

Rencontre avec Françoise Moneyron (été 2014)

Tout a commencé par une lettre de Françoise qui venait de lire, sur notre site Internet, un article à propos des techniques tendineuses de "décordage".

Dans ce courrier, elle émettait quelques critiques sur l'historique, la technique et l'analyse de cette technique thérapeutique mise au point par son père Jean MONEYRON à Ambert dans le Puy de Dôme.

Dès réception de sa lettre nous avons pris contact avec elle afin de rédiger une approche de la Méthode Moneyron plus proche de la réalité, heureuse initiative car nous partions pour mise au point et avons très vite rencontré une amie...

Un mot tout d'abord sur Françoise qui exerce l'originale profession d'infirmière-ostéopathe à plein temps avec deux vies, le matin infirmière rurale dans les vallées du Livradois-Forez et tous les après-midi consultation de patients tout-venant amenés par des douleurs ou des limitations articulaires.

Jean Moneyron, fils du pharmacien d'Ambert et ensuite pharmacien lui-même ne rêvait que de chevaux et de "reboutement", donc très vite son exercice en officine se prolongea dans l'arrière-boutique par l'examen d'une cheville ou d'une épaule...

Face à un patient qui souffre il est difficile de ne rien tenter, il laissa donc parler ses mains au grand bénéfice de ces premiers patients.

Epaulé par la sœur Gérard de La Mongie, il prit confiance en son don et codifia bientôt son geste thérapeutique.

Afin d'éviter définitivement les poursuites pour exercice illégal il reprit ses études et devint kinésithérapeute... il put enfin "toucher" légalement ses patients ...

Comme le dit sa fille, il passa du statut de maquignon-pharmacien-rebouteux à celui de pharmacien-kinésithérapeute.

Consultation à Ambert

Nous avons assisté à différentes consultations et, pour finir, sommes passés entre ses mains pour mieux ressentir son travail.

Ce qui déroute le plus au premier abord, c'est la "standardisation" de son geste qui va se répéter de patients en patients, en effet Françoise parcourt un trajet immuable depuis les scalènes antérieurs jusqu'aux extenseurs des hallux en insistant cependant sur certaines zones plus touchées.

Chaque zone traitée est "écoutée", palpée, interrogée, au niveau de la peau, du tissu sous-cutané, du muscle et du tendon et enfin du squelette ou de l'articulation.

Le geste libérateur est une mise en tension tendineuse, ligamentaire ou aponévrotique suivi d'un glissement transversal destiné à ébranler le tendon comme une corde de contrebasse ; l'appui de décordage se fait avec la pulpe de l'index ou du medius, il est bref et énergique, accompagné d'une rotation immédiatement suivi d'une palpation destinée à contrôler son efficacité.

Au moment du décordage elle dit qu'elle "informe le tendon", ce qui traduit bien le message proprioceptif délivré à ce tendon.

Deuxième surprise le patient est examiné debout et reste habillé, debout car elle palpe mieux les tendons en tension (chaînes posturales en tension) et peau sous le vêtement léger ou une serviette pour mieux saisir le tendon et éviter le glissement sur la peau du patient.

Nous allons maintenant survoler ce trajet, cette "cartographie du conjonctif":

