence de l'oscillation de THM.*»[91].

La même équipe a effectué une expérience afin de savoir si les manipulations crâniennes jouaient sur les ondes THM. Leur conclusion est la suivante :

> « *Les manipulations crâniennes affectent la vélocité sanguine dans ses composantes Traube-Hering-Mayer de basses fréquences. Comme ces oscillations de basses fréquences sont sous le contrôle des systèmes*

[91] Nelson KE, Sergueef N, Lipinski CM, Chapman AR, Glonek T. *The cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation : Comparing laser-Doppler flowmetry and palpation*, J Amer Osteopath Assoc 2001, pp 163-173.

parasympathique et sympathique, il est conclu que les manipulations crâniennes affectent le système nerveux autonome ».[92]

Une fois encore, les ostéopathes se contredisent. En effet, pour certains, le MRP est manifesté par l'IRC et pour d'autres, il n'y a pas de concordance entre les deux.

Le terme IRC fut employé pour la première fois en 1961, par les Woods, pour décrire la palpation du MRP.

Patrice Tidière dans un article parut dans la revue *Ostéo, la revue des ostéopathes* en janvier 2000 a essayé de clarifier ces concepts. Selon lui, ce qu'on sent lors d'une écoute crânienne ce n'est pas le MRP, car le MRP est un concept mais nous sentons l'Impulsion Rythmique, c'est-à-dire la somme de toutes les impulsions rythmiques du corps et pas uniquement l'IRC. En effet, pour lui nous sentons la somme de toutes les impulsions rythmiques dans le corps

Il nous décrit trois types d'impulsion :

«**L'impulsion rythmique motilité** : primaire, d'origine cellulaire. On la retrouve dans tous les types de structures du corps humain. On parlera alors d'IRFoie, d'IRFémur ou d'IRAorte...

L'impulsion rythmique organique : secondaire, dont l'origine résulte des fonctions respiratoires, cardio-vasculaire, lymphatique ...et probablement de bien d'autres.

L'impulsion rythmique virtuelle : à part, résultat de facteurs résurgents des principes de la mécanique des fluides..»[93].

Selon Paul Tidière il n'y a pas de sources spécifiques à l'IRC.

[92] Sergueef N, Nelson KE, Glonek T. « The effect of cranial manipulation on the Traube-Hering-Mayer oscillation as measured by laser-Doppler flowmetry. » Alternative Therapies in Health and Medicine

[93]Tidière Patrice (2000) « Impulsion rythmique n'est pas Mécanisme Respiratoire Primaire », *Ostéo*, la revue des ostéopathes n° 51

III. Analyses et discussions

Afin de recueillir des informations supplémentaires et des avis différents sur le MRP, nous avons décidé de réaliser deux entretiens, le premier avec François Bel, D.O. depuis 1992, et le second avec Jacques Vigier Latour, D.O. depuis 1981.

Nous nous sommes tournés vers François Bel, parce qu'il est l'auteur de nombreux articles dans ApoStill, notamment concernant le concept crânien. Il a une approche et une vision de l'ostéopathie personnelle qu'il qualifie de bio-tissulaire, reprenant le principe vitaliste de Sutherland. Nous avons donc voulu l'interviewer afin de comprendre sa pratique et sa vision globale de l'ostéopathie.

Nous avons également demandé à Jacques Vigier Latour parce que l'un de ces articles concernant la dure-mère, paru sur son site http://osteo-perfectionnement.com, nous intéressait particulièrement. En effet, dans cet article il remettait en cause la place de la dure-mère dans l'axe crânio-sacré, et également l'origine même du MRP. Il nous semblait intéressant alors de nous entretenir avec lui, pour mieux connaître son point de vue sur le MRP ainsi que son approche du corps.

L'intégralité de nos entretiens est mise en annexe.

III. 1. ANALYSE DE L'ENTRETIEN DE FRANÇOIS BEL DU 6 JANVIER 2014.

François Bel a été diplômé à ATMAN, sur Paris, en 1992. Une fois diplômé, il a appris, travaillé et enseigné l'approche tissulaire de Pierre Tricot, à ses côtés. Il est également le co-fondateur de EHEO Ouest Parisien (association Enfants Handicapés Espoir Ostéopathique). Il a pratiqué dans une maternité de Villeneuve-La-Garenne en 1995 et 1996. Actuellement, il est enseignant de crânien à l'IDO et au CSO, et il donne des stages sur l'Ostéopathie Bio-Tissulaire. Il est installé à Montesson dans les Yvelines.

Durant notre entretien, plusieurs points importants sont ressortis. Tout d'abord, l'idée que le MRP a du mal à être accepté comme il le dit *« Je pense que ça fait partie des pensées qui sont novatrices et qui font qu'aujourd'hui elles ne sont pas comprises. ».* Selon lui, il faut du temps pour que les gens acceptent que le crâne puisse bouger car ce n'est pas dans les mœurs. Il compare ce problème à d'autres questions de société qui ont eu du mal à être acceptées par la société telles que la forme de la terre, l'amiante ou encore le réchauffement climatique. Il lui paraît important dans l'enseignement du MRP de reprendre la biographie de Sutherland pour comprendre comment Sutherland en est arrivé là.

De plus, la plupart des expériences ou des avis sur le MRP n'utilise pas, selon lui, le bon « thermomètre ». En effet, il pense qu'il y a des explications qui peuvent être remises en question, mais qu'à partir du moment où il y a des résultats cliniques c'est le principal, et on ne peut remettre ces résultats en question. *« De réduire un phénomène à seulement sa matérialité, cela voudrait dire que c'est la pression liquidienne qui crée un mouvement ou non, que la tension des membranes entraînerait la mobilité des os du crâne ou non. Si on réduit seulement à ces explications, matérielle et physique, il y a des biais obligatoirement par rapport à ces explications. Et c'est pour ça, qu'on doit passer par d'autres choses, par des systèmes peut-être plus énergétique ou électromagnétique, il y a des tas d'hypothèses aussi là-dessus qui sont différentes ». « La seule preuve, c'est la preuve clinique comme partout. »*

F. Bel base sa pratique crânienne sur ce qu'il appelle le concept bio-tissulaire. Il réunit l'approche vitaliste de Sutherland à la fin de sa vie, et l'approche tissulaire de Pierre Tricot. Il tourne son concept crânien autour de trois axes : le Fulcrum, le Still Point et le Potency. Il a donc une approche liquidienne, avec le Souffle de Vie (Potency). Il précise bien dans l'entretien que ce mot n'a pas de connotation religieuse. *« J'emploie ce mot pour mot de façon beaucoup plus pragmatique. Spirit c'est le souffle ».*

Il souligne également, que pour lui il ne faut pas séparer le point de vue mécanique du point de vue biodynamique. Ce sont deux approches différentes, deux points de vue différents mais qui sont complémentaires. *« Pierre Tricot le dit bien « Avec la pensée de Littlejohn, on est dans l'homme debout. » Ca veut dire l'homme monté comme une charpente, qui monte comme on monte une maison, à partir du bas, et on voit comment il se tient, comment il arrive à tenir debout. Sutherland, ce n'est pas l'homme debout, c'est « l'homme suspendu ». C'est-à-dire, c'est à partir du haut, à partir du crâne quelque part. C'est ce qu'on appelle l'homme méduse, c'est comme si le crâne était une méduse et une queue qui pendait en-dessous. Et ces deux images, il y en a une qui nous tire vers le haut. Et c'est vrai, qu'il y a quelque chose, mais est-ce qu'on est pas aussi à lutter contre la gravité, donc de lutter à partir de quelque chose d'en bas. C'est deux polarités, c'est deux choses ont tendance à s'opposer dans l'ostéopathie. Pourtant l'homme est toujours là, ce n'est qu'une vision qu'on a de l'ostéopathie. Donc, ce n'est pas des visions qui ont à s'opposer, c'est des visions où on regarde d'un côté ou on regarde de l'autre côté. L'un n'a pas plus raison que l'autre. ».* Cependant, la pratique, en fonction du point de vue qu'on adopte, changera. *« Les moyens s'opposent : l'un laisse faire le corps et l'autre fait pour le corps».* Il explique également que ce côté vitaliste est présent dans le monde médical. *« Pasteur, par exemple, était dans une pensée plutôt mécaniste, alors que Claude Bernard était plutôt dans une pensée vitaliste. »*

III. 2. ANALYSE DE L'ENTRETIEN AVEC JACQUES VIGIER LATOUR DU 24 JANVIER 2014.

Jacques Vigier Latour a été diplômé à ATMAN à Nice en 1986, comme nous l'avons souligné auparavant. Actuellement, il est professeur de crânien dans l'école où il a été diplômé. Mais, il a également été professeur de viscéral et d'anatomie dans cette même école et dans une école près de Marseille. Il s'est intéressé à plusieurs autres matières, comme la biologie, la physiologie et à la chimie. Il fait partie du SEROPP (Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique). Aujourd'hui, il a son cabinet à Aubagne dans les Bouches-Du-Rhône.

Au cours de notre entretien, je me suis rendue compte que J. Vigier Latour essaie de trouver des réponses à ce que nous sentons au niveau du crânien principalement, grâce à des expériences et des études réalisées et approuvées par le monde scientifique et médical. Plusieurs principes du MRP sont donc remis en questions par ses recherches.

Tout d'abord, concernant le rôle de la dure-mère dans le MRP. Pour lui, il est impensable que ce soit elle qui transmette le mouvement crânien au sacrum, étant donné qu'elle n'est pas un manchon inextensible, comme on le dit dans les cours en ostéopathie. Il explique qu'Hafida Izelfanane, dans son mémoire, a redécouvert l'anatomie de la dure-mère. *« Elle a montré qu'il y avait des ligaments en ogives qui reliaient la dure-mère avec la colonne, Trolard, Hofmann et opercules de Forestier qui donnaient à la dure-mère une élasticité remarquable grâce à ses propriétés visco-élastiques. C'est-à-dire que quand elle était étendue, ces ligaments se détendaient pour absorber les chocs et permettre à la dure-mère de s'allonger. On s'est rendu compte que la dure-mère sur l'axe céphalo-rachidien avait une élasticité qui allait jusqu'à 4 cm, donc fatalement si la dure-mère était rigide on ne pourrait pas se pencher en avant. »*. Pour lui, la réponse à cette transmission de mouvement est tout simplement les fascias, comme l'ont expliqué les travaux de Mézières et de Souchard.

De même, il remet en cause le fait que le LCR a un impact sur les sutures et la mobilité des os du crâne. Il reprend des travaux qui ont montré que la pression du LCR ne peut faire bouger les sutures car elle est beaucoup trop faible. De plus, il s'appuie sur une expérience du professeur Braud. *« Le professeur Braud, dans un travail en 2005 ou 2006, a mis en évidence la circulation du LCR, il a mis un traceur dans la zone lombo-sacré et a regardé combien de temps il mettait pour aller dans le sinus longitudinal. Cela a mis 2 jours. Quand on prêtant faire des rebonds liquidiens avec le V spread, sachant que le LCR se déplace de 1cm par heure. On enseigne ce fameux rebond liquidien écartant les sutures, mais comment c'est possible alors que la physiologie montre que ce n'est pas possible ? ».*

Il va encore plus loin en citant différentes expériences qui prouvent la solidification des os du crâne chez l'adulte. De même, il s'appuie sur des cas de crâniosténoses qui ne gênent absolument pas la croissance de la personne et qui ne créent ni douleurs ni d'effets secondaires. La solidification est donc aléatoire.

Pour lui, le travail que nous effectuons au niveau du crâne est un travail fasciale et neuroendocrinien *« Il y a des travaux qui ont été fait par le Dr Bonneau qui met en évidence des trajets neuro-hormonaux stimulés par des contacts cutanés qui pourraient expliquer les réactions aux techniques crâniennes entre autres. Il ne faut pas voir les techniques crâniennes sous l'aspect de mobilité osseuse. Ce sont des réactions essentiellement neuro-végétatives. Cela veut dire que du point de vue embryologique, la peau c'est du cerveau Ce qui les relient ensemble ce sont des fibres neuroendocriniennes. A partir d'une excitation cutanée une information au cerveau part du système endocrinien qui leur a envoyé dans l'immédiateté une réponse, à base de vasoconstriction ou vasodilatation selon les besoins ».* Chez l'enfant, nous faisons en plus un travail sur les sutures, comme elles ne sont pas encore soudées. Mais là, contrairement à ce qui est décrit par Sutherland, nous le faisons pas selon des axes stricts, car chaque os de chaque personne se développe différemment. Il va encore plus loin dans cette idée en citant les études du Dr Misery qui a découvert des cellules : les cellules de Merkel. *« Le Dr Misery, dermatologue et chercheur, a mis en évidence les cellules de Merkel sous la peau, qui sont neuro-endocriniennes, et qui sont sensibles à certaines excitations, mais pas n'importe lesquelles. Il faut qu'il y ait une certaine profondeur de contact, un certain temps et une certaine direction, c'est-à-dire aller dans la zone de restriction. Quand ces trois éléments*

sont ensembles, la cellule devient opérationnelle, et elle envoie un message neuro-végétatif au centre cortico-supérieur qui pour s'adapter va envoyer une réponse à base de réaction neuro-végétative. » Il en conclut *« Donc, ce n'est pas un travail osseux qui vise à détendre des membranes ou des tissus mous quels qu'ils soient, mais c'est un travail neuro-végétatif, via la peau, les fascias, et va entraîner en profondeur un relâchement tissulaire qui va ensuite se répercuter à la périphérie par une modification des informations… ».*

Son analyse très poussée sur la thématique du travail sur les sutures lui permet de dire que nous ne pouvons, chez l'adulte, travailler une suture sachant qu'on exerce seulement 10 gr avec nos mains, alors que les muscles qui exercent une traction d'environ 120 kg au cm2 avec la mastication ne créent aucun mouvement au niveau des sutures.

Concernant le souffle, cette force extérieure, il considère que cette notion a un côté rassurant. Il comprend cette approche, mais souligne que ce n'est pas une théorie obligatoire, plutôt une possibilité comme l'est la notion de religiosité, présentée dans les écrits de Sutherland, qui répond aux écrits de Walter Russel.

Il en est de même pour le côté religieux, décrit par Sutherland suite aux écrits de Walter Russel, c'est une option.

