

LE LIEN MECANIQUE OSTEOPATHIQUE

Le lien Mécanique Ostéopathique (LMO) est une méthode de diagnostic et de traitement élaborée par Paul Chauffour dans les années 1970.

Les principes fondamentaux de cette approche ont été présentés dans un premier livre :

« *Le Lien Mécanique Ostéopathique, substrat anatomique de l'homéostasie* », Paul Chauffour, Jean Marie Guillot, Editions Maloine, 1985.

A partir de cette étape initiale, Paul Chauffour et Éric Prat ont travaillé ensemble à l'évolution et à l'enseignement de la méthode. Leurs recherches ont permis la découverte de nouveaux champs d'application en ostéopathie (lignes de force intra-osseuses, diastasis articulaire, artères, etc.) et les résultats de leurs travaux rencontrent actuellement un intérêt grandissant dans la communauté ostéopathique internationale. Plusieurs ouvrages de référence ont déjà été publiés à ce sujet :

« *Le Lien Mécanique Ostéopathique, théorie et pratique* », Paul Chauffour, Éric Prat, Editions Sully 2003,

« *Le Lien Mécanique Ostéopathique : artères et système neuro-végétatif* », Paul Chauffour, Éric Prat, Jacques Michaud, Editions Sully 2009

« *Le Lien Mécanique Ostéopathique : lésion ostéopathique de l'os* », Paul Chauffour, Éric Prat, Jacques Michaud, Editions Sully 2012.

Ce nouveau livre, dans la continuité des précédents, présente le concept du LMO appliqué au système nerveux.

La méthode du LMO est à la fois **traditionnelle** et **moderne** :

- Traditionnelle, car s'appuyant résolument sur les concepts fondamentaux de l'ostéopathie stillienne : « la structure gouverne la fonction », « cherchez la cause, traitez la et laissez faire », « la règle de l'artère est absolue », « la liberté du système nerveux », etc.
- Moderne, car proposant des techniques innovantes et abordant des domaines peu ou pas connus en ostéopathie classique.

Comme toute médecine systémique, le LMO considère l'être humain comme un ensemble d'unités fonctionnelles interdépendantes et indissociables. Nous accordons de fait toute son importance au thème du **lien mécanique** – lien fascial, lien fluidique et lien neurologique –

La méthode du LMO repose sur **trois concepts essentiels** – théorie – et **trois techniques originales** – application pratique de la théorie –.

1) le concept de la lésion totale

La lésion totale est ici comprise comme l'ensemble des lésions ostéopathiques que présente un sujet.

Cette lésion totale, plus que la simple somme des lésions, révèle de façon palpable toute l'histoire passée, présente et à venir du patient, une histoire inscrite dans les tissus du corps et dont la symptomatologie, consciente ou non, exprimée ou non, dépend.

Nous employons volontairement le terme précis de **lésion ostéopathique** plutôt que celui conventionnel de dysfonction somatique.

Pour nous, la lésion ostéopathique est une réalité anatomo-pathologique, à savoir une altération du tissu conjonctif s'installant selon le processus d'une cicatrice (inflammation, fibrose, sclérose). Le tissu conjonctif lésé perd son élasticité, ce qui peut éventuellement entraîner un certain nombre de dysfonctions (restriction de mobilité, douleur, troubles divers) localement ou à distance. Mais il ne faut pas pour autant confondre lésion ostéopathique, la cause, et dysfonction somatique, la conséquence. Comme le feu donne de la fumée, l'altération de la structure engendre des dysfonctions somatiques. En cas d'incendie, c'est le feu qu'il faut éteindre, et non pas la fumée. Dans une démarche ostéopathique étiologique, c'est donc la lésion tissulaire qu'il faut rechercher et traiter, et non pas la dysfonction somatique. Pour diagnostiquer manuellement la fixation tissulaire qui caractérise la lésion ostéopathique, nous avons élaboré une technique particulière :

