

# OSTÉOPATHIE CRÂNIENNE

Cette partie de l'**ostéopathie** reste très controversée même au sein des ostéopathes.

Elle est aussi appelée **cranio-sacrée**. Selon son fondateur W.G. Sutherland il existerait un mouvement rythmique inhérent au corps. Bien qu'il puisse être ressenti sur tout le corps, sa palpation se fait surtout au niveau du **crâne** et du **sacrum**. Ce mouvement serait l'expression du MRP ou "**mouvement respiratoire primaire**" et représente notre vitalité. Des blocages au niveau d'os du **crâne** ou du **sacrum** altérerait ce mouvement, ce qui pourrait affecter notre posture et vitalité.

Sutherland pensait que le mouvement provenait de la fluctuation du liquide rachidien, il est évident à présent que cela est très peu probable.

Personnellement je pratique cette approche en cabinet mais reste réservé quant à son explication. Je dirais que l'on agit sur un système proprioceptif profond. Il se pourrait que le mouvement ressenti soit en fait induit par le thérapeute. Une sorte d'induction de mouvement idéomoteurs tout comme le ferait un radiesthésiste avec son pendule. Le thérapeute va donc émettre un mouvement qui va rentrer en contact avec les résistances tissulaires du patient. C'est alors un outils de diagnostic et thérapeutique. "Diagnostic": car les résistances à ce mouvement vont être indicateurs de tensions et résistances tissulaires et "thérapeutique" Avec ce mouvement "fluidique", très doux, l'ostéopathe va bercer les tensions tissulaires du patient.

Cette approche est une approche de choix sur les patients traumatisés (dans le sens physique/psychologique) car ces patients ont tendance à être très craintifs et appréhendent énormément au niveau tissulaire. En effet chez ces patients, au moindre mouvement brusque tous les tissus se contractent et la confiance physique-tissulaire est perdue temporairement, ainsi les techniques plus puissantes sont à proscrire car elles ont en fait l'effet inverse. Cette méthode plus douce permet de regagner une confiance tissulaire perdue avec son environnement.

Cette induction de mouvement du thérapeute (qui est communément appelé mouvement crânien) s'agrémente de principalement 3 sous-approches:

## **L'approche indirecte:**

L'intérêt de cette approche est que c'est une approche "indirecte". On "écoute" avec une palpation légère le corps du patient et on va dans le sens des tensions tissulaire. Cette écoute nous permet de ne pas rentrer en conflit avec les résistances tissulaires du patient. En suivant ces tensions, on arrive ainsi à un point d'équilibre tissulaire ("still point"). Comme le corps humain a besoin de tensions pour se visualiser proprioceptivement, il va donc se réorganiser pour recréer de nouvelles tensions différentes de celles qui existaient précédemment (phase appelée "release" ou relâchement).

Généralement après avoir atteint 3 à 5 “**still points**” et “**releases**” le thérapeute ressentira une amélioration du “mouvement crânien”. Cette amélioration se fait ressentir par une amplitude plus grande, un mouvement plus souple, un gain au niveau de la baisse de résistance des tissus à ce mouvement induit.

### **L'approche directe douce:**

A la rencontre d'une résistance tissulaire, le thérapeute va engager doucement la résistance. Si la résistance tissulaire augmente, alors le thérapeute diminuera la traction qu'il exerce et si la résistance se relâche alors le thérapeute augmentera sa traction (ou pression)

### **L'approche directe puissante:**

Le thérapeute exerce une pression ou traction ferme et constante et attend jusqu'à ce que les tissus se relâchent. Cela peut parfois prendre 2 à 3 minutes.

Cette écoute et approche partage beaucoup de similarité avec tout le système **fascial**. L'**ostéopathie crânienne** pourrait-elle être une approche **fasciale** spécifique du **crâne** et du rachis?

Lire aussi les fichiers suivants :

- **Ostéopathie structurelle ou musculo-squelettique**
- **Ostéopathie viscérale:**
- **Ostéopathie fasciale:**

\* Un fascia est une membrane fibro-élastique qui recouvre ou enveloppe une structure anatomique. Il est composé de tissu conjonctif très riche en fibres de collagène. Les fascias sont reliés entre eux et forment un réseau complexe reliant le sommet du crâne au bout des orteils, de la superficie à la profondeur.

Ils sont connus pour être des structures passives de transmission des contraintes générées par l'activité musculaire ou des forces extérieures au corps.

Il a également été montré qu'ils sont capables de se contracter et d'avoir une influence sur la dynamique musculaire et que leur innervation sensitive participait à la proprioception et à la nociception.