Pour lui, ce que nous ressentons au niveau du crâne sont les ondes de Traube-Hering-Mayer. *« Il y a à la fin du 19ème siècle deux physiologistes, Traube et Hering, qui ont mis en évidence une fluctuation particulière. C'est dû à la contraction des petites et grosses artères et associée à la variabilité de la fréquence cardiaque couplée à l'activité sympathique et parasympathique. La contraction musculaire, la tension des fascias ainsi que la respiration par les mouvements du diaphragme, vont harmoniser cette pression artérielle, ces mouvements en créant une pulsation d'environ 10 à 12 par minute. C'est vasculaire, neurovégétatif, diaphragmatique, et ça donne ce rythme là. ».* Il ne prétend pas que ce soit la réponse parfaite mais la considère plus fondée que celle du MRP. Il explique également que tout se passe grâce au diaphragme et donc par conséquent le MRP ne peut être primaire par rapport à la respiration thoracique. *« Les ondes de THM sont une onde vasculaire mais dynamisée par le diaphragme. On pourrait à partir du diaphragme décrire toute l'anatomie du corps humain parce que tout dépend du diaphragme à tous les points de vue. Sans le*

diaphragme on ne peut pas vivre : la respiration, il stimule la circulation, il stimule et relâche la tension des tissus du corps. Le grand maître d'œuvre. ».

Suite à une expérience qu'il a vécu, où il a vu un professeur de viscéral soigner un rein qui n'existait pas, il remet en cause une notion essentielle de notre métier : notre ressenti. En effet, il se demande alors jusqu'à quel point on peut croire, avoir confiance en nos sensations ?

Il nomme sa pratique : le relâchement neuro-fasciale. Elle est basée sur *« 3 paramètres : la profondeur des tissus, la direction et le temps au moins une minute. C'est un étirement fasciale qui s'appuie sur la neuro. »*

Enfin, pour lui il est important que nous restions à notre place et qu'on ne se prétende pas psychologue, chirurgien ou autres. Nous pouvons aider mais pas tout soigner.

Jacques Vigier Latour, conclut en précisant qu'il est important de rester ouverts aux différents avancements. Tout cela reste des théories et non des certitudes.

III. 3. COMPARAISON DES DEUX ENTRETIENS

Par l'analyse de ces deux entretiens, on se rend compte que même s'ils ont des points de vue très différents, ils se rejoignent sur certains avis.

D'une part, François Bel et Jacques Vigier Latour sont d'accord pour dire qu'il n'y a pas de notion d'axe à donner aux os pour travailler dessus. Sutherland n'en a jamais donné également. Chaque os a un axe propre.

D'autre part, pour eux le religieux n'est pas une obligation mais un choix personnel. Nous pouvons l'intégrer si, comme le dit Jacques Vigier Latour, cela nous rassure. Mais nous ne devons pas en faire un dictat. De plus, comme le soulignait François Bel, le Souffle de vie n'a pas de connotation religieuse.

Cependant, pour François Bel la clinique suffit pour prouver l'existence du MRP, alors que pour Jacques Vigier Latour, la clinique certes est importante mais la justification l'est encore plus. Jacques Vigier Latour a besoin de preuves physiologiques, d'expériences lui prouvant que telle ou telle théorie est possible.

Au final, les techniques s'apparentent mais, comme le dit Jacques Vigier Latour, l'intention n'est pas la même. Ce qui nous paraît important de souligner est que tous les deux, malgré leur approche différente, ont de très bons résultats cliniques.

III. 4. DISCUSSIONS

Par nos différentes lectures, il semble que finalement le MRP peut être qualifié de croyance. On y croit ou non. On le pratique ou non. On accepte ou non qu'il se passe quelque chose au niveau du crâne. Chacun choisit d'intégrer ou non les avancées de l'anatomie, de la physiologie, etc.

Certains ne sentent rien au niveau du crâne, d'autres ne peuvent pas s'imaginer que la boîte crânienne bouge (si on reste sur le concept biomécanique), d'autres ne pensent pas qu'en ostéopathie nous devons aller au crâne, d'autres parlent de force extérieure que nous, praticiens, aidons à transmettre au patient pour qu'il guérisse. Au final, chacun « adhère » au concept crânien qui lui correspond, propre à sa sensibilité.

Cette idée fut émise en 1998, par le Conseil National contre les Fraudes à la Santé qui concluait : *« L'ostéopathie crânienne est davantage un système de croyance qu'une science »*[94].

Mais après tout, l'ostéopathie est née de cette façon. En effet, Still a cru en une science nouvelle, une nouvelle voie de guérison et c'est ainsi qu'il a inventé l'ostéopathie. Suivant ce principe, Sutherland a cru en ses sensations, ce qui lui a permis d'avancer et de proposer la théorie du MRP.

Partant de ce constat, une personne n'ayant jamais senti ce phénomène crânien, peut douter... C'est le jour où elle percevra ce mouvement que ce phénomène passera de croyance à réalité. Il semble qu'il faille laisser le temps à nos mains de s'habituer à toutes nos perceptions et faire confiance en notre ressenti. Rappelons-nous que William Garner Sutherland s'est tourné vers l'approche vitaliste seulement vers 75 ans.

[94] Cranial Manipulative Therapy: Information for Prudent Consumers From the National Council Against Health Fraud ;1998.

Au-delà de l'ostéopathie, dans tous les métiers, quels qu'ils soient, ne devons–nous pas croire en ce que nous faisons pour avoir des résultats, avoir confiance en nous et pouvoir proposer un travail sérieux ?

Le terme de philosophie est peut-être plus adapté que celui de croyance. Une philosophie est un questionnement, une interprétation et une réflexion sur le monde et l'existence humaine. En ostéopathie, chacun apporte et donne son avis sur les théories. Face à un patient, nous avons tous une réflexion différente nous amenant plus ou moins à un même traitement. Après tout l'ostéopathie est une philosophie de vie.

Un autre constat que nous tirons de notre étude concerne la remise en cause du MRP. Finalement, c'est rarement le principe d'un mouvement crânien qui est critiqué. Il semble que la plupart des ostéopathes s'accordent autour d'un tel phénomène, qui peut être perçu à la palpation. La profession paraît s'entendre sur la présence d'un mouvement crânien, quelque soit son origine.

C'est bien sur ce dernier point que les avis divergent : Souffle de vie ? Tensions des membranes ? Tensions fasciales ? Ondes de Traube-Hering-Mayer ? Chacun avance sa théorie et défend celle qui lui paraît la plus vraisemblable, même en l'absence de tout support scientifique. Mais il nous semble important, comme le soulignait Jacques Vigier Latour, de rester ouvert aux avancées scientifiques, aux résultats de nouvelles expériences. Même si nous pensons détenir la vérité par notre théorie, nous ne devons pas oublier qu'aujourd'hui ce sont des hypothèses qui sont avancées et non des certitudes. Chacun suit ses propres convictions. De ce fait, pourquoi une théorie pourrait-elle se passer de la confrontation de l'expérience ?

Il existe des résultats d'expériences prouvant et démontrant l'existence du MRP. Mais du fait du peu de crédibilité scientifique de la plupart de ces expériences, les résultats les plus probants restent encore ceux basés sur la clinique elle-même. Les ostéopathes qui travaillent sur le crâne, quelque soit leur pratique, avancent de très bons résultats.

Notons que si la mobilité des os du crâne est controversée chez l'adulte, elle fait l'unanimité chez le nourrisson. Encore une fois, c'est la manière de travailler sur cette mobilité (liquidien, osseux…) qui sera sujette à discussion.

Un bon exemple de la subjectivité qui entoure le MRP en est la façon dont il est enseigné. Afin de transmettre cette notion, il est généralement admis de subdiviser le MRP en trois paramètres : rythme, force et amplitude. Si on comprend l'intérêt pédagogique d'un tel partage, n'est-ce pas pour autant réducteur concernant un ressenti palpatoire ?

De ce fait, nous jugeons la « qualité » du MRP selon ces paramètres. Mais chaque praticien « étalonne » sa main en fonction de son expérience propre. La perception d'un « bon » ou d'un « mauvais » MRP est donc hautement subjective. La communication, l'échange autour de ce concept en est inévitablement compliquée. Avoir cette notion à l'esprit semble nécessaire, lorsqu'on sait l'importance diagnostique voire thérapeutique du MRP lors d'une séance ostéopathique.

Conclusion

Ce mémoire nous a énormément enrichis. Tout d'abord sur l'histoire de l'ostéopathie et plus particulièrement du crânien, les expériences qui ont été faites afin d'éprouver les différentes théories. Mais également sur l'approche que nous pouvons avoir au niveau de l'ostéopathie crânienne.

Nous nous sommes rendus compte que la théorie du Mécanisme Respiratoire Primaire est née rapidement dans la tête de William Garner Sutherland. Cette théorie a beaucoup évolué dans le temps, passant de quelque chose de très osseux, puis membraneux, et enfin fluidique, allant jusqu'à un point de vue vitaliste.

Encore de nos jours, nous constatons que ces différents avis sont présents dans le milieu ostéopathique. En effet, certains abordent le crâne très mécaniquement, d'autres de façon biodynamique. Mais l'un comme l'autre ont des résultats cliniques satisfaisants…

Aujourd'hui, plusieurs autres théories ont vu le jour, comme les ondes de Traube-Hering-Mayer, apportant une opinion différente de ce mouvement au niveau du crâne.

Plus généralement, ces différents points de vue ne portent pas uniquement sur la vision de l'ostéopathie crânienne, mais sur l'ostéopathie en générale. En effet, nous constatons que l'approche que nous avons sur le crâne et très souvent celle que nous donnons à l'ensemble de notre pratique. Ainsi, un ostéopathe ne prenant pas en compte ce que la conception vitaliste nomme « Souffle de vie » au niveau du crâne, ne pourra la considérer dans une autre partie du corps. Il aura une pratique très éloignée de l'ostéopathe vitaliste, et réciproquement.

Il semble que d'une façon globale, la science évolue, et avec elle nos connaissances de l'Humain. Pour se faire, le respect des traditions ostéopathiques n'est pas incompatible avec d'éventuelles remises en question, par exemple, sur nos perceptions, nos théories ou nos

techniques. Au contraire, il semble que l'actuel débat d'idées que nous avons évoqué au fil de ce mémoire tend vers une meilleure perception de l'Homme. Sans remettre en cause notre histoire, c'est aller de l'avant que de chercher et tester de nouvelles hypothèses. C'est ainsi que les sciences humaines progressent. Il ne peut être que positif pour l'ostéopathie de comprendre précisément la nature des éléments sur lesquels nous travaillons.

Cependant, en ostéopathie, il nous semble important de ne pas nier l'existence d'un phénomène crânien. Même si les avis divergent sur l'origine ou la cause de ce mouvement, chacun reconnaît que le crâne fait partie intégrante du traitement ostéopathique. Rappelons-nous les différents principes que Still prônait, dont l'un était la globalité du corps.

Rappelons-nous que l'épouse de Sutherland racontait qu'il était favorable à des projets de recherches. Mais la réponse qu'il donnait concernant certains aspects de ces projets laisse songeur : *« on ne les découvrira pas dans un laboratoire »*[95]... Au vu des nombreux projets de recherches actuels, visant à démontrer différentes théories crâniennes, ce n'est pas l'avis de chacun. Le débat reste ouvert…

[95] A. S. Sutherland, *Avec des doigts qui pensent*, p.97

Références et Index

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Andrew Taylor Still 10

Figure 2 : Le crâne désarticulé 12

Figure 3 : Diagramme du mécanisme « casque-bandage » de Bill, publié en illustration de « Skull Notions » dans le Northwest Bulletin of Minnesota State Osteopathic Association, octobre 1931 17

Figure 4 : Représentation de la faux du cerveau et de la tente du cervelet, considérée comme la membrane de tension réciproque 21

Figure 5 : Observation du visage 22

Figure 6 : Continuité de la membrane dure-mérienne 23

Figure 7 : Mécanisme crânio-sacré en flexion 25

Figure 8 : Représentation du puzzle 38

Figure 9 : Représentation du glissement perpendiculaire entre les pièces du puzzle 39

Figure 10 : Boîte crânienne désarticulée 40

Figure 11 : Représentation du glissement oblique des pièces 40

Figure 12 : Représentation du mouvement rappelant la tectonique des plaques 40

Figure 13 : Représentation du ligament sacro-dural de Trolard 46

Figure 14 : Représentation du ligament de Hofmann 47

Figure 15 : Représentation d'un opercule de Forestier externe 48

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres

Andreva Duval J. (2008). *Techniques Ostéopathies d'Equilibre & d'Echanges Réciproques - Introduction à l'approche ostéopathique du Dr Rollin Becker*. Vannes : Sully. 130

ISBN : 978-2-35432-018-8

Becker, R. (2000). *The Stillness of Life*. Portland : Rudra Press. 274

ISBN : 0-9675851-1-2.

Bourret P., Louis R. (1974). *Anatomie du système nerveux central.* Ed. Expansion Scientifque Française, deuxième édition.

ISBN-10 : 2704611033

Decker L. (1961). *La mobilité de la moelle épinière à l'intérieur du canal vertébral*. Ann Radiol Paris.

Genèse 2 :7, version King James

Hilton J. (1950). *Rest and Pain*, ed. E. W. Walls, Elliot E. Philipp, H. J. B. Atkins, J. B. Lippincott Company, London

ASIN B00A0MZRY2

Kamina. (2006). *Anatomie clinique* 3ème édition Tome 2 Tête cou dos. Paris : Maloine. 405
ISBN : 978-2-224-02958-6

Kapandji. (2007). *Tête et rachis*, Tome 3, 6ème édition. Paris : Maloine. 328
ISBN : 978-2-224-02649-3

Lee P. (2005). *Interface, Mécanismes de l'esprit en Ostéopathie*. (P. Tricot, Trad.) Vannes : Sully. 367

ISBN-10 : 2354320507

Liem T., Dobler T. K. (2011). *Checklists Ostéopathie craniosacrée*. (C. Prudhomme, Trad.). Paris : Maloine. 490

ISBN : 978-2-224-03080-3

Magoun H. I. (1951). *Ostéopathie dans le champ crânien*. Vannes : Sully. 296
ISBN : 2-911074-70-X

Marieb E. N. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6ème édition américaine, adaptation française René LACHAINE. Paris : Pearson Education. 1296
ISBN : 2-7440-7118-8

Rouvière H. (1979). Anatomie Humaine. Tomes 1 et 3. Paris : Masson.
ISBN : 2-225-37532-1

Shea M. J. Biodynamique thérapie cranio-sacrale, volume 2.
ISBN : 1-556437-15-3

Solano R. (2010). *Le nourrisson, l'enfant et l'ostéopathie crânienne*. Vannes : Sully. 488.
ISBN : 978-2-35432-008-9

Souchard Ph. ; Méthodes Mézières, Maloine.