- ***Le test de mise en tension.***

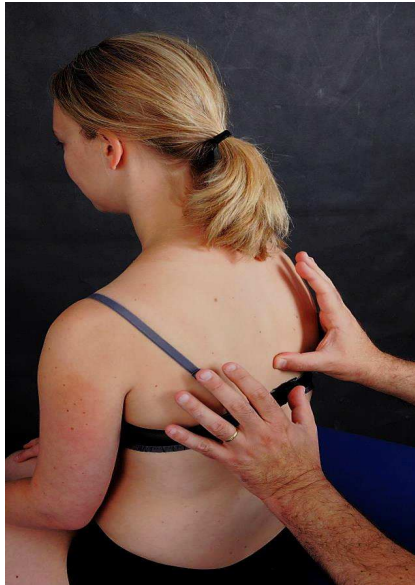
La mise en tension est un geste ostéopathique destiné à apprécier l'élasticité tissulaire d'un segment corporel donné.

Les tests de mise en tension s'effectuent soit en pression, soit en traction, afin d'évaluer l'état de tensesgrité de toutes structures conjonctives du corps humain, des plus denses aux plus fluides: os, articulations, enveloppes viscérales, gaines nerveuses, vaisseaux sanguins, etc.

Le test de mise en tension un geste doux, non invasif, qui permet le diagnostic rapide des lésions ostéopathiques, quelle que soit leur localisation.

Avec le test de mise en tension, nous avons immédiatement sous la main deux réponses possibles :

- la souplesse et l'élasticité des tissus qui témoignent d'une structure libre (test négatif).
- la résistance nette et marquée des tissus qui signe la lésion ostéopathique (test positif).



Test de mise en tension d'un segment vertébral par pression dans l'axe de l'épineuse.

Les tests de mise en tension sont objectifs, fiables, précis et reproductibles.*

** Reliabilitätsstudie über die Befunderhebung der Wirbelsäule nach der Methode der Lien Mécanique Ostéopathique, Claudia Hafen-Bardella, Ostéopathe M Sc DO
Master Thesis zur Erlangung des Grade "Master of Science" in Osteopathie an der Donau Universität Krems – Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin, Burgdorf, November 2009.*

Avec ces tests de mise en tension nous évaluons systématiquement le patient à travers 8 unités fonctionnelles. En pratique et dans l'ordre de l'examen, nous considérons ainsi :

- **l'axe occipito-vertébro-pelvien**
- **le thorax**
- **le périphérique articulaire**
- **les lignes de force intra-osseuses et les diastasis articulaires**
- **La tête osseuse**
- **le viscéral**
- **le système vasculaire**
- **le système nerveux et le derme**

Cinq de ces unités correspondent aux domaines classiques de l'ostéopathie : rachis, thorax, membres, crâne et viscéral. Les trois autres unités sont des réseaux parcourant et reliant ces cinq territoires anatomiques : les lignes de force intra-osseuses, les artères et les nerfs.

Chacune de ces huit unités fonctionnelles est évaluée selon un protocole très codifié de tests appelés **les tests de base**. C'est l'examen systématique et incontournable de notre patient à chaque consultation.

Si nécessaire, en fonction de la symptomatologie ou des choix d'investigation du

praticien, ce bilan ostéopathique de base peut être complété par des tests dits optionnels.

Dans tous les cas, l'ensemble des lésions ostéopathiques trouvées lors de l'examen général (tests de base et éventuellement tests optionnels) aboutira au diagnostic clair et précis de la lésion totale du patient.