- les deux **scalènes antérieurs** (scalenus anterior) tout commence au niveau des tendons inférieurs de ces muscles, c'est le temps ressenti le plus désagréablement par le patient car la phase tension-décordage à ce niveau comprime le plexus brachial et plus particulièrement les fibres des territoires ulnaire et médian. On ressent alors (et nous l'avons très bien ressentie...) une décharge électrique depuis le point de compression jusqu'aux phalangettes ; la sensation associe une légère douleur traçante et l'impression d'un écoulement froid (voies thermo-algésiques probablement ?).
- les chefs antérieurs des **deltoides** (deltoideus),
- les **épineuses cervicales** et plus particulièrement **C2**,
- le tendon inférieur du **biceps brachial** (biceps brachii),
- au niveau du poignet, passage global transversal sur les fléchisseurs au niveau du fascia antébrachial :
 - . **fléchisseurs radial et ulnaire du carpe** (flexor carpi radialis et ulnaris),
 - . **fléchisseur superficiel des doigts** (flexor digitorum superficialis)
 - . **long palmaire** (palmaris longus) et **brachio-radial** (brachioradialis),
- **extenseurs des doigts** et **extenseur de l'index** (extensor digitorum et indicis) au niveau du dos du carpe,
- **extenseurs radiaux et ulnaire du carpe** (extensor carpi radialis longus et brevis et extensor carpi ulnaris au niveau des 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} métatarsiens,
- **adducteur du pouce** (adductor pollicis) à la base de P1+sésamoïde,
long abducteur du pouce (abductor pollicis longus) sur la base de M1,
court extenseur du pouce (extensor pollicis brevis) à la base de P1)
et **long extenseur du pouce** (extensor pollicis longus) sur la base de P2,
- les **épineuses dorsales moyennes de T3 à T8** approximativement,
- les **épineuses lombaires basses** et surtout **L5**,
- les **épinos iliaques postéro-supérieures** (aponévrose ilio-lombo-costale),
- le **long adducteur** (adductor longus) et le **gracile** (gracilis) sur leur tendon proximal sous la branche pubienne,
- au niveau du genou, travail sur les **tendons de la patte d'oie** (pes anserinus) : **sartorius**, **gracile** (gracilis) et **semi-tendineux** (semitendinosus), puis **gastrocnémien chef latéral** (gastrocnemius),
- sur l'extrémité inférieure de jambe, décordage descendant sur: le **tibial postérieur** (tibialis posterior) en rétro-malléolaire médial, **long et court fibulaires** (fibularis longus et fibularis brevis) en rétro-malléolaire latéral,
- enfin le pied pour parachever ce voyage tendineux et plus particulièrement :les tendons du **tibial antérieur** (tibialis anterior), du long extenseur des orteils (extensor digitorum longus) et du long extenseur de l'hallux (extensor hallucis longus) en dessous du rétinaculum des extenseurs et sur la phalange de l'hallux, accessoirement les tendons du **long fléchisseur des orteils** (flexor digitorum longus) en les "crochetant sous les orteils.

Tout ce travail est réalisé d'un trait et de façon relativement symétrique, dans l'ordre de la description que nous venons de voir.

Le geste lui-même :

Le but est de mettre le tendon en vibration et on peut décomposer le mouvement en quatre temps :

- palpation du tendon lui-même, de son environnement, ce premier temps permet souvent de constater une asymétrie entre les tendons droits et gauches sans toutefois parler d'examen comparatif,
- mise en tension de la corde tendineuse par un appui direct sur celle-ci qui recrute et fixe les tissus mous et "allonge" le tendon en l'éloignant de son point d'insertion,
- appui sur le tendon que l'on comprime sur le socle osseux sous-jacent et translation perpendiculaire sèche, associée à une composante de rotation de l'axe de ce tendon, qui le déplace transversalement "en corde de contrebasse", avec un petit claquement bref lorsque l'appui saute l'obstacle après perte d'adhérence,
- enfin palpation de contrôle destiné à apprécier la détente obtenue après le geste, effleurement ou caresse ramenant le calme après l'orage proprioceptif...le geste pouvant être répété si le premier passage n'a pas permis d'obtenir l'effet souhaité.

Pour les épineuses, toujours les mêmes quatre temps mais l'appui et le geste d'ébranlement se font avec l'articulation inter-phalangienne proximale de l'index, qui glisse sur la face latérale de l'épineuse en recrutant les tissus mous vers le haut, se fixe au niveau du ligament inter-épineux sus-jacent et applique une translation brève et sèche vers le côté opposé.

Au niveau des épines iliaques, recrutement vers le haut simplement des tissus mous et appui sur l'aponévrose ilio-thoraco-lombale.

Réflexion sur le mode d'action

Une seule structure histologique se retrouve au niveau des tendons, des ligaments et des aponévroses : l'Organe Tendineux de Golgi, base de l'information proprioceptive tout comme le Fuseau Neuro-Musculaire.