Still A. T. (1998). *Autobiographie*. Vannes : Sully. 370
ISBN : 2-911074-08-04

Still A. T. (2003). *Philosophie de l'ostéopathie*. (P. Tricot , Trad.). Vannes : Sully. 318
ISBN : 2-911074-64-5

Still A. T. *Philosophie et les principes mécaniques de l'ostéopathie*. (P. Tricot, Trad.). Vannes : Sully. 365
ISBN : 2-354320-98-0

Sutherland W. G. (1997). *Contribution of thought : The Collected Writings of William Garner Sutherland*.
ISBN : 0915801744

Sutherland W. G. (2002). *Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien*. Vannes : Sully. 336
ISBN 2-911074-42-4

Troup JDG. (1986). *Biomechanics of the lumbar spinal canal.* Clinical Biomechanics 1.

Upledger J. E. (1995). *La thérapie crânio-sacrée*, Tome 1. Bruxelles : Satas. 370
ISBN : 2-87293-020-5

Walsh S., King E. (2009). *Diagnostic par le pouls, Guide clinique*. Maloine.
ISBN 978-2-224-03157-2

Wright S. (1928). *Applied Physiology*. Londres : Oxford University Press.

Wales A. (1990). *Teachings in the Science of Osteopathy*. Portland: Rudra Press.
ISBN 0- 915801-26-4

Articles

- BRAUD L., (2005), Système nerveux central, circulation cérébrale, barrière hémato-encéphalique et liquide céphalo-rachidien. www.chusa.upmc.fr

- COHEN MM Jr. (1993). « Sutural biology and the correlates of craniosynostosis. » Am J Med Genet. 47:581-616.

- CROW W. T., KING H. H., PATTERSON R. M., GIULIANO V. (2009). *« Mobilité de la voûte crânienne évaluée par IRM »*, Traduction française de l'original par P. Tricot. *Site de l'Ostéopathie*

- Interview de Jean-Claude Herniou dans Revue Aesculape n° 10 de Janvier - février 1998

- Résumé des travaux de Jean-Claude Herniou, DO DGBM. - Revue *Æsculape* n°18 - Mai – Juin 1999

- IZELFANANE Hafida (2007). « Insertions de la dure-mère sur le rachis, une anatomie redécouverte », Master 1 Sciences biologiques et médicales, Université de Nantes

- KIMBERLY Paul E. (2001). « Liquide céphalo-rachidien et mécanisme respiratoire primaire : mise au point », traduit par Virginie Himsworth, *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*, Printemps 2001 (N°8), p.34, ISNN : 1292-7848

- KING H. H. (2003). « Recherche en ostéopathie crânienne ». American Academy of Osteopathy

- LEWANDOSKI MA. DRASBY E., LORGAN M. (1996).« Kinematic system demonstrates cranial bone movement about the cranial sutures ». JAOA 96(9):551

- MADELINE LA, ELSTER AD. (1995) « Suture closure in the human chondrocranium: CT assessment. » Radiology. 196:747-756

- MELSEN B.(1972) « Time and mode of closure of the spheno-occipital synchondrosis determined on human autopsy material. » Acta Anat. 83:112-118.

- MORAN R. W., GIBBONS P. (2001). « Fiabilité intra et interpraticien en palpation du IRC à la tête et au sacrum. » Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 24:183-90

- MOSKOLENKO Yuri. « *Mécasnime physiologiques des fluctuations lentes intra-crâniennes »*, OSTEO, la revue des ostéopathes, n°50, septembre 1999 et n°51, janvier 2000, ISSN : 1148-3784

- MOSKOLENKO Yuri. « Principes de représentation objective des résultats du traitement ostéopathique crânien », traduit par Marco Gabutti, *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*, Automne 2000 (n°7), p.22-30, ISNN1292-7848

- NELSON KE, SERGUEEF N, LIPINSKI CM, CHAPMAN AR, GLONEK T.(2001) « The cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation : Comparing laser-Doppler flowmetry and palpation ». *J Amer Osteopath Assoc* , pp 163-173.

- NORTON J. M. (1996). « A challenge to the concept of craniosacral interaction ». AAO Journal 6(4):15-21

- NORTON J. M., HARTMAN S. E. (2002). « La thérapie crâniosacrée n'est pas médicale ». Traduction: Alain GUIERRE Reprinted from Physical Therapy Washington Volume: 82 - Issue: 11- Start Page: 1146 - ISSN: 00319023

- PERIZONIUS WRK.(1984). « Closing and non-closing sutures in 256 crama of known age and sex from Amsterdam » (A.D. 1883-1908). J Hum Evol. 13:201-216.

- OKAMOTO K, ITO J, TOKIGUCHI S, FURUSAWA T (1996) « High-resolution CT fmdings in the development of spheno-occipital synchondrosis ». Am J Neuroradiol.17:117-120.

- RETZLAFF E.W., MITCHELL FL. Jr (1987). « The cranium and its sutures ». New York. Springer-Verlag

- SAHNI D,JIT I, NEELAM, SURI S. (1998). « Time of fusion of the basisphenoid with the basilar part of the occipital bone in northwest Indian subjects. » Forensic Sci Int. 98:41-45.

- SERGUEEF N, NELSON KE, GLONEK T. « The effect of cranial manipulation on the Traube-Hering-Mayer oscillation as measured by laser-Doppler flowmetry. » Alternative Therapies in Health and Medicine

- TIDIERE P. (2000). « Impulsion rythmique n'est pas Mécanisme Respiratoire Primaire » *Ostéo*, la revue des ostéopathes n° 51 - Janvier 2000

- TODD TW., LYON DW. (1924). « Endocranial suture closure, its progress and age relationship. » I. Adult males of white stock. Am J Phys Anthrop 7:325-384. II. Am J Phys Anthrop 1925;8:23-45.

- TODD TW., LYON DW. (1925). « Endocranial suture closure, its progress and age relationship. » III Endocranial closure in adult males of negro stock. Am J Phys Anthrop 1925;8:47-71. IV Am J Phys Anthrop1925;8:149-68.

- TRICOT P. (Mars 2000). « Le mécanisme respiratoire existe-t-il ? » *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France* (n°6), PAGE ISNN ???

- UENOT T., BALLARD RE., SHUER LM., CANTRELL JH., YOST WT., HARGENS, AR. (1998) Noninvasive measurement of pulsatile intracranial pressures using ultrasound. Acta Neurochir. 71 : 66-69

- UENO T., SHUER LM., CANTRELL JH., YOST WT., HARGENS, AR. (1998) Development of a noninvasive technique for the measurement of intracranial pressure. Biological Sciences in Space. 12 : 270-271

- VARTANIAN I. A., MARKOVICH A. M., KSENOFONTOVA I.V., « Modifications de la transmission vibro-acoustique de la structure crânienne par traitement ostéopathique », *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*, Automne 2000 (n°7), p.31-39, ISNN1292-7848

- VERHULST J, ONGHENA R (1997). « Cranial suture closing in Homo sapiens: evidence for circaseptennian periodicity ». Atm Hum Biol. 24:141-156.

- RAY H. DO, MS, FAAO, *AAO Journal* Editor – 3500 De Pauw Blvd, Ste 1080 – Indianapolis, IN 46268

- SORREL M. A. (2000). « L'ostéopathie crânienne de Charlotte Weaver », *Apostill, le Journal de l'Académie d'Ostéopathie de France*, Mars 2000 (N°6), p.47-56.

- WEAVER C. (1939). « The Cranial Verteabrae », *Journal of AOA*, Mars 1939

Conférences

- Becker, R. (1951). « *Be still and know - A*paise toi et sache… », Conférence dédiée à William Garner Sutherland Présentée à Philadelphie, Pennsylvanie, le 22 septembre 1951.

- Cooper G. (1988). « Dr Sutherland, The Man and his vision », The Sutherland Memorial Lecture, AOA Convention

Sites Internet

http://www.osteopathie-france.net

http://www.larousse.fr/archives/medical/page/235

http://www.pubmed.gov

http://www.approche-tissulaire.fr

http://www.osteo-perfectionnement.com

http://www.ostéopathie-France.net

Mémoires

- Astier A. *Seuls les tissus savent.* Février 2004. Aix en Provence
- Boiley J. *Physique quantique et ostéopathie*. Juin 2013. Nanterre
- Canarelli A. *La vitalité, mode d'expression et mécanismes de production.* Juin 2011. Montréal.
- Comte A. *Le concept de « vie » en ostéopathie.* Juin 2012. Lognes
- Izelfanane H. *Insertions de la dure-mère, une anatomie redécouverte.* Master I, sciences biologiques et médicales en 2007-2008.
- Marier, Gilles. *Mise au point puis expérimentation d'un appareil électronique de lecture du mouvement respiratoire primaire*. Thèse d'ostéopathie. Juin 1986. Montréal.
- Robitaille R. *Expression visuelle du mouvement crânien*. Thèse d'ostéopathie. Juin 1986. Montréal.

Cours

- Anatomie du SNC Les méninges, Myofascial cervico-céphalique, Jean-Michel Gallat, version du 25/03/10
- La région de la base, Myofascial cercivo-céphalique, Jean-Michel Gallat et Jean-Charles Tassery, version du 25/03/10
- Le système ventriculaire, Myofascial cervico-céphalique, Jean-Michel Gallat, version du 25/03/2010

ANNEXES

Annexe 1 : Retranscription entretien F. Bel du 6 janvier 2014.

AB : Comme je vous l'ai expliqué, je fais un mémoire bibliographique sur le MRP pour éclairer le débat actuel. J'aimerais comprendre votre évolution, et savoir comment vous en êtes arrivé à votre approche bio-tissulaire. Pouvez-vous me parler de votre parcours ? Comment vous êtes arrivé à l'ostéopathie ?

FB : Mon père était kinésithérapeute et il a fait de l'ostéopathie. J'ai fait de l'ostéopathie tout de suite après le baccalauréat. Je suis parmi les premiers temps plein.

AB : Où était votre école ?

FB : C'était ATMAN à Paris qui est maintenant à Nice, mais dans les années 80, c'était l'une des plus grosses écoles en France. Après le baccalauréat, je voulais travailler avec les mains, je trouvais ça intéressant, séduisant. J'avais une amie qui était soignée en ostéopathie. J'avais également un ami de famille qui était ostéopathe en Dordogne. Adolescent, j'ai été une fois soigné en ostéopathie. Enfin, plusieurs concours de circonstances m'ont emmené vers l'ostéopathie. Et puis, mon père avait commencé à faire des études d'ostéopathie qu'il n'a pas terminées. Ca m'a interpellé. Quand je lui ai dis que je voulais faire de l'ostéopathie, il m'a dit de lire le livre d'Issartel, *L'ostéopathie exactement*, pour savoir si c'était vraiment ça que je voulais faire. Je me suis alors inscrit à l'école en 1986, c'était la deuxième année de temps pleins. Le temps plein n'était pas ce qu'il est aujourd'hui, comme l'ostéopathie n'était pas reconnue les gens qui s'engageaient, étaient soit des fous soit des passionnés.

AB : Est- ce qu'on vous parlait déjà du MRP en cours ?

FB : Oui bien sûr.

AB : Est- ce que vous voyez une différence avec la façon dont on l'enseigne aujourd'hui ?

FB : C'est à peu près la même façon oui. A ATMAN, c'était l'une des écoles pionnières du crânien justement. C'était une école très intéressante sur la palpation. Le crânien, on en a fait dès la première année, dès les premiers cours. Certes, c'est toujours les explications de Sutherland, à partir des cinq piliers du crânien. Mais en même temps ces explications là, je les enseigne encore aujourd'hui parce que je suis professeur de crânien, et je trouve qu'il y a une cohérence quand même, même si bien sûr elles peuvent être remises en questions. On peut dire « oui mais comment ça marche vraiment, pourquoi et comment ». Moi, ce qui me semble important, c'est l'expérience clinique, c'est-à-dire ce qui fonctionne cliniquement. Après l'explication qu'il en est fait ? Certes, il y aurait des choses peut-être à redire. Mais je crois que le fait que ça existe, le fait que le crânien soit une réalité à la fois physiologique, mais aussi clinique, c'est la chose la plus importante. A ATMAN, on avait l'avantage d'avoir une bonne formation, une palpation crânienne très tôt. ATMAN, c'était l'école qui faisait venir Viola Frymann par exemple. J'ai dû la voir 3-4 fois durant ma scolarité, pour des stages. Marc Bozzetto, le directeur de l'école, avait cette envie de transmettre l'ostéopathie aux temps pleins, et envie de transmettre l'ostéopathie crânienne, basée sur le crânien, la palpation, l'approche fasciale. On était très peu structurel. Leur maître à penser était Viola Frymann et Denis Brooks. Denis Brooks qui était élève de Magoun il me semble, a été le maître à penser des professeurs d'ATMAN qui ont été formés par lui.

AB : Pouvez-vous me définir le MRP selon vous ?

FB : C'est le Mécanisme Respiratoire Primaire découvert et mis en forme par WG Sutherland, qui correspond au mouvement du crâne (les 5 composantes), etc.

AB : Est- ce que vous pouvez me décrire en quelques phrases comment vous enseignez le MRP ?

FB : J'enseigne d'abord le MRP à partir de la biographie de Sutherland, raconter d'où ça vient, comment il l'a trouvé. Je parle aussi du fait que Sutherland est resté vraiment fidèle, et en continuité avec la pensée de Still. Il y a un texte de Raymond J. Hruby (rédacteur en chef du AAO Journal) qui a fait un texte sur une conférence d'Alan Becker, le frère de Rollin Becker, qui explique comment Sutherland lui avait témoigné un jour une de ces conversations avec Still sur l'ostéopathie crânienne. Ce texte montre bien que la pensée de Sutherland est

vraiment dans la continuité de celle de Still. Still dit bien c'est bon boys, si le cerveau ne bougeait pas il n'y aurait pas ces biseaux etc. Et donc, dans cette pensée, dans cette continuité, voilà ce que j'enseigne. L'ostéopathie crânienne est une continuité de la pensée de Still au sens de globalité, structure fonction, d'homéostasie, ça se prolonge, ça se continue : c'est la même pensée.