- *Examen systématique des 8 unités fonctionnelles avec les tests de mise en tension*
- *Diagnostic de la lésion totale*

• le concept de la lésion primaire

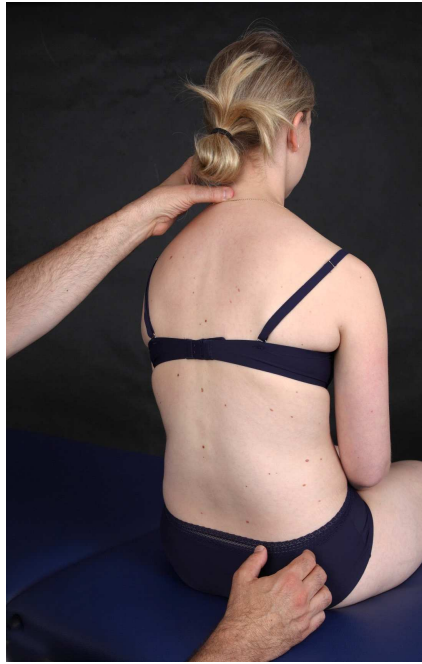
C'est la lésion ostéopathique la plus marquée que présente le patient au moment de l'examen.

Toutes les lésions ostéopathiques d'un même sujet n'ont pas la même histoire ni la même incidence clinique. Le terme de lésion primaire a pour nous une définition précise et concrète. Ce n'est pas forcément la plus ancienne (lésion première) ou la plus manifeste (lésion symptomatique) mais celle qui, comparativement aux autres lésions, montre le plus fort degré de résistance tissulaire. Cette lésion primaire constitue le principal verrou de la lésion totale et sera bien sûr à traiter en priorité afin de libérer efficacement toutes les lésions secondaires qui en dépendent. En pratique, il faut donc pouvoir hiérarchiser entre elles toutes les fixations identifiées par les tests de base de l'examen général. Les lésions ostéopathiques seront alors classées en secondaires, dominantes (la plus forte restriction d'une unité fonctionnelle) et primaire (la plus forte restriction de toutes les unités fonctionnelles). Pour permettre ce diagnostic différentiel des lésions ostéopathiques, nous utilisons une autre technique intéressante et caractéristique de la méthode du LMO :

• *Le test en balance inhibitrice.*

Le test en balance inhibitrice consiste à comparer deux lésions ostéopathiques afin de définir laquelle des deux se révèle la plus importante.

Pour ce faire, le praticien effectue une mise en tension simultanée de deux fixations. Il se produit alors un phénomène curieux: une des deux lésions se relâche sous la main tandis que, inversement, l'autre résiste. Ce réflexe inhibiteur est un mécanisme physiologique constant et reproductible, même si son explication scientifique reste à mettre en évidence. La réponse au test est toujours claire et immédiate, même si, comme toute technique ostéopathique, cela demande un peu de doigté et d'expérience. Le test en balance inhibitrice s'applique sans exception sur toutes les structures du corps. Il est ainsi possible de comparer entre elles deux lésions vertébrales, mais aussi une lésion vertébrale avec une lésion viscérale, une lésion crânienne avec une lésion neurale, etc.



Exemple de test en balance inhibitrice entre C7 et l'ilium droit.
La lésion qui se relâche est considérée comme secondaire, celle qui reste comme dominante.

Au sein de chacune des huit unités fonctionnelles examinées, le test en balance inhibitrice permet, par élimination successives des lésions secondaires (celles qui se relâchent), de déterminer la lésion dominante (celle qui reste). Nous arrivons ainsi à déterminer la lésion dominante de chaque unité vertébrale, thoracique, périphérique, crânienne, viscérale, etc.

La dernière étape de l'examen consiste ensuite à mettre en balance entre elles ces lésions dominantes pour aboutir, selon le même procédé sélectif d'élimination des fixations qui cèdent, au diagnostic de « la dominante des dominantes »: *la lésion primaire*.

- *Hierarchisation des lésions ostéopathiques par le test en balance inhibitrice*
- *Diagnostic différentiel des lésions secondaires, dominantes et de la lésion primaire*

3) le concept du traitement spécifique

Le LMO permet de répondre à plusieurs questions importantes concernant le déroulement du traitement ostéopathique. Comment faire ? Où commencer, comment continuer et quand arrêter un traitement ostéopathique ?

Ce sont les questions que se posent tous les ostéopathes consciencieux pour sortir de la routine limitée des protocoles de traitement ou éviter les égarements possibles de la seule intuition.