Chacun des sites de la cartographie Moneyron va fournir des informations neurologiques complexes :

- OTG et FNM pour le muscle strié squelettique,
- Capteurs capsulo-ligamentaires proches,
- Capteurs cutanés et sous-cutanés et terminaisons libres d'alarme nociceptives.

Critique de la Méthode Moneyron

Nous prenons bien sûr ici le mot critique au sens d'analyse objective d'une oeuvre. La première surprise fut de constater la brièveté de l'examen clinique initial, Françoise ne s'attachant qu'au motif de consultation, avec un minimum d'anamnèse. Seconde surprise, le geste de palpation se fait sur un patient debout et qui garde ses vêtements.

Enfin, troisième étonnement, le déroulement de la consultation est schématiquement toujours le même, avec un "itinéraire" gestuel qui suit la cartographie des points décrits plus haut.

1° L'anamnèse ne va pas modifier le geste thérapeutique, qui demeure inoffensif, et ne menace pas les structures anatomiques plus ou moins fragiles ou remaniées du patient. Ici l'interrogatoire recherche surtout le facteur déclenchant, le mode de vie du patient et sa souffrance globale physique ou psychique.

2° Il semble que cette méthode s'attache en grande partie à traiter des tendons ou structures appartenant au système postural : C2, aponévrose lombaire, tibial antérieur, adducteurs etc... La palpation est probablement plus riche sur un muscle "en charge" tonique.

Par ailleurs, il est souvent assez difficile de bien saisir le tendon et le contact direct, immédiat du doigt sur la peau peut apparaître "glissant", le contact au travers d'une chemise ou d'une serviette fine permet une prise plus efficace en améliorant l'adhérence. Nous avons même tenté une contre expérience en travaillant directement sur une peau huilée et le geste devient alors irréalisable.

3° L'itinéraire immuable du trajet thérapeutique devient logique si on l'analyse comme une "réinitialisation" des chaînes posturales perturbées. La vibration tendineuse provoquée par le geste Moneyron agit au minimum à deux niveaux :

- sur les fuseaux neuro-musculaires tout comme le marteau à réflexes, informant donc la boucle médullaire courte du réflexe myotatique,
- sur les organes tendineux de Golgi qui analysent la tension tendineuses et le mouvement articulaire

La vibration tendineuse apporte donc une information proprioceptive qui permet de rapprocher cette technique de nos autres gestes habituels : manipulations, Jones, Mitchel, glissé articulaire etc...

En faveur de cette explication proprioceptive et de son effet sur le système postural nous avons utilisé notre Test d'Inhibition Motrice (TIM, Revue de Médecine Manuelle-Ostéopathie n°25, décembre 2008) sur les patients avant et après traitement "Moneyron", et à chaque fois le TIM s'est normalisé après stimulation tendineuse globale...

Au total, la méthode Moneyron doit être considérée comme une stimulation des voies proprioceptives destinées au cervelet (voies spino-cérébelleuses), ce dernier a une action inhibitrice puissante sur le tronc cérébral en agissant directement sur les formations réticulaires. Ces structures complexes modulent notamment le tonus des muscles striés squelettiques.

Il n'est donc pas illogique de penser qu'une stimulation "orientée" des muscles posturaux (muscles axiaux, muscles des racines des membres et muscles extenseurs antigravitaires) puisse réinitialiser une tension adaptée au niveau des chaînes ostéo-musculaires impliquées dans notre bipédie exclusive...

De nombreux points restent cependant à élucider :

Pourquoi ne pas stimuler les achilléen, les tricipitaux ou d'autres tendons accessibles?

Combien de temps cette reprogrammation va-t-elle "tenir" ?

Faut-il répéter ce geste dans le temps ?

En conclusion

Inoffensif

Assez accessible

Simple mais réclamant un doigté

On peut enfin se référer au livre d'Anne Moneyron, la sœur de Françoise, Docteur en Sciences de l'Éducation : LA METHODE MONEYRON, Editions L'HARMATAN, ouvrage collectif passionnant pour sa parti