Après, quand je raconte Sutherland, je raconte ses étapes de vie, ça veut dire partons du plus solide comme il disait « biseauté comme les ouïes d'un poisson » et puis à chaque étape, il y a une évolution dans sa compréhension, qui fait qu'il arrive jusqu'au MRP, en 1948. Isabelle Schmitt, ostéopathe, dans son mémoire, reprend l'évolution de Sutherland d'étape en étape, c'est daté sur *Contributions of tought*, elle raconte l'évolution de la perception de Sutherland. Isabelle Schmitt a fait tout un travail à partir de ce livre, qui est un recueil de conférences, où Sutherland amène ses idées : on voit comment ses idées l'amènent de l'osseux, au membraneux, au liquidien, au fluidique. On voit vraiment l'évolution de cette pensée, aboutissant finalement aux cinq concepts de crânien, pour basculer en avril 1948, où il se met à parler un peu différemment. Il passe du biomécanique au biodynamique. C'est une autre façon de penser : plus basée en arrière plan sur la physique quantique. D'ailleurs il en parle un peu, sans en parler vraiment. Par exemple dans *Magoun* ou dans *Contributions of tought* en bas de page il y a une annotation du professeur Lustig *« Quelques unes des découvertes les plus récentes en Médecine Atomique sont lancées à la lumière de ce que W.G.Sutherland a déjà fait dans sa pratique. A travers la physique nucléaire, nous avons juste saisi un aperçu de ce qu'était réellement le fluide cérébro-spinal (…) un mécanisme vital qui exerce des influences puissantes sur la physiologie humaine (…) Une analyse froide de recherche dans des champs analogues (…) indique indéniablement un potentiel enfoui dans le fluide cérébro-spinal (…) Avec le début de l'Ere Atomique, nous aurons une meilleure perspective de ce qu'est l'énergie, ainsi que ses sources et ses transformations (…) Le travail de Sutherland (…) est un record, celui d'avoir reconnu, à une date précoce, la possibilité de changement mutuel entre l'énergie et la matière comme le relate la biologie (C'est ce qui dans la formule d'Einstein E = Mc², permit l'ouverture de l'Ere Atomique).*». Le professeur Lustig est un éminent physicien nucléaire. On sent que ça y est, il est dans la physique nucléaire, il est dans la physique quantique, pour comprendre un peu comment ça fonctionne. Si on voulait parler de façon plus moderne de l'ostéopathie crânienne, du MRP on pourrait en parler autour de la physique quantique, ça serait très intéressant. D'ailleurs, il y a des mémoires qui sont faits là-

dessus. Il se trouve que c'est un biais aussi intéressant pour aborder la chose. Maintenant, il faut comprendre la physique quantique, ce qui n'est pas donné à tout le monde.

Une fois que j'ai expliqué la biographie de Sutherland, l'évolution de sa pensée ce qui me semble intéressant, c'est d'enseigner d'abord la mobilité, le mouvement, la perception, le ressenti. Puis, petit à petit on va décliner et rentrer dans quelque chose de plus physique, plus précis comme une occipito-mastoïdienne. Un jour, lors d'un cours, on parlera de la flexion / extension de SSB. Ce qui me semble le plus important, c'est surtout de sentir. Si j'avais à enseigner le crânien encore plus librement, je donnerais en premier l'embryologie, c'est-à-dire d'abord le mouvement du cerveau, donc ce mouvement de rotation antérieure, ascension. Et à partir du moment où on a compris la rotation du cerveau dans l'embryologie, à partir de là on comprend tous les mouvements. Tous les os vont suivre les mouvements qui sont impulsés par le cerveau.

Quand j'enseigne, je donne dans le sens où Sutherland les a découverts donc du plus solide au plus mobile, mais après je reprends très vite du plus mobile c'est-à-dire le cerveau, le fluide vers le plus solide, le cerveau, fluide, membrane en relation avec le sacrum, et osseux. Quelque part, on termine presque par l'osseux, je rentre plus dans l'osseux après.

AB : Est-ce que vous pouvez me parler de l'approche vitaliste ? Comment vous la décririez ?

FB : Sutherland à la fin de sa vie, en 1948, a changé. Il est passé du mécanique, donc tous ceux qui étaient macroscopiques, au biodynamique c'est-à-dire essayer de comprendre la raison de la vie, c'est-à-dire pourquoi ça bouge. Si les os du crâne bougent, comment ils sont tenus : par les membranes. Les membranes se continuent avec le sacrum, alors le sacrum bouge, mais comment. Par la fluctuation du liquide. Et comment ça se fait qu'il y a une fluctuation du liquide, le cerveau bouge. Donc, il a toujours été dans la causalité. Mais à un moment quand il a dit, il y a le cerveau qui bouge et les liquides qui fluctuent. Il s'est demandé qu'est-ce qui crée tout ça ? Et donc, c'est quoi la vie ? Comme le dit Still, le mouvement c'est la vie, quand il n'y a plus de mouvement, il n'y a plus de vie. Qu'est-ce qu'est la vie en fait. Et à partir de ce moment là, il a switché dans un autre raisonnement. Je dirais, un raisonnement presque métaphysique. Sutherland était très spirituel, chose qu'il a plus caché que Still. Il était très religieux dans son approche. Il a pris par exemple comme le terme « Souffle de vie » «the breath of life » de la bible. Mais quand Sutherland parle par exemple du « Still Point » c'est encore une citation de la bible. Sur la tombe de Sutherland,

c'est écrit « Be Still and Know », « Arrête-toi et tu sauras, ou pose-toi, tu apprends », donc plus tu vas être posé, plus tu vas être dans la tranquillité, plus tu vas être immobile, plus tu vas être dans le calme, plus tu vas pouvoir percevoir la vitalité et être en relation avec ce grand mystère de la vitalité. Et là, ce « be still and know » c'est aussi une citation de la bible. Il était très porté sur la religion, il était beaucoup plus discret que Still là-dessus, mais quand on se demande qu'est-ce que c'est que la vie, quelque part on en arrive à une transcendance, une spiritualité. Quand j'emploie ce mot là, je ne l'emploie pas de façon magique, de façon ésotérique ou de façon religieuse même. J'emploie ce mot de façon beaucoup plus pragmatique. Spirit, c'est le souffle. Quand je dis, j'inspire j'expire, je suis dans le spirit : le souffle. La Spiritualité, c'est ce qui dépend du souffle, ça veut dire ce qui dépend de la vitalité. Et donc la vitalité, la vie tout ça c'est une continuité. Dans ce spirit, dans ce souffle c'est là-dessus que Sutherland s'est intéressé à savoir ce qu'est la vie. Sutherland avait un mentor très intéressant : Walter Russel. Walter Russel était très porté aussi sur ce qui est la science, la spiritualité, et il a beaucoup influencé Sutherland. Quand on lit la pensée de Walter Russel, on lit la pensée de Sutherland. Par exemple, les notions de Still point, souffle de vie, lumière liquide, font partie du vocabulaire de Walter Russel, avant que William Garner Sutherland ne l'exprime.

Ensuite, j'aime bien expliquer le processus thérapeutique, c'est-à-dire le processus de résolution. Le processus thérapeutique se fait autour de trois axes. Je ne parle pas de lésion, de correction, on a dépassé cette idée. Ces trois données, c'est le Fulcrum, c'est-à-dire le point d'appui. Qui peut être aussi bien matériel, un point d'appui d'une toupie, ou immatériel. Le Still point, c'est-à-dire dans un moment particulier, un temps, un instant. Quand on a trouvé le bon endroit entre le Fulcrum et le Still point, « qu'on a bien calé les deux », il peut se manifester le Potency : c'est-à-dire le souffle de vie, la vitalité. C'est comme ça que j'enseigne le vitaliste dans l'ostéopathie. C'est pour ça, que je l'ai appelé le Bio-tissulaire. C'est-à-dire le bio dans la vitalité, mais ça reste tissulaire, dans la palpation aussi.

AB : Est-ce que vous pensez qu'il y a une vraie opposition à mettre entre le point de vue mécanique et le point de vue vitaliste ?

FB : Il n'y a pas d'opposition à mettre. C'est la même chose avec deux points de vue différents. La position mécanique va observer le corps comme une mécanique, comme une machine et donc va dénouer les rouages de la machine. Still avait les deux, il était mécaniste

et vitaliste. Ces deux pensées ont été développées par Sutherland d'un côté, et Littlejohn de l'autre. Même si Sutherland était mécaniste au départ. Il était très mécanicien, je le dis toujours quand il était imprimeur, s'il dit « biseauté comme les ouïes d'un poisson » c'est parce qu'il savait à quoi servait un biseau, ça veut dire ça ouvre et ça ne ferme pas par exemple. Même les rails de l'occiput, la SSB qui monte, qui descend tous ces agencements, les points pivots, les roues dentées etc. sont des agencements d'imprimerie. Il était donc très mécanicien au départ, et puis, petit à petit, il est devenu de plus en plus fluidique passant du fluidique à biodynamique à quelque chose de beaucoup plus subtil. Mais il a mis plusieurs années. C'est à 75 ans qu'il a changé sa pensée ! Cette pensée après Sutherland est reprise par Rollin Becker, bien sûr il y a Magoun et Viola Frymann, mais ils ont pris la pensée assez mécanique de Sutherland. Viola Frymann a pris une pensée beaucoup plus religieuse dans sa façon à elle. Rollin Becker est resté fidèle à la pensée de W. G. Sutherland à la fin de sa vie. Et la pensée mécanique, c'est en fait Littlejohn. Ce sont les deux élèves de Still la même année. Littlejohn qui était dans la même promotion que Sutherland. D'ailleurs, on a un texte de Littlejohn annoté par Sutherland. Sutherland étant journaliste, il avait certainement une plume beaucoup plus affûtée. Donc on sait qu'ils se sont connus, qu'ils étaient dans la même promotion.

Littlejohn a donné tout à fait une autre vision à l'ostéopathie. Beaucoup dans la médicalisation, dans la compréhension biologique de l'ostéopathie, et dans la compréhension de la structure de l'ostéopathie. Il est resté très structure. Littlejohn a repris cette pensée mécanique, « l'homme est une machine ». Sutherland, lui, a beaucoup plus pris « l'homme est habité par une force vitale » etc., ce que disait Still aussi. La pensée de Littlejohn, c'est une pensée qui aboutit à une pensée très mécanique, biologique. Pierre Tricot le dit bien « Avec la pensée de Littlejohn, on est dans l'homme debout. » Ca veut dire, l'homme monté comme une charpente, qui monte comme on monte une maison, à partir du bas, et on voit comment il se tient, comment il arrive à tenir debout. Sutherland, ce n'est pas l'homme debout, c'est « l'homme suspendu ». C'est-à-dire, c'est à partir du haut, à partir du crâne quelque part. C'est ce qu'on appelle l'homme méduse, c'est comme si le crâne était une méduse et une queue qui pendait en-dessous. Et ces deux images, il y en a une qui nous tire vers le haut. Et c'est vrai, qu'il y a quelque chose, mais est-ce qu'on est pas aussi à lutter contre la gravité, donc de lutter à partir de quelque chose en bas. C'est deux polarités, c'est deux choses là ont tendance à s'opposer dans l'ostéopathie. Pourtant l'homme est toujours là, c'est qu'une vision qu'on a de l'ostéopathie. Donc, ce n'est pas des visions qui ont à s'opposer, c'est des visions

où on regarde d'un côté, ou on regarde de l'autre côté. L'un n'a pas plus raison que l'autre. Et moi, ce que je m'efforce vraiment à faire dans mes cours, c'est d'essayer de dire toujours qu'on est dans cette dualité. Bio-tissulaire, bio la vie c'est ce qui nous tire vers le haut, qui fait que le matin quand on se réveille, on se lève. Quand on dort, quand on est moins en vitalité, quand on est mort, on n'est plus debout, on est tombé avec la force de gravité. On est pris entre ces deux forces, haut/bas et étant pris entre ces deux forces on doit se jouer de ces deux forces. Et on ne doit pas dire, l'homme n'est que mécanique. Ce n'est pas vrai. Et si on ne voit qu'une vision mécanique, pour moi autant faire réparateur de vélos. On est dans autre chose. Et si on est que dans la vision vitaliste, on n'est pas tout à fait juste non plus parce que l'homme a un corps aussi. Il se doit dans son passage terrestre de vivre avec.

AB : Quelle vision avait Viola Frymann ? Qu'est-ce qu'elle a apporté à l'ostéopathie ?

FB : Viola Frymann a été élève de Sutherland, mais également de Magoun. Vous connaissez l'histoire des deux Magoun ? Magoun a écrit sa première version de l'ostéopathie dans le champ crânien en 1951. Sutherland est mort en 1954, donc ce livre a été lu et approuvé comme on dit par Sutherland. Sutherland lui a renvoyé 7 fois le manuscrit en lui disant relis son manuscrit, « ce n'est pas ça que j'ai dit ». La première sortie est beaucoup plus intéressante. En 1966 et 1976, il a été réédité. Et normalement, quand on fait une réédition, on fait un copier-coller et on ajoute quelques pages. Mais ça ne s'est pas passé comme ça. Magoun s'est permis de réécrire un livre. C'était le même titre, mais plus le même livre. Il y a pleins de choses qui avaient été dites par Sutherland qu'il a enlevé. Toute la partie où Sutherland parle de fulcrum par exemple. Le premier livre de Magoun, ce n'est pas Magoun qui l'a écrit seul. C'était une synthèse d'un groupe de travail. Sutherland, à la fin de sa vie, avait une villa qu'il avait appelé la villa Fulcrum, et un petit groupe d'étudiants venaient là, ils devaient être une dizaine pas plus. Il y avait justement Rollin Becker, Viola Frymann, Anne Wales, Lippincott, Magoun … Et ces gens-là ont compilé des articles et Magoun en a fait un livre. On le voit bien dans la première édition que c'est une compilation. Mais quand en 1966, il a réédité le Magoun, les autres étaient partis, tout son comité de rédaction n'était plus du tout le même. Et donc, il a enlevé tous ceux qui étaient pas très politiquement corrects, pour mettre des choses plus « représentables », soi-disant rationnelles. En 1976, il a réédité le Magoun, là c'était du copier-coller. Et nous en France, on a appris à partir de l'édition de 1976, donc avec une version complètement édulcorée. Et les américains eux-mêmes n'ont rien vu, parce que c'est seulement en 1998, qu'ils ont ressorti le premier Magoun. Les