- **Question 1 : comment corriger une lésion ostéopathique ?**
- **Réponse : par la technique recoil**

Il existe une grande variété de techniques d'ajustement, en ostéopathie, chacune avec leurs avantages, leurs inconvénients et leurs contre-indications.

Pour notre part, nous avons développé une technique originale, très caractéristique de notre approche :

- ***Le recoil.***

Le mot recoil vient de l'anglais *recoil* [re-koyl'] signifiant rebond, retrait rapide. La technique du recoil est mal connue et le terme ne figure même pas au *Glossary of osteopathic terminology*, la nomenclature officielle de l'*American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM)* qui définit toutes les techniques ostéopathiques.

Nous savons qu'A.T. Still utilisait parfois une technique dont la description correspondrait au recoil. La référence qui l'atteste provient des archives du Journal de l'école de Kirksville dirigé par Hildreth et l'histoire a été relatée par Steve Paulus DO (USA) dans sa préface du « *Lien Mécanique Ostéopathique, artères et système neuro-végétatif* ». Le recoil fait donc légitimement partie de l'héritage transmis par le fondateur de l'ostéopathie, une technique mineure reprise occasionnellement par quelques successeurs (A. Becker, R. Miller) mais finalement tombée dans l'oubli. De son côté, le recoil que Paul Chauffour a développé dans les années 1977-1979 est au départ une adaptation du *toggle-recoil* des chiropracteurs et du thrust des ostéopathes. Paul Chauffour et Éric Prat ont ensuite fait évoluer cette technique d'une façon originale. Actuellement, de nombreux ostéopathes formés au LMO utilisent régulièrement, souvent de façon exclusive, le recoil. Un succès qui se confirme depuis plus de 30 ans.

On peut décrire le recoil comme une technique balistique en circuit ouvert avec trois étapes.

1) La mise en tension.

C'est la mise en place de la correction. Le praticien se positionne sur la structure à traiter en cherchant la barrière tissulaire préalablement diagnostiquée par le test de mise en tension. La pression exercée doit s'adapter à la résistance des tissus, de légère (quelques dizaine de grammes) à modérée (quelques centaines de grammes). Lorsque la lésion ostéopathique entraîne une altération positionnelle (subluxation articulaire, ptose viscérale), le contact doit suffisamment ferme pour bien réduire le déplacement de la structure concernée. Dans tous les cas, il faut focaliser avec exactitude et précision le point de tension maximale et rester dessus (sans aller au-delà). Ce point d'équilibre statique entre la mise en tension de l'opérateur et la résistance des tissus (notion de *fulcrum*) peut générer sous la main la perception d'un point d'équilibre dynamique (notion de champ flottant ou *stillpoint*).

2) L'impulsion.

C'est la phase active de la correction. Le praticien exerce une vive mais très courte impulsion dans le sens de la correction, contre la résistance maximale des tissus. Le geste est doux (amplitude et force de la poussée quasi nulles) mais nécessite une

grande vitesse d'exécution (notion d'énergie cinétique $E=1/2 mv^2$).

- Le retrait.

C'est la phase passive de la correction. Lorsque le praticien exécute un recoil, on voit un mouvement de recul des mains du praticien. Ce retrait a pour objectif de lâcher la structure pour valoriser la vibration induite par le geste. En aucun cas, comme on pourrait le penser, il ne s'agit de faire rebondir la structure.

On peut dire que ces trois étapes du recoil appliquent à la lettre l'aphorisme de Still : *Find it* (mise en tension), *fix it* (impulsion) *and leave it alone* (retrait).

Le recoil est une technique ostéopathique parfaite pour de nombreuses raisons.

Efficacité.

La normalisation de la correction est immédiate, ressentie de suite par le patient et vérifiable par le test de mise en tension qui devient négatif. Le résultat est durable dans le temps, sous réserve bien sûr que le diagnostic de la lésion à traiter était juste.

Simplicité.

Comme nous l'avons décrit plus haut, le geste est simple et logique, dans la continuité du test de mise en tension. La technique peut s'utiliser en dehors du cabinet (domicile, terrain de sport) sans nécessité de matériel spécial.