français l'ont traduit et c'est celui-là qu'on peut avoir maintenant chez Sully. Par exemple, dans le premier Magoun, on peut lire « Lumière liquide » terme qu'il a empreinté à Walter Russel qui n'est pas du tout dans le 2ème et 3ème Magoun. J'ai eu l'occasion un jour de rencontrer un vieil enseignant de crânien qui avait enseigné dans les années 80, il m'a dit « enfin François lumière liquide pourquoi tu dis ça, il ne faut pas exagérer, pourquoi tu dis ça moi je me fie au Magoun », et je lui dis « oui justement c'est dans Magoun », et il me dit « mais non ce n'est pas dans le Magoun, ce n'est pas vrai», « mais de quel Magoun tu parles ? » et en fait il parlait du 3ème Magoun. Donc c'est vraiment deux livres différents. Il y a eu un mémoire qui a été fait où l'étudiant a étudié les deux Magoun et c'est impressionnant de voir que ces deux bouquins sont différents. Et donc, on voit qu'il y a une censure de la pensée de Sutherland à la fin de sa vie. Il a été censuré par Magoun pour donner quelque chose de politiquement correct. Il faut l'excuser parce que ce n'est pas que uniquement Magoun. L'hypothèse que j'en ai moi, si on prend les deux années de sortie c'est entre 1951 et 1966. Et il y a quand même deux évènements. La reconnaissance de l'ostéopathie qui s'est faite état par état, et le dernier Etat était la Californie en 1964. Et quand, il a été reconnu Viola Frymann nous racontait qu'ils ont dit « écoutez les ostéopathes, vous demandez à avoir la reconnaissance, on vous donne l'équivalent de médecin si vous prenez le titre de médecin, vous laissez tomber le titre d'ostéopathes. » Et Viola Frymann raconte que du jour au lendemain, ils étaient 150 - 200 ostéopathes sur l'état de Californie, et il y en a eu 195 qui ont pris le titre de médecin, et 5 sont restés ostéopathes dont Viola Frymann. Et donc, du jour au lendemain, comme les gens voulaient de l'ostéopathie, son cabinet a été débordé et elle a décidé de donner la priorité aux enfants. Elle, étant touchée par la problématique des enfants, comme elle en a perdu, en bas âge de la mort subite du nourrisson. Lorsqu'elle a rencontré Sutherland, elle lui a raconté ce qui s'était passé pour son enfant et Sutherland lui a dit qu'on aurait certainement pu le sauver en ostéopathie. Ca lui a vraiment changé sa vision des choses, et elle a voulu donner toute sa vie pour les enfants. Viola Frymann est une anglaise, elle est très portée sur la religion, très investie dans ce domaine. Elle fait partie d'une église particulière. Je me souviens d'un jour en stage où elle a dit « On m'a toujours demandé quel était le livre le plus important pour les ostéopathes » tout le monde dit Sutherland, Still et là elle sort la bible, la pose sur la table et dit, « c'est celui-là ». Cela en a choqué plus d'un. Dans sa pensée, dans ses textes elle a beaucoup donné aussi cette impulsion religieuse. Ses textes sont d'une très grande beauté, ils ont été collecté dans un livre « Le lègue ostéopathique pour les enfants ». Et dans ce bouquin, il y a des textes des York Book, c'est l'académie américaine qui chaque année sort un livre des meilleurs articles qu'ils ont édité. Et dans les

York Book des années 70 à 80, il y a des textes de Viola Frymann d'une vraie beauté. Mais elle a quand même un discours assez religieux, spirituel certes mais porté sur la religion. Alors que chez Sutherland, on ne voit pas ce discours religieux. On lit un discours spirituel, et encore il faut lire entre les lignes. Un peu comme chez Becker on ne voit pas un discours religieux, même si lui aussi est très porté sur la spiritualité.

Viola Frymann a deux choses de précieux pour nous, d'avoir travaillé avec les enfants et la deuxième chose, c'est d'avoir eu le courage de diffuser l'ostéopathie en Europe. Le premier séminaire d'ostéopathie crânienne à Paris en 1964, il y a 50 ans, organisé par Francis Peyralade, décédé il y a quelques mois, qui m'avait dit, quand je l'ai interviewé « c'est moi qui ai organisé le premier séminaire avec Viola Frymann ». Elle a vraiment diffusé l'ostéopathie crânienne en Europe. La France a eu un avantage de démarrer tard pour une fois. L'ostéopathie anglaise avait démarré en 1917, donc beaucoup d'ostéopathe français allaient en Angleterre. Cependant, là-bas c'était toujours la pensée anglaise de l'ostéopathie, c'est-à-dire la pensée Littlejohnienne. C'est seulement dans les années 1970 qu'ont commencé les écoles françaises. Et dans ces écoles françaises est venue Viola Frymann donc, les professeurs étaient déjà des professeurs de crânien. Donc l'enseignement de l'ostéopathie française, l'enseignement qui a commencé 50-70 ans après l'ostéopathie anglaise, a bénéficié tout de suite de l'enseignement du crânien. C'est pour cela qu'en France, nous n'avons pas du tout à rougir de notre ostéopathie en général, et du crânien en particulier dans l'enseignement parce que c'est enseigné depuis longtemps. Le crânien est arrivé beaucoup plus tard en Angleterre, seulement dans les années 90 et c'était optionnel, maintenant c'est obligatoire.

Il faut savoir qu'en Amérique, Viola Frymann n'est pas connue. Elle est connue dans le milieu ostéopathique, mais l'ostéopathie en Amérique, est très peu développée. C'est la chiropractie qui a pris la place de l'ostéopathie. La chiropractie a la même ampleur en Amérique que l'ostéopathie en France. L'ostéopathie est très peu connue là-bas et l'ostéopathie crânienne encore moins. En 1997, en Amérique, j'ai rencontré le directeur de l'AAO (Academy American of Osteopathy), il disait « il y a 40 000 ostéopathes en Amériques, 4 000 qui font des OMT (Osteopathy Manuel Technique) donc ça veut dire qui touchent leurs patients et sur ces 4 000 qui nous restent 400 font du crânien ». Donc vraiment, on n'a pas à rougir du crânien en France. Quand on a rencontré Richard Still, l'arrière-petit-fils de Still à Kirksville, il disait « Mais c'est en France, en Angleterre, en Europe que ce trouve le flambeau de l'ostéopathie, c'est vous qui tenez la bannière de l'ostéopathie et revenez nous apprendre l'ostéopathie. » Lui, il est bien conscient de ça. Ca a été dit dans la

préface française de l'Autobiographie de Still, sortie en 1998. Le crânien est optionnel dans toutes leurs écoles. Je me souviens de Viola Frymann qui commence à considérer qu'on a fait du crânien, quand on a fait 40 heures, de pratique de crânien. 40 heures c'est rien.

AB : Par rapport à cette dimension vitaliste qu'on donne au crânien, au MRP, est-ce que vous n'avez pas peur qu'avec le monde médical, scientifique qui est très rationnel, qui a besoin de preuves, que ça ne freine pas la reconnaissance en ostéopathie ?

FB : La dimension vitaliste se retrouve en médecine. En médecine, il y a aussi le mécanisme et le vitalisme, cette bagarre existe. Il y a eu un très beau mémoire qui a été fait par Isaac Sans, de Saint-Germain-En-Laye, sur « Structurel et fonctionnel, à travers l'histoire de la médecine vitaliste et mécaniste». Il a fait un très beau travail autour de la pensée vitaliste et la pensée mécaniste de l'époque. Pasteur, par exemple, était dans une pensée plutôt mécaniste, alors que Claude Bernard était plutôt dans une pensée vitaliste. Donc, dans l'histoire de la médecine, on est passé périodiquement de cette pensée mécaniste à la pensée vitaliste. Quand on dit vitaliste, on pense spirituel ; et si on dit spirituel, on pense « église », ou bien on dit « intégriste » et si on dit intégriste, on pense alors barjots. C'est comme ça qu'on fait des amalgames et qu'on déforme les mots. Maintenant, si on prend les termes de mécaniste et vitaliste, on est en plein dedans, dans la discussion. Et si on discute sérieusement de ces deux termes, de penser uniquement matériel et de penser que la science a raison parce qu'elle pense uniquement la matière, on sait aussi qu'on est dans l'erreur. Et on s'en rend compte tous les jours. Tous les jours la science montre ses limites. De penser qu'on est dans la vérité parce qu'on est scientifique, c'est la science qu'il faut réexaminer quelque part, le thermomètre n'est pas toujours bon. La pensée vitaliste a aussi sa raison d'être. La neuroscience commence à étudier l'empathie par exemple, c'étaient des choses qui paraissaient empiristes. Aujourd'hui on commence à dire, à oui les neurones miroir, quand je pense à quelque chose, l'autre peut penser à la même chose ; la télépathie etc. Ce sont des choses où la science va commencer à étudier ces dernières nouvelles. Aujourd'hui on dit que c'est fumeux, mais plus tard peut-être qu'on communiquera que comme ça. Il y a des tas de choses qui hier étaient des fumisteries qui sont des réalités aujourd'hui. On en revient toujours à la terre est plate.

AB : Dans un entretien de Jean-Claude Herniou, il remet en cause le côté primaire du MRP par rapport à la respiration thoracique. Qu'en pensez-vous ?

FB : Je ne me souviens plus trop de cet entretien. Ce que je me souviens c'est qu'il avait été un peu « malhonnête » sur le fait qu'il avait tendance à affirmer les choses. Le titre déjà, le MRP n'existe pas. Je trouve présomptueux de dire le « MRP n'existe pas », parce qu'il y a d'autres choses qui seraient avant, primaire par rapport à la respiration thoracique. Je me souviens plus de l'article sur le fond, mais je me souviens dans la forme de l'article, pour moi il y avait des biais. Et c'est vrai que dans ces biais je me dis que, oui des fois ça peut porter à discussions, qu'on peut remettre en questions, comme la façon de l'expliquer, la conceptualisation. Pour ma part, je ne suis pas quelqu'un dans l'expérimentation en laboratoire, tout ça ce n'est pas mon truc. Ca ne veut pas dire que ce n'est pas intéressant. Il y a des recherches qui ont été faites là-dessus. Mais, de le remettre en question et en disant que tout est faux, je trouve ça un peu rapide. D'ailleurs, il avait été assez critiqué à l'époque. Je me souviens, il y a eu une réponse de Pierre Tricot, le MRP existe-t-il ? Il y a eu toute une bagarre autour de ça à l'époque.

AB : Il remettait également en question le rôle du LCR. Selon lui, le LCR ne peut pas être le moteur de la mobilité des os du crâne. Il explique que la pression qu'on exerce avec nos mains est 10 fois plus importante que celle du LCR et que sa fluctuation est beaucoup trop lente (inférieur à 1 cm).

FB : Encore une fois le thermomètre n'est pas bon. Si on parle de pression du LCR, pression des os du crâne. Sutherland a tenté de donner des explications à partir de choses macroscopiques, ça veut dire matériel. On peut remettre tout ça en question en disant, mais ce n'est pas vrai parce que ça ne peut pas pousser tant que ça etc. On pourrait remettre tout ça en question. Mais simplement, est-ce que vous avez senti le LCR ? Est-ce que cliniquement ça change quelque chose ? Est-ce que quand on travaille sur un enfant, il ne régurgite plus ? Tout ça, ça voudrait dire que ça n'existe pas ? Ce n'est pas vrai. Cliniquement, il y a vraiment des choses intéressantes qui se passent, et des phénomènes qu'on ne peut pas remettre en questions. Maintenant ce sont les explications qu'on en donne. De réduire un phénomène à seulement sa matérialité, cela voudrait dire que c'est la pression liquidienne qui crée un mouvement ou non, que la tension des membranes entraînerait la mobilité des os du crâne ou non. Si on réduit seulement à ces explications, matérielle et physique, il y a des biais

obligatoirement par rapport à ces explications. Et c'est pour ça, qu'on doit passer par d'autres choses, par des systèmes peut-être plus énergétique ou électromagnétique, il y a des tas d'hypothèses aussi là-dessus qui sont différentes. L'Académie des sciences de Russie s'est plongée sur l'onde crânienne par exemple. Effectivement, il y a une onde particulière, qui n'est pas l'onde pulmonaire, qui n'est pas le battement cardiaque, le péristaltisme, etc. Il y a encore autre chose qui a son rythme propre. Il y a pleins d'études qui se disent et se contredisent, comme on le voit dans toute la médecine. Et c'est pour ça, pour moi si on utilise le mauvais thermomètre pour parler d'une chose, effectivement la chose est fausse.

AB : Vous avez entendu parler de l'onde THM ?

FB : Oui.

AB : Vous en pensez-quoi ?

FB : Je n'ai pas assez d'informations là-dessus.

Il y a une personne qui en parle pas mal, Hugh Milne dans *Au cœur de l'écoute, une approche visionnaire de la thérapie crânio-sacrée*. Il a un chapitre où il parle de tous les mouvements crâniens et les différentes hypothèses qu'on peut en avoir. Il donne différentes pistes. *Interface* de Paul Lee aussi en parle, c'est plus la pensée de Still que Sutherland, a mis à la lumière de la science d'aujourd'hui.

AB : Et L'IRC (Impulsion Rythmique Crânienne) ? J'ai du mal à comprendre le lien ou non qu'elle a avec le MRP. Certains auteurs disent que le MRP est manifesté par l'IRC et d'autres que ça n'a rien à voir.

FB : Moi, ce que j'ai entendu de l'IRC, c'est que justement elle n'est pas crânienne, en fait c'est la motilité cellulaire. Elle est sentie partout. Certains parlent de RT (respiration tissulaire) comme au collège de Cergy-Pontoise. D'autres disent que l'IRC est sur le corps et le MRP sur le crâne. Et d'autres vont vous dire que c'est la même chose. Moi j'avais plutôt tendance à penser que c'est la même chose.

AB : Depuis que vous pratiquez est-ce que vous voyez une évolution au niveau du concept crânien dans votre pratique ?

FB : Je fais plus de place à la palpation. Je fais moins de place à la tête. Pour moi, c'est évident que c'est le ressenti qui compte, ainsi que le positionnement du praticien. Comme je dis souvent, l'outil de l'ostéopathe, c'est l'ostéopathe lui-même ! Son centrage, sa présence, sa qualité de perception et à partir de ça, l'ostéopathe devient l'outil du travail thérapeutique qui se met sur place. Mais ce n'est pas lui qui fait. C'est la citation que j'ai sur ma porte « Il est préférable de laisser la fonction physiologique interne manifester sa puissance infaillible plutôt que d'appliquer une force aveugle venue de l'extérieur ». C'est vraiment Sutherland à la fin de sa vie. C'est-à-dire, la fonction interne, la force interne du corps a le pouvoir de l'auto-guérison. Donc, il est préférable de permettre à cette force de se manifester et alors ça se fait tout seul. C'est pour ça que je suis beaucoup moins axé sur les axes, le mouvement, le tempo… Par exemple, Sutherland n'a jamais parlé d'axe crânien, c'est Lippincott, un de ses étudiants, qui lui a suggéré. Il n'a jamais donné de rythme non plus, c'est Magoun qui l'a donné. Magoun tire cette observation à partir de la constatation d'un chirurgien du cerveau lors d'une trépanation. Cette personne a senti sur les membranes une tension de 8-12 cycles par minute. On n'est pas du tout dans la réalité absolue des axes et des rythmes. Sutherland était beaucoup plus réservé là-dessus. Cette citation, la force aveugle venue de l'extérieur, ça veut dire que moi je ne sais pas ce dont le corps a besoin. Si je veux corriger un temporal soit disant en rotation externe, je ne sais pas à quel moment, quelle puissance, quelle pression, quel degré, quelle quantité il a besoin pour se corriger. Donnons juste le point d'appui à ce temporal en rotation externe pour qu'il se corrige de lui-même. C'est vraiment, cette subtilité entre les deux : entre force aveugle venue de l'extérieur ou laisser la force interne du système manifester sa puissance. Ca donne deux options différentes au praticien : permettre et laisser faire, donner un point d'appui et la chose va se faire elle-même, ou ceux qui vont agir et donner l'impulsion. Au départ, vous demandiez si le côté mécaniste et vitaliste s'opposent. La vision ne s'oppose pas, on regarde toujours le corps humain. Mais les moyens s'opposent : l'un laisse faire le corps et l'autre fait pour le corps.

AB : Et dans le milieu ostéopathique, vous avez vu une évolution du concept crânien ?

FB : L'évolution du concept crânien a beaucoup bénéficié de personnes plutôt vitalistes et quelqu'un comme Pierre Tricot lui a beaucoup apporté. La biodynamique a beaucoup aidé

aussi. Cette pensée est novatrice sur l'ostéopathie crânienne en particulier. Ce n'est pas ce qu'on enseigne aujourd'hui. Dans un collège, on se doit d'aller dans la biomécanique et, peut-être faire sentir la biodynamique. L'évolution de l'ostéopathie crânienne dans l'enseignement n'a pas beaucoup changé. Mais les visions plus vitalistes comme Tricot et la biodynamique sont des visions intéressantes qui ont poussé la pensée. Je pense qu'il faut en parler comme je le fais dans la biographie de Sutherland. Je pense que si le MRP n'est enseigné que dans la mécanique, les étudiants s'arrêtent à ce côté biomécanique et ne vont pas chercher plus loin.

AB : James Jealous a plus le côté biodynamique donc ?

FB : Oui, James Jealous a apporté la biodynamique. Sutherland, quand il est allé sur cette idée, très peu l'ont suivi sauf Rollin Becker et Anne Wales. Anne Wales a très peu écrit. Rollin Becker a beaucoup plus écrit et, il a vraiment enseigné la biodynamique. Becker a suggéré le terme à Sutherland. Sutherland était d'accord mais a vite changé d'idée. James Jealous, élève de Becker, a repris ce terme et a mis une licence dessus.

AB : Au final, après cet entretien, est-ce que vous pensez qu'il y a lieu d'une controverse par rapport au MRP ?

FB : Je pense que ça fait partie des pensées qui sont novatrices, et qui font qu'aujourd'hui encore elles ne sont pas comprises. On travaille avec d'autres thermomètres, d'autres moyens de mesure. La seule preuve, c'est la preuve clinique comme partout. Quand on pense que les médecins étudient des thèmes comme « quand on est moins stressé et plus heureux, on a moins de maladie ». On donne des budgets pour ces recherches mais est-ce que ce n'est pas une évidence. Des gens disent que le MRP c'est farfelus parce que ce n'est pas prouvé. Est-ce qu'il y a besoin de prouver ça ? Bien sûr que c'est très étrange de penser que le crâne bouge. Cherchez dans un livre de médecine, le crâne ne bouge pas. Mais chercher quelque chose de la médecine d'encore plus évident. Pour eux, une sacro-iliaque ne bouge pas. Quand on voit tous les lumbagos et les sacro-iliaques bloquées, on se demande comment on peut penser que ça ne bouge pas. Pourtant il y a aussi pleins de médecins qui disent que les sacro-iliaques bougent, comme de plus en plus disent que le crâne bouge. Moi, j'attends le moment où aux infos on dira : le crâne bouge et qu'il y a des pouvoirs clinique absolue là-dessus. Mais ça fait 70 ans que les ostéopathes le disent. Pour moi, c'est vraiment une idée en avance sur son

temps, qui n'est pas comprise. Cliniquement, si on me dit que c'est de la foutaise ça voudrait dire quoi tous ces enfants que je soigne ? Ca voudrait dire quoi le centre pour les enfants handicapés ? Les adultes qui ont plus mal au dos, à la tête ? Ca voudrait dire qu'on est des charlatans ?

Une pensée qui est en avance sur son temps n'est pas considérée comme juste. Dans mon enfance je mangeais bio, maintenant tout le monde mange bio. L'environnement. Depuis que je suis gamin, j'ai été élevé là-dedans. On économisait l'eau. On passait pour des barjots, comment tu économises l'eau ? Mais de l'eau, il y en a pour tout le monde. Dans les années 70, les écologistes disaient déjà qu'il fallait faire attention à l'eau. L'amiante, c'est pareil. Et plus récemment, le médiator.

On est vraiment dans cette idée avec l'ostéopathie crânienne et le MRP. Certes la recherche, les preuves on a du mal à les trouver parce qu'il n'y a pas de fond tout d'abord. Et quand il y en a, comme l'académie des sciences de Russie, on dit que ce n'est pas sérieux. Sutherland est parti avec cette idée de prouver que le crâne ne bouge pas et c'est en se fixant son crâne et en ayant des maux de têtes etc. qu'il a changé de vision. La population des ostéopathes a changé aussi. Aujourd'hui pleins d'ostéopathes ne l'acceptent pas encore. C'est vraiment l'histoire de positionnement d'idées en avance sur le temps. Sutherland est un modèle d'explication qui cliniquement marche.

AB : Est-ce qu'on a évoqué tout ce qui vous semblez important ?

FB : Oui j'ai dis tout ce qui me paraît important, tout ce que je voulais dire.

AB : Merci beaucoup pour cet entretien.

Annexe 2 : Retranscription entretien J. Vigier Latour du 24 janvier 2014

AB : Je fais un mémoire bibliographique sur le MRP, je reprends son évolution et les expériences qui ont été faites ainsi que les différents avis. Vos articles sur la dure-mère et le liquide céphalo-rachidien m'ont beaucoup intriguée. J'aimerais pour commencer connaître votre parcours, savoir comment vous en êtes arrivé à l'ostéopathie ?

JVL : J'ai passé un diplôme de kinésithérapie en 1977, et j'ai commencé l'ostéopathie en 1981. Je me suis déconventionné en 1986. A partir de 1988 j'ai été enseignant, j'ai arrêté quelques années et j'ai repris en 1993. J'ai tout enseigné : crânien, viscéral, général, anatomie… J'ai suivi des stages avec les frères Becker, Viola Frymann, Upledger… Je me suis intéressé à la biologie, la physiologie et à un degré moindre à la chimie pour donner des explications.

Un ami, ingénieur acousticien, qui travaille sur la propagation des sons dans l'air, le liquide, le corps humain aussi, et un ami, professeur de biochimie, en parlant de l'ostéopathie m'ont dit « mais es-tu certain de ce qu'on t'a enseigné ? ». Comme ce ne sont pas des imbéciles, je ne comprenais pas trop ce qu'ils voulaient me dire, et je me suis dit que si ils m'ont dit ça c'est qu'ils avaient de bonnes raisons. Alors j'ai commencé à chercher ce qu'ils voulaient dire. Jusqu'au jour où il y a une quinzaine d'années, au collège où j'étais, un enseignant en ostéopathie, spécialiste de la mobilité, motilité etc tel qu'on pouvait le voir, était en train d'assurer une consultation avec un patient devant les étudiants. Il était en train de traiter un rein, disant que tous les problèmes du patient venaient de cet organe, avec force des détails, en anatomie, physiologie, motilité, neurologie, bref une explication de haut vol. Et à la fin de la séance, le patient lui dit « j'ai oublié de vous donner un détail, mais je suis né avec un rein en moins ». Et c'était le rein qu'il était en train de se faire traiter. Donc, ça m'a vraiment interpellé. Par rapport à l'embryologie, il n'y avait aucun programme de cet organe, on aurait pu se dire que s'il avait eu une néphrectomie, on aurait pu avoir un organe fantôme ou alors l'adnexa pouvait donner des indications, des données qu'il avait eues. Donc, il avait traité un organe qui n'existait pas. Et chose extraordinaire, ayant traité un organe qui n'existait pas, le patient allait mieux. Alors qu'est-ce qu'il avait traité ? Et mes réflexions sont parties de là. Il avait senti un organe qui n'existe pas, il avait traité un organe qui n'existe pas, alors qu'est-ce qu'il avait fait ? Fatalement, il n'a pas fait ce qu'il a dit. Quelle est la fiabilité des ses sensations ? J'ai commencé à me poser des questions, à chercher des documents. Et je suis

tombé sur un mémoire, beaucoup plus tard, d'Hafida Izelfanane, sur la redécouverte de la dure-mère, lors d'un symposium à la Seropp. Elle nous présentait son mémoire en anatomie, en tant qu'anatomiste, sur tout ce qui a été dit sur la dure-mère en anatomie, depuis que l'anatomie descriptive existe ; et par rapport à ce que disaient les ostéopathes ; savoir qu'elle était l'adéquation entre les deux. Et elle s'est rendue compte que ce qu'on racontait en ostéopathie ne collait pas vraiment. En ostéopathie, la dure-mère est rigide parce qu'on s'est basé sur des travaux très antérieurs, qui sont devenus des références, sans se soucier des travaux récents. Elle a montré qu'il y avait des ligaments en ogives qui reliaient la dure-mère avec la colonne, Trolard, Hofmann et opercules de Forestier, qui donnaient à la dure-mère une élasticité remarquable grâce à ses propriétés visco-élastiques. C'est-à-dire que quand elle était étendue, ces ligaments se détendaient pour absorber les chocs et permettre à la dure-mère de s'allonger. On s'est rendu compte que la dure-mère, sur l'axe céphalo-rachidien, avait une élasticité qui allait jusqu'à 4 cm. Donc, fatalement si la dure-mère était rigide on ne pourrait pas se pencher en avant. Mécaniquement, c'est impossible. Alors, comment se fait-il que quand on fait un travail crânio-sacré, on prétende que ça passe par la dure-mère ? Surtout qu'il y aurait des micromouvements immesurables qui arriveraient à faire bouger des structures qui sont très solides et ne bougent pas facilement. Donc, la dure-mère n'est pas rigide, elle ne peut rien transmettre du crâne au sacrum. Qu'est-ce qui transmet ce mouvement ? Ca ne peut être que des fascias qui pris sous forme de chaînes musculaires et fasciales deviennent inextensibles. Une traction, même à minima, a une répercussion directement sur le crâne, et se répercute sur le sacrum mais sans passer par l'axe crânio-sacré dure-mérien du point de vue mécanique. Si tel était le cas, la pression à l'intérieur du rachis serait modifiée, ce qui n'est pas souhaitable. L'homéostasie, c'est la même température, et la même pression liquidienne. Une variation lorsqu'on fait une ponction lombaire d'1 cm3, donc 1g provoque des céphalées, des vertiges, des nausées qui durent plusieurs jours avant que le LCR se reproduise et retrouve une pression normale qui est en moyenne de 13g, 13 cm3 d'eau. Au-delà de 15 et en dessous de 11 des perturbations importantes apparaissent. Il est impossible que la pression du liquide céphalo-rachidien bouge d'un iota. Pas de variation de pression, pas de tension au niveau de la dure-mère qui est un élastique. Cette élasticité va permettre au liquide de se répartir uniformément d'un endroit à l'autre. Comme le ballon de baudruche qu'on pousse dans un sens, ça se courbe dans l'autre, mais ça ne change absolument rien à ce qu'il y a dedans. Comment un élastique qui doit maintenir une pression identique, qui s'adapte en permanence, peut entraîner un crâne et un sacrum l'un par rapport à l'autre ? Et comment, à ce moment là, on peut prétendre faire des techniques liquidiennes ? Je vais plus loin.

En ostéopathie, le sacrum bouge par le crâne qui lui même est en mouvement. Tout ça marche tant que la SSB n'est pas soudée. On se rend compte qu'il y a des sutures indispensables au passage du nourrisson lors de l'accouchement, et qui permettent au cerveau de grandir. Lorsqu'il y a des craniosténoses, on fait des chirurgies créant des sutures de toutes pièces. On fait des sutures arbitraires pour que le cerveau puisse grandir, mais ces os fatalement vont se ressouder plus ou moins, donc on refait une intervention, si nécessaire. La boîte crânienne se soude, aucune suture ne bouge, le crâne ne bouge pas. Donc, comment on peut entraîner un sacrum avec un crâne qui ne bouge pas, transmis par un élastique ? C'est difficilement acceptable, d'un point de vue physiologique. Par contre, la malléabilité infime, propre à chaque os, donne cette sensation de mouvement, et participe à ce qu'on perçoit sous les doigts.

Que sait-on en matière de circulation du LCR ? Le professeur Braud, dans un travail en 2005 ou 2006, a mis en évidence la circulation du LCR, il a mis un traceur dans la zone lombo-sacré et a regardé combien de temps il mettait pour aller dans le sinus longitudinal. Cela a mis 2 jours. Quand on prêtant faire des rebonds liquidiens avec le V spread, sachant que le LCR se déplace de 1 cm par heure, cela devient étrange. On enseigne ce fameux rebond liquidien écartant les sutures, mais comment est-ce possible alors que la physiologie montre le contraire ? On modifie donc la théorie, pour donner raison à la pratique. Sutherland, avec son système crânio-sacré, a émis une hypothèse, et les « suiveurs » ont repris cela, et l'ont fabriquée en dogme, en système fiable.

Donc, la pression du LCR à l'intérieur du crâne est de 13 gr. La pression en cm2 du crâne est de lors de 1 kg. Il faudrait donc plus de 1 kg au cm2 à l'intérieur du crâne pour libérer la suture. Le liquide devrait prendre appui sur le cerveau qui ne pèse dans le crâne que 40 gr, alors que posé sur une table il pèse 1 kg 400. La pression, à l'intérieur du crâne, serait démesurément trop importante pour que le cerveau le supporte, il serait détruit sur l'instant. Donc, il ne peut pas y avoir de pression du LCR, à l'intérieur du crâne, pour faire bouger les sutures. Pour la contraction des cellules de la névroglie c'est exactement pareil. Si les cellules se contractaient, il faudrait qu'elles poussent les liquides de manière, suffisante pour pouvoir libérer les sutures. Ce qui n'est pas possible non plus. Donc, pas de puissance liquidienne directe. Pas de technique liquidienne directe. Pas de mouvement de suture stricte mais plutôt de la malléabilité osseuse. Pas de mouvement crânio-sacré issu des liquides et de la dure-mère uniquement.