Rapidité.

Le recoil permet de corriger très vite n'importe quelle lésion ostéopathique. Grâce à cette rapidité d'intervention, le traitement en lui-même prend moins de 10% du temps de consultation et l'essentiel de notre pratique reste consacrée à l'examen ostéopathique.

Sécurité.

Comme il n'y a aucune manipulation forcée ni même de mobilisation du patient, le geste garantit une sécurité optimale. De ce fait, nous n'avons pas toutes les contre-indications habituelles du traitement ostéopathique : cas aigus, patients fragiles, femmes enceintes, structures dites à risque (vertèbres cervicales, crâne du nouveau-né), suites de traumatisme ou chirurgie, etc.

Confort.

Les patients apprécient grandement le recoil et n'ont aucune appréhension à se faire traiter ainsi. C'est aussi une technique agréable et non fatigante pour le praticien.

Le recoil agit certainement au niveau des mécanorécepteurs qui entretiennent la fixation des tissus. Ces mécanorécepteurs sont sensibles à tous les paramètres induits par le recoil. Les corpuscules de Ruffini répondent à la pression et ceux de Golgi à la mise en tension (premier temps du recoil). Les corpuscules de Paccini réagissent eux à l'accélération (deuxième temps du recoil) et la décélération (troisième temps du recoil) du geste.

Le recoil s'applique sans restriction à toutes les structures du corps humain: os et articulations, viscères, artères, nerfs, etc. Il est applicable au nouveau-né comme à la personne très âgée. On peut aussi avec les mêmes résultats traiter les animaux. C'est une technique universelle que l'ostéopathe peut utiliser de façon exclusive ou en complément de sa caisse à outils habituelle.

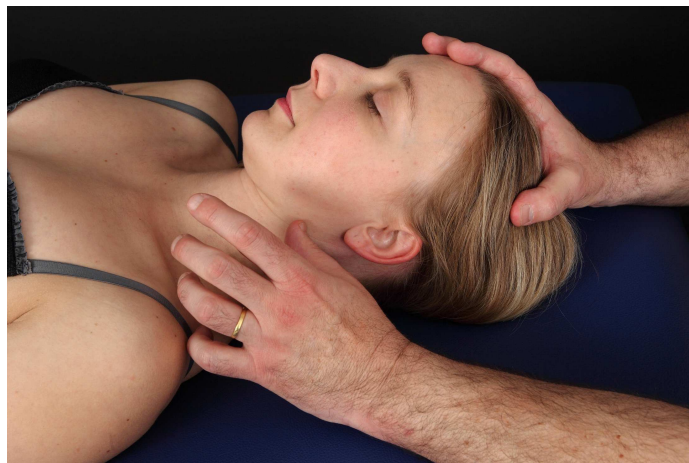
Le recoil s'avère finalement une technique ostéopathique idéale puisque combinant la correction structurelle (action mécanique) et la normalisation fonctionnelle (action neurologique) de la lésion ostéopathique. C'est une technique qui peut réconcilier des

praticiens issus d'horizons différents, un retour à l'ostéopathie stillienne où l'opposition entre structurel et fonctionnel n'a plus lieu d'être.

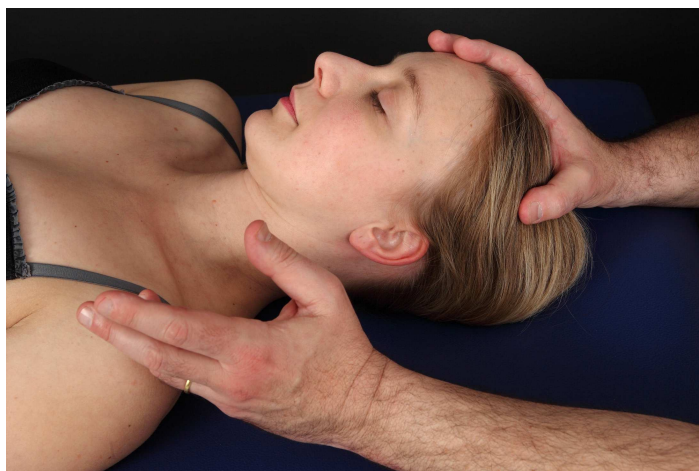
Exemple : recoil appliqué sur nerf vague à sa sortie du crâne



Mise en tension par traction sur le nerf



Impulsion dirigée vers le bas, dans le sens de la correction



Retrait des mains avec relâchement de la structure

- **Question 2 : où commencer le traitement ?**
- **Réponse : par l'ajustement de la lésion primaire.**

En corrigeant d'abord la lésion primaire, la plus forte restriction tissulaire présente, nous constatons que, immédiatement, un grand nombre de lésions secondaires se normalisent d'elles-mêmes. C'est là bien sûr tout l'intérêt d'avoir consacré du temps à un diagnostic hiérarchisé puisque, avec un seul ajustement et donc une grande économie de moyens, nous obtenons la libération de nombreuses lésions secondaires. L'ostéopathe procède ainsi avec le minimum nécessaire plutôt que le maximum supportable, ce qui constitue en pratique un réel gain de temps et d'efficacité.

- **Question 3 : comment continuer le traitement ostéopathique ?**
- **Réponse : en considérant les lésions ostéopathiques qui restent après l'ajustement de la lésion primaire**

Le traitement spécifique de la lésion primaire normalise à distance un grand nombre de lésions secondaires.

Cependant, il persiste souvent quelques fixations qui n'ont pas lâché car dépendantes d'une autre chaîne lésionnelle. A ce stade, la lésion totale n'est pas encore entièrement traitée. L'ostéopathe doit donc vérifier quelles sont les lésions encore présentes puis les mettre en balance pour faire ressortir la nouvelle dominante du schéma lésionnel persistant. Cette lésion dominante sera alors ajustée à son tour avec un recoil. Après cette deuxième correction, le praticien verra s'il reste encore quelques fixations à prendre en compte. Il agira comme précédemment : hiérarchisation et traitement par recoil de la dominante qui reste.

- **Question 4 : quand arrêter le traitement ostéopathique ?**
- **Réponse : quand toutes les lésions ostéopathiques du patient ont été, directement ou indirectement, corrigées.**

Lorsqu'il ne reste plus aucune fixation, la lésion totale est considérée comme normalisée ce qui termine en principe le traitement ostéopathique.

Il est aussi possible, si la plainte du patient n'a pas déjà été incluse dans la lésion totale, de finir la séance par un ajustement symptomatique toutes les restrictions mineures en relation avec le motif de consultation.

Avec le LMO, le traitement spécifique découle ainsi logiquement du diagnostic ostéopathique établi par les tests et non pas d'un choix basé sur le diagnostic médical, l'interrogatoire du patient ou une décision arbitraire du thérapeute.

Exemple de traitement d'un patient consultant pour une sciatique droite après examen général et hiérarchisation des lésions ostéopathiques trouvées :

- nerf vague gauche (lésion primaire),
- dent 23 et angle colique droit (lésions dominantes),
- lésion discale L5-S1, diastasis sacro-iliaque droit et filum terminale (lésions symptomatiques).

- *Traitement spécifique des lésions primaire et dominantes par technique recoil*
- *Normalisation de la lésion totale*

Le LMO respecte à la fois les concepts de la médecine ostéopathique et ceux de la pensée systémique : penser globalement (examen général), agir localement (traitement spécifique).

L'ostéopathie est une médecine merveilleuse mais aussi difficile et exigeante. Pour que le traitement soit efficace, il faut d'abord un diagnostic juste. Face à la problématique particulière et souvent complexe de chaque patient, au-delà de la technique et des connaissances du praticien, c'est *in fine* la méthode qui fera la différence. Dans ce sens, une démarche ostéopathique claire, logique et rigoureuse telle que proposée par le LMO permet assurément d'obtenir de meilleurs résultats cliniques.