Pourtant, quand on met les mains sur le crâne, il y a quelque chose qui se passe. Il y a des travaux qui ont été fait par le Dr Bonneau qui met en évidence des trajets neuro-hormonaux stimulés par des contacts cutanés, qui pourraient expliquer les réactions aux techniques crâniennes, entre autres. Il ne faut pas voir les techniques crâniennes, sous l'aspect de mobilité osseuse. Ce sont des réactions neuro-végétatives. Cela veut dire que du point de vue embryologique, la peau c'est du cerveau. Ce qui les relient ensemble, ce sont des trajets neuroendocriniens. A partir d'une excitation cutanée, une information au cerveau part du système endocrinien qui leur a envoyé dans l'immédiateté une réponse, à base de vasoconstriction ou vasodilatation selon les besoins. Le Dr Misery, dermatologue et chercheur, a mis en évidence les cellules de Merkel sous la peau, qui sont neuro-endocriniennes, et sensibles à certaines excitations, mais pas n'importe lesquelles. Il faut qu'il y ait une certaine profondeur de contact, un certain temps et une certaine direction, c'est-à-dire aller dans la zone de restriction. Quand ces trois éléments sont ensembles, la cellule devient opérationnelle, et elle envoie un message neuro-végétatif au centre cortico-supérieur qui pour s'adapter va envoyer une réponse à base de réaction neuro-végétative.

Au niveau du crâne, qu'est-ce qui se passe ? Il y a les nerfs crâniens V1, V2, V3, les nerfs cervicaux supérieurs. Au niveau de l'oreille, la zone de Ramsay Hunt. On y trouve le V, le VII, le IX et le X, nerfs parasympathiques. Donc, suivant comment on contacte l'oreille ou la peau du crâne, on va mettre en action ces fameuses cellules de Merkel, qui vont suivre le fameux chemin des nerfs crâniens. Suivant, comment ils seront sollicités, ils vont entraîner des réactions neuro-végétatives, entraînant des vasodilatations, donc des relâchements. En conséquence, ce n'est pas un travail osseux qui vise à détendre des membranes ou des tissus mous quels qu'ils soient, mais c'est un travail neuro-végétatif, via la peau, les fascias, et va entraîner en profondeur un relâchement tissulaire qui va ensuite se répercuter à la périphérie par une modification des informations…

Sauf, chez l'enfant où les os ne sont pas soudés, on fait les deux en même temps.

Chez l'adulte, c'est plutôt une certaine malléabilité des os qui donne cette notion de mouvement ressenti sous les doigts. Les lignes de force permettent de transmettre les pressions un peu comme une barre de torsion.

Au crâne on ne peut pas avoir un abord mécanique strict, à part lors de fortes pressions traumatiques où les sutures joueraient le rôle de « joint de dilatation », et restitueraient par la suite l'excès de pression.

La mobilité des os fonctionne chez le nourrisson, mais vouloir faire bouger ces structures selon des axes stricts chez l'adulte serait davantage apparenté à de la malléabilité. Car chez le nouveau-né, rien n'est soudé, ça bouge dans tous les sens. C'est en permanence modulable.

Mais il faut être prudent en la matière, il existe des études américaines qui prétendent qu'il y a une certaine mobilité chez l'adulte, alors que d'autres soutiennent qu'elle n'est pas vérifiable compte tenu de la faible mobilité difficilement mesurable.

Serait-ce uniquement un mouvement des sutures, une conséquence neuro-végétative associée à la malléabilité osseuse ?

Ce qui me semble important c'est ce que les ostéopathes ressentent sous les doigts. Dès lors que la justification est annoncée comme une hypothèse, on reste quand même crédible.

Au niveau viscéral, c'est pareil. J'ai un copain chirurgien viscéral qui me dit « je suis surpris de la précision de vos repères anatomiques parce que moi quand j'ouvre quelqu'un, je ne sais jamais ce que je vais trouver, parce qu'il y a autant de positions d'organes qu'il y a de patients. » On en revient à l'ostéopathe qui avait senti un rein qui n'existait pas. Au final, jusqu'à quel point nos sensations correspondent à la réalité ? Et quelle est notre crédibilité ? Et pourtant, il y a un résultat incontestable. Vous avez vu les lois de Fryette. Et bien ça n'existe pas. Pourquoi ? On met en place un modèle où la vertèbre est parfaite. Quand on prend ce modèle mécanique parfait : ça bouge selon les lois de Fryette. Mais quand on regarde un corps humain, ça ne correspond pas du tout aux lois de Fryette. Parce que le corps vertébral n'est pas parfait comme le modèle, le pédicule est peut-être un peu plus court d'un côté que de l'autre, les surfaces articulaires sont peut-être un peu plus larges d'un côté, un peu plus hautes de l'autre, un peu plus orientées différemment. Et donc, au lieu de tourner à droite, elles tournent à gauche.

Yves Lepers avec Klein, en Belgique, ont fait des travaux très poussés. Ils ont pris des patients, ils les ont étudiés à l'IRM fonctionnelle et ont regardé comment se comportaient les vertèbres. La réalité montrait que c'était anarchique. Il y a autant de lois qu'il y a d'individus. Quand les enseignants font tester les vertèbres, ils font tester la mobilité, qui ne correspond pas toujours à la mobilité du patient, on lui demande de sentir la mobilité qui correspond au modèle, et quand les étudiants sentent un point qui est postérieur, mais qui ne correspond pas

au modèle, on lui dit que sa sensation n'est pas la bonne. Donc, on oriente parfois la palpation des étudiants, on modifie sa faculté à repérer quelque chose.

Qu'est-ce qu'on lui fait sentir alors ? Et qu'est-ce qu'on met en place, comme dysfonction ostéopathique qui n'existe pas vraiment ? Une dysfonction ostéopathique est issue d'une loi qui est reconnue et applicable dans tous les éléments.

En 1987, le premier cours qu'on a reçu des anglais nous on dit : « les Lois de Fryette on oublie».

La dysfonction ostéopathique, telle qu'elle est enseignée, ce n'est pas comme ça qu'on devrait le faire. A la limite, présenter cette mobilité comme un modèle qui ne demande qu'à être modulé, c'est mieux. Parfois, ce modèle correspond à la réalité, et parfois non. Mais encore une fois, ce qui me semble important, est ce que chaque praticien perçoit sous les doigts. On lui demande d'être efficace, donc son argumentation est une théorie, une hypothèse qui peut se moduler. Le plus important, est de ne pas afficher une certitude, d'autres études en cours pourraient moduler des résultats.

On verra bien.

Ensuite le viscéral. Le viscéral avec la motilité viscérale qui reproduit la mobilité embryonnaire. C'est séduisant. Mais, il y a autant d'accolements d'organes par les fascias qu'il y a de personnes. C'est-à-dire que deux organes peuvent s'accoler à un certain niveau, mais s'il y en a qui s'accolent un peu plus haut ou un peu plus bas, les axes de mouvements seront totalement différents d'un autre. Donc, on peut tout trouver. Qu'est-ce qu'on fait quand on fait du viscéral ? Est-ce qu'on traite les organes ? Pas du tout. Est-ce que tous les organes sont des éponges comme le foie ? Pas du tout. Pomper un foie, ça n'existe pas. Mobiliser un foie, ça n'existe pas, c'est très douloureux de toucher un foie. On ne fait que traiter des fascias qui entourent tous les organes qui sont présents absolument partout et aux croisements de ces fascias il y a les artères, veines, nerfs, lymphatiques. C'est la libération aux croisements de ces fascias, qui fait que la circulation pourra se faire. A ce moment là, ça circule et l'organe retrouve une fonction qui est meilleure, grâce à la vascularisation qui est meilleure. On traite des fascias où on perçoit les tensions. Une fois qu'on a cette tension, le reste qui n'est que la conséquence des tensions, va fatalement se libérer. Donc, on ne fait jamais de traitement viscéral organique direct et strict. Mais on verra bien aussi ce que des études plus poussées

nous apprendront. Tant que la justification donnée reste une hypothèse, un peu comme je le fais maintenant, tout est encore possible.

Allons un peu plus loin. Les systèmes que j'ai appris avec Becker étaient très séduisants, mais je n'avais pas les arguments pour le contredire parce que j'étais en plein dedans. C'était merveilleux. C'est après que j'ai commencé à prendre du recul. C'était intéressant ce que faisait Becker, il avait une bonne main, mais au niveau de sa théorie il y avait quelque chose qui n'allait pas, avec le fameux Souffle de Vie, l'énergie universelle, qui traite tout dont le praticien est un canal, pourquoi pas. J'ai un ami physicien un jour qui me dit « mais quand vous parlez d'énergie universelle, laquelle ? ». Il y a en a une infinité qui se contredisent totalement. Ca ne veut rien dire pour nous. Mais, supposons que ça marche, le thérapeute est un canal pour transmettre cette énergie universelle, porteuse d'auto-guérison, on récolte le grand Tout, l'énergie immense qui passe à travers un canal, le tout qui se répand dans le patient. Il faudrait déjà que le filtre : nous, soit un filtre pur. Comment peut-on utiliser cette énergie universelle qui passe à travers un filtre imparfait, et qui arrive quand même à déverser une plénitude ? Là aussi, c'est très théorique, c'est une image, mais qui ne correspond à rien. Que ce soit des images mentales qui aident, je suis entièrement d'accord, on en a besoin. Mais prétendre que c'est reproductible et qu'on s'appuie sur quelque chose de tangible, là je dis : c'est de la supercherie. Qu'on dise ça marche, mais on ne sait pas pourquoi, il n'y a pas de problèmes, mais qu'on dise ça marche pour cette raison, alors qu'elle est fausse, là ça ne va pas.

L'ostéopathe prétend tout savoir faire : le psychologue, le sociologue, sans aller jusqu'au chirurgien, mais avec ses mains il peut tout faire. A quoi on joue là aussi ?

Maintenant, pour ce fameux MRP, on prétend que ce sont des cellules nerveuses qui se contractent, tirent la dure-mère, qui poussent les structures, qui se dilatent : mais c'est un leurre.

AB : On vous l'a appris le MRP ?

JVL : Oui bien sûr.

AB : Vous étiez dans quelle école ?

JVL : ATMAN à Nice. Où j'enseigne actuellement.

AB : Est-ce que votre point de vue est bien perçu par la direction, vos collègues ?

JVL : Chose extraordinaire, c'est une école qui est ouverte, et ce que je vous dis, je peux le dire en y mettant les formes tout de même. Parce qu'ils me disent Ok, et comme rien n'est définitif, on ne sait pas complètement comment tout cela fonctionne, c'est bien d'avoir un autre point de vue.

Mais ce que je vous dis est direct, alors que lorsque je donne un argument aux étudiants, je ne le fais pas du tout sur ce mode là. La référence est Magoun, modèle utilisé un peu partout. Enseignons ce modèle, en précisant que d'autres hypothèses peuvent être émises, mais il faut bien commencer par quelque chose. Difficile d'enseigner sous une forme, et « tout casser » en même temps.

Ce qui m'apparaît aussi important, est que le discours au sein d'un collège ait une certaine cohérence et reconnu par l'ensemble.

Je me répète, certes, mais rien ne sert de désorienter les élèves dans l'immédiateté. Gardons une justification commune, en indiquant que d'autres modèles existent, à eux de se faire leur propre opinion. Rester ouvert et disponible, cela me semble plus important.

AB : Que pensez-vous du MRP de Sutherland ?

JVL : Justement d'où ça vient le MRP ? Sutherland n'a rien inventé dans son concept crânien. Il a tout pris du livre de Swedenborg *The Brain*. J'ai bien étudié ce livre et d'autres pour me faire une opinion. Alors qu'est-ce qui s'est passé ?

C'était un garçon qui était très sensible, réservé avec une éducation très stricte. Il est tombé amoureux d'une fille qui l'a éconduit. Il ne s'en est jamais remis. Il est devenu mystique, et s'est réfugié là-dedans. Avec le temps il a commencé à avoir des visions un peu étranges. Et comme c'était un scientifique, il s'est lancé dans plein de recherches notamment dans le corps humain. Il a voulu prouver la présence de l'âme dans les liquides. Il s'est appuyé sur les travaux des grecs anciens. Il a écrit un livre *The Brain*, et Sutherland a repris ce bouquin, l'a étudié et a rajouté deux éléments pour élaborer les 5 constituants du MRP, et a soutenu que ça

venait de lui. Et il a fait l'analogie suivante : le cœur pour le sang, le cerveau pour le LCR ; ça se contracte de la même façon. Sutherland est parti sur cette hypothèse. Si ça bouge c'est que ça fait tout bouger, les deux extrémités aussi. Il n'a fait que des déductions. Il considérait que le LCR pouvait faire bouger le crâne et le sacrum, mais il n'avait pas les éléments nécessaires pour le démontrer à cette époque. Il a eu l'honnêteté de dire qu'il émettait une hypothèse. Les « suiveurs » ont pris cela, et l'ont transformée en certitude. Swedenborg, au bout de 10 ans d'études, où il n'a pas pu prouver l'existence de l'âme dans les liquides, a décidé de partir en Angleterre et une nuit, Dieu l'a contacté en lui disant « Tu seras mon nouveau prophète, et tu vas réinterpréter la Bible, car elle est mal interprétée. Je te charge de retransmettre la bonne parole ». Il a prétendu voyager sur différentes planètes et rencontrer leurs habitants. Après ces événements riches en rebondissement, il a été chargé par Dieu de créer une nouvelle église : l'église de Jérusalem qui existe toujours. Donc, les références scientifiques des ostéopathes se réfèrent à Sutherland, donc Swedenborg.

Nous parlons de philosophie ostéopathique. Still, pendant 12 ans, on en a plus du tout entendu parler : il est allé tout apprendre auprès des indiens d'Amérique du nord. Toutes les techniques qu'ils faisaient, il les a prises à son compte puis a crée l'ostéopathie. J'ai beaucoup voyagé, mon épouse est professeur de chinois, et elle est originaire de Colombie. J'ai rencontré des chamans en Floride et en Colombie, et je leur ai montré ce qu'on fait. Et ils m'ont dit qu'ils faisaient ça depuis toujours. En Chine c'est pareil, en Europe centrale c'est pareil. On fait des techniques simples qui sont uniformément répandues de par le monde et qui ressemblent à l'ostéopathie. Mais elles ne s'appellent pas ostéopathie. Still est issu d'un milieu méthodiste, quand il dit que l'ostéopathie est l'œuvre de Dieu, que Dieu est parfait et donc que l'ostéopathie est parfaite, là c'est très gênant. Parce que dès lors qu'on ne connaît pas ses limites ça devient dangereux. Prétendre pouvoir tout traiter avec une science, c'est très dangereux. Prenons les écrits de Still comme un enseignement, une histoire, on en tient compte, mais maintenant on passe à autre chose. Le côté religieux dans l'ostéopathie est une option, on s'y retrouve ou pas. Mais dire qu'elle est obligée de passer par là, ce n'est pas possible.

J'ai fait lire à des amis philosophes certains écrits d'ostéopathie. Ils m'ont dit que ce n'était pas de la philosophie, mais des propos poétiques. Quand on dit qu'on enseigne la philosophie en ostéopathie, ce n'est pas tout à fait exact. La philosophie est l'art du doute. Est-ce que dans l'enseignement de l'ostéopathie on vous a appris à douter et à vous poser des questions sur ce

qui vous a été enseigné ? Jamais. On vous l'a enseigné comme ça et ce n'est pas autre chose. Ca, c'est du dogme, ce n'est pas de la philosophie.

Il faudrait prendre du recul, et revoir ces textes à la lumière de ce qui se fait actuellement.

Je ne dis pas que le côté invisible n'existe pas. Le côté invisible est interpersonnel, c'est l'empathie, c'est l'émotion. Tout est influencé par l'émotion.

AB : Vous remettez donc en cause toute la théorie du MRP ?

JVL : Complètement oui.

AB : Comment vous définissez ce que l'on sent alors ?

JVL : Il y a à la fin du 19ème siècle deux physiologistes, Traube et Hering, qui ont mis en évidence une fluctuation particulière. C'est dû à la contraction des petites et grosses artères et associée à la variabilité de la fréquence cardiaque couplée à l'activité sympathique et parasympathique. La contraction musculaire, la tension des fascias ainsi que la respiration par les mouvements du diaphragme, vont harmoniser cette pression artérielle, ces mouvements en créant une pulsation d'environ 10 à 12 par minute. C'est vasculaire, neurovégétatif, diaphragmatique, et ça donne ce rythme là.

AB : Donc ces ondes vous parlent beaucoup plus que le MRP ?

JVL : Oui ! Le MRP, comme il est enseigné, ne peut être recevable. Mais quand on met nos mains sur un crâne, ça bouge, alors on essaie de chercher ailleurs la justification. Pour moi il y a ce phénomène, peut-être qu'il y a quelque chose d'autre. Je ne dis pas que c'est la réponse, c'est une possibilité. C'est la plus probable aujourd'hui.

AB : Pour vous les os du crâne bougent quand même lorsqu'on est nourrisson ?

JVL : Oui. Et elle est uniquement due à la croissance du cerveau. Cette mobilité est vitale.

AB : Est-ce que vous donnez une place particulière à la SSB comme Sutherland ?

JVL : Chez l'enfant oui. Elle reste l'articulation centrale. Ce qui compte dans les déformations ce ne sont pas les torsions et les SBR, mais surtout les strains. Le reste n'est pas très important. Plus c'est pris tôt, plus c'est facile à faire.

AB : Certains praticiens disent que sur les nourrissons, il faut faire un travail liquidien. Qu'en pensez-vous ?

JVL : Ils font du fascia en disant qu'ils font du liquidien. Encore une fois, le LCR se répand trop lentement, la pression est ce qu'elle est, on ne peut pas la changer. Ces fascias se détendent, permettant au liquide d'aller partout, par vide, par relâchement, donc c'est du liquidien indirectement. On ne fait jamais du liquidien directement, ce n'est pas physiologique. On fait du neurologique chez l'enfant, et évidemment la structure et la suture,. ce qui me semble important est d'être efficace. Surtout ne pas se figer sur une justification, envisager que d'autres hypothèses puissent être recevables.

AB : Pour vous, il n'existe donc pas un troisième rythme au niveau du crâne, différent de la respiration thoracique et du pouls vasculaire ?

JVL : Non. Quand on fait tester à des dizaines d'étudiants, les sensations sont toutes pareilles même si les os sont soudés. Encore une fois, c'est une théorie à postériori qui ne correspond pas à une pratique.

AB : Vous n'utilisez donc pas le MRP dans votre pratique ?

JVL : Non. Je fais du fascia, du neuro-endocrinien essentiellement.

AB : Donc, pour vous le travail que nous faisons au niveau du crâne, est du fascia thérapie, suite aux travaux que vous avez lu de Mézières et Souchard ?

JVL : Pas uniquement, mais oui ça va dans ce sens là. Les muscles ne font que suivre, ce sont les fascias qui doivent être étirés sous la dépendance du neuro-végétatif qui est le chef d'orchestre avec le vasculaire. Prendre en compte aussi la malléabilité osseuse, car rien n'est figé. Mais ce ne sont que des hypothèses, on verra bien ce que d'autres travaux feront

ressortir. Ne pas rester avec un modèle, d'autres peuvent donner des pistes de compréhension intéressante.

AB : Et ça se base sur le principe que si ça tire à un bout, l'autre bout va obligatoirement suivre ?

JVL : Exactement. On ne peut pas traiter le fascia sur une portion. On est obligé de mettre la chaîne en tension, de la prendre dans sa globalité, ce qui va permettre de traiter la spécificité. Si on n'étire qu'un bout de fascia, fatalement ce qu'on va étirer va se répercuter ailleurs par un rétrécissement.

AB : Je pense que vous avez lu et étendu parler de l'interview d'Herniou. Il vous rejoignait sur votre opinion du LCR, mais il remettait également en cause le côté primaire du MRP par rapport à la respiration thoracique. Qu'en pensez-vous ?

JVL : Il ne prenait pas en compte les ondes de THM. On ne peut pas prendre l'un ou l'autre. Les ondes de THM sont des ondes vasculaires, mais dynamisées par le diaphragme. On pourrait à partir du diaphragme, décrire toute l'anatomie du corps humain, parce que tout dépend du diaphragme à tous les points de vue. Sans le diaphragme, on ne peut pas vivre : la respiration, il stimule la circulation, il stimule et relâche la tension des tissus du corps, c'est le grand maître d'œuvre. Le diaphragme est la référence de tout d'après le Pr Bryan Freeman, embryologiste Australien.

AB : Et que pensez vous de l'IRC ?

JVL : C'est à peu près pareil que la théorie THM avec une composante veineuse. Ce sont des appellations différentes avec des petites différences mais ça part de la même chose.

Une étudiante, suivie par Yves Lepers, a fait une expérience, alors qu'il supervisait son mémoire, il y a une vingtaine d'années. Elle avait pris des rats, et après leur avoir écorché les tissus mous du crâne, avait étudié la mobilité des sutures au microscope. Rien ne bougeait. Pas de mobilité. Ils se sont dit que c'était bizarre que ça ne bouge pas chez le rat, alors qu'on prétendait que ça bougeait chez l'humain. Cette expérience n'est plus reproductible maintenant par rapport à une certaine éthique et une interdiction bien compréhensible pour la souffrance infligée aux animaux.

AB : Pour vous toutes les sutures sont soudées à l'âge adulte ?

JVL : Non, il y en a qui se soudent et d'autres non. On déglutit à peu près 1500 fois par jour. Chaque fois qu'il y a un contact dentaire il représente environ 50 kg de pression au cm2. Quand on mastique, on arrive parfois à avoir jusqu'à 120 kg par cm2. Donc, il faut m'expliquer comment 10 g avec nos mains peuvent faire bouger des sutures, et comment des dizaines de kg au niveau des dents, ne font pas bouger les sutures. Le patient qui mâche toujours du même côté, parce qu'il lui manque des dents, ce sont les os qui vont se déformer par rapport à la traction musculaire imprimée sur les os. La croissance va se faire par rapport à celle des cellules osseuses. Et nous, en deux minutes on arrive à débloquer une SSB. Je ne mâche que d'un côté, le temporal devrait bouger, mais il ne bouge pas. Je mets les doigts sur un temporal, et je prétends le sentir tourner en dedans et en dehors, là aussi il faut m'expliquer. On sentira bouger mais pas de l'os, plutôt du tissu mou. Si on se réfère à de la suture stricte, peut-être n'est-ce pas suffisant. C'est là qu'il faut aussi retenir la malléabilité osseuse. Avec toutes les pressions dont je parlais, l'os peut se déformer à minima sous les fortes contraintes, et donner une sensation de mouvement.

Mais, je crois qu'il ne faut pas être unidirectionnel sur les explications. Je reprends la notion de modèle. Quand on met les mains sur un crâne, ça bouge, reste à savoir maintenant ce qui bouge vraiment, et comment ça bouge.

AB : Lesquelles restent libres alors ?

JVL : Ca peut être n'importe laquelle. Il suffit qu'une seule partie soit soudée pour que l'ensemble de la suture ne puisse bouger. Celle qui reste libre le plus longtemps, est la pariéto-squameuse, mais souvent une partie de cette suture est soudée.

AB : Est-ce que vous enseignez le MRP ?

JVL : Non, ce n'est pas moi qui fais le cours, mais je leur en parle en clinique sous une autre forme, que celle enseignée habituellement. Je fais référence à ce que je vous ai dit plus haut. Je leur dis que toute la mobilité se retrouve chez l'enfant, alors que chez l'adulte ce n'est pas la même chose. Je m'appuie sur ce que je viens de vous détailler.

AB : Comment vous l'appelez chez l'enfant ?

JVL : Relâchement neuro-fasciale, comme chez l'adulte avec les 3 paramètres : la profondeur des tissus, la direction et le temps ou sommation au moins une minute. C'est un étirement fascial qui s'appuie sur la neuro.

Mais la suture est capitale pour l'enfant, là c'est du concret, toutes les théories de mobilité sont exactes, les axes, les mouvements, les restrictions.

Quand ils font du MRP les praticiens font la même chose que moi en lui donnant une autre définition. On a les mains au même endroit mais l'un dira que c'est quelque chose et l'autre une autre. La sensation est la même, ça bouge, mais l'interprétation est différente ce qui fait qu'on n'abordera pas la technique de la même façon. Au final on se rejoint car ce qui compte est l'efficacité, le résultat.

Les étudiants auxquels je m'adresse, ne doivent et ne peuvent pas être perturbés par mes arguments, tout au moins, pas sous cette forme. Ce que je viens de vous dire est possible sous forme d'échange comme celui-là. Chacun d'entre eux peut le lire, et se faire sa propre opinion en cherchant, en recoupant, en confrontant.

La plupart des théories sont des hypothèses, alors tout reste ouvert. Pout toute l'approche neurologique, je m'appuie sur les travaux du Dr Amiel-Tison.

AB : Est-ce qu'on a évoqué tout ce qui vous semblait important ?

JVL : Oui dans les grandes lignes.

AB : Merci beaucoup pour cet entretien.

Annexe 3 : Lettre de consentement

Lettre de Consentement à la participation à un entretien.

Je, soussigné , accepte de participer à un entretien avec Agathe BEL, étudiante en ostéopathie, dans le cadre de son mémoire de fin d'études intitulé « Le MRP, de Sutherland à aujourd'hui ».

J'ai pris connaissance du fait que mon nom ainsi que des éléments de cet entretien seront cités dans la rédaction. La retranscription de l'entretien sera jointe en annexe du mémoire. Agathe BEL s'engage à m'en renvoyer un exemplaire et à en accepter les éventuelles modifications que je souhaiterais y apporter.

Fait à Le

Signature

TABLE DES MATIERES

Remerciements 4
Sommaire 5

Introduction 6

I. Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland 7

I. 1. Contexte historique 7
I. 2. Concept vu par Sutherland 11
A. La naissance de l' « idée folle » 11
Le « Don Quichotte » 11
Les expériences du Dr Sutherland 15
B. Les 5 composantes du MRP 18
C. Concept biodynamique 26
I. 3. Depuis Sutherland 30

II. Les Expériences sur le Mécanisme Respiratoire Primaire. 32

II. 1. Expériences décrites par John Upledger 33
II. 2. La mobilité des os du crâne 37
II. 3. Le liquide céphalo-rachidien 44
II. 4. La dure-mère 46
II. 5. L'interaction crânio-sacrée. 49
II. 6. La notion « primaire » du MRP 50
II. 7. Expériences globales sur le MRP 52
II. 8. Autres théories 54

III. Analyses et discussions 56

III. 1. Analyse de l'entretien de François Bel du 6 janvier 2014. 57
III. 2. Analyse de l'entretien avec Jacques Vigier Latour du 24 janvier 2014. 59
III. 3. Comparaison des deux entretiens 63
III. 4. Discussions 64

Conclusion 67

Références et Index 69

Table des Figures 69
Références Bibliographiques 70
Livres 70
Articles 72
Conférences 75
Sites Internet 76
Mémoires 76
Cours 76
Annexes 77
Annexe 1 : Retranscription entretien F. Bel du 6 janvier 2014. 77
Annexe 2 : Retranscription entretien J. Vigier Latour du 24 janvier 2014 92
Annexe 3 : Lettre de consentement 106
Table des Matières 107

Résumé 108

Résumé

L'ostéopathie crânienne est un sujet répandu dans le monde de l'ostéopathie, prenant sa source essentiellement de William Garner Sutherland.

L'objectif de ce mémoire était de reprendre la naissance et l'évolution du mécanisme respiratoire primaire, afin de comprendre le débat actuel sur ce concept crânien très controversé, et plus généralement sur l'ostéopathie crânienne.

Nous avons repris différentes expériences qui ont été faites sur ce sujet, validant ou non ce concept. Nous avons également présenté d'autres recherches, proposant des théories nouvelles comme les ondes de Traube-Hering-Mayer.

Afin d'avoir une vision nouvelle sur l'ostéopathie crânienne, nous nous sommes entretenus avec deux ostéopathes ayant deux approches très différentes, et notamment du champ crânien.

Ce travail est une synthèse des différentes conceptions concernant le crâne, proposant à l'ostéopathe un état des lieux des débats autour du MRP.

Mots clés : ostéopathie, ostéopathie crânienne, mécanisme respiratoire primaire, Sutherland, François Bel, Jacques Vigier Latour.

ABSTRACT

Cranial osteopathy is a well known subject in the osteopathic field. Its main origin is the work of William Garner Sutherland.

The aim of this thesis was to analyze the origins and the evolution of the Primary Respiratory Movement (PRM) in order to understand the current debate on this concept but also on cranial osteopathy, which is very controversial.

Our analysis is based on several experimentations led on this subject: some confirm the existence of the Primary Respiratory Movement, others deny it. We also presented studies which introduce new theories such as the Traube-Hering-Mayer's waves.

Furthermore, to get a contemporary point of view on cranial osteopathy, we planned interviews with two osteopaths. It brought a very interesting point to our work because they had a very different approach to cranial osteopathy.

Our work enabled us to have an overview of the cranial osteopathy concept and of the debates on MRP.

Key words: osteopathy, cranial osteopathy, Primary Respiratory Movement, Sutherland, François Bel, Jacques Vigier Latour.