



Mains Expertes

Manuel

MYOFASCIAL EFFICACE



**PRODUIT
RECOMMANDÉ**

**Dr. Stefano Pasquali
Dr. Marco Aruffo**

www.MainsExpertes.com

TABLE DES MATIERES

Introduction	6
Complexe Myofascial	9
Champs D'application	14
Douleur Myofascial.....	14
Principes De Traitement	19
Classification	19
Mobilisations Des Articulations	20
Functional Release	22
Traitement Myofascial	22
Traitement Des Points Trigger	23
Contre-Indications	25
Contre-Indications Absolues.....	25
Contre-Indications Relatives.....	26
Fiches Techniques Articulation Temporo-Mandibulaire	27
L'anatomie Fonctionnelle Palpatoire.....	27
Muscle Masséter.....	27
Muscle Temporal	28
Mobilisations Articulaires	28
Points Trigger.....	29
Technique Myofasciale	29
Region Cervicale	31
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle	31
Muscle Sterno-Cléido-Mastoïdien.....	32
Muscles Scalènes (Antérieur, Moyen, Postérieur).....	32
Muscle Trapeze	32
Muscles Sous-Occipitaux	33
Techniques De Mobilisation Des Articulations.....	33
Technique De Points Trigger	33
Techniques Myofasciales	35
Muscle Angulaire De L'omoplate.....	35
Muscles Scalenes	35
Trapeze	36
Sterno-Cleido-Mastoïdien.....	36
Region Dorsale	37
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	37
Muscles Para-Vertébraux.....	38
Techniques De Mobilisation Des Articulations	38
Rachis Dorsal.....	39
Techniques Points Trigger.....	40
Technique Myofasciale	40
Region Lombaire Et Sacro-Iliaque	41
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	41
Sacro-Iliaque	42
Grand Muscle Psoas.....	42
Techniques De Mobilisation Des Articulations	42
Sacro-Iliaque	43
Techniques Points Trigger.....	44
Grand Muscle Psoas.....	44

Muscle Iliaque	44
Muscles Paravertebraux	45
Muscle Carre Des Lombes.....	45
Muscle Carre Des Lombes - Variation.....	45
Techniques Myofasciales	45
Muscle Iliaque	46
Muscles Paravertebraux	46
Muscle Carre Des Lombes.....	46
Ceinture Scapulo-Humérale	47
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	47
Omoplate	47
Clavicule.....	48
Humerus.....	48
Muscle Deltoide.....	49
Muscle Trapeze Superieur	49
Muscle Grand Pectoral	49
Muscle Infra-Épineux.....	50
Muscle Subclavier	50
Muscle Subscapulaire	50
Techniques De Mobilisation Des Articulations	51
Scapulo-Humérale.....	51
Scapulo-Thoracique	51
Acromio-Claviculaire.....	52
Sterno-Claviculaire.....	53
Techniques Points Trigger.....	53
Techniques Myofasciales	54
Coude	56
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	56
Epicondyle	56
Epitrochlee	56
Olecrane.....	57
Tete Radiale	57
Muscle Brachioradial	57
Muscle Extenseur Radial Du Carpe	58
Muscles Flechisseurs.....	58
Techniques De Mobilisation Des Articulations	59
Mobilisation Générale	59
Mobilisation De La Tete Radiale	59
Techniques Points Trigger.....	59
Techniques Myofasciales	60
Poignet Et Main	61
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle	61
Styloide Radial	61
Styloide Ulnaire.....	62
Base Du Premier Rayon.....	62
Eminence Thenar	62
Muscle Court Abducteur Du Pouce	63
Techniques De Mobilisation Des Articulations	63
Radiocarpienne	63
Articulations Et Ligament Transverse Du Carpe	63
Trapeze-Metacarpienne.....	64
Techniques Points Trigger	64

Eminence Thenar	64
Techniques Myofasciales	64
Technique Non-Specifique Du Poignet Et De La Main	65
Region Pelvienne Et De La Hanche	66
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	66
Crêtes Iliques	66
Eiai	66
Pubis.....	67
Grand Trochanter.....	67
Muscle Tenseur Du Fascia Lata.....	67
Muscle Piriforme	68
Techniques De Mobilisation Des Articulations	68
Techniques Points Trigger.....	69
Membrane Obturatrice Sur Le Dos.....	70
Membrane Obturatrice Sur Le Ventre	71
Techniques Myofasciales	71
Ligament Sacro-Tuberal	72
Ligament Sacro-Coccygien	72
Region Genou	73
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle.....	73
Rotule.....	73
Apophyse Tibiale Antérieure.....	73
Tete De La Fibula	74
Tendon Rotulien.....	74
Muscle Droit Femoral	74
Muscle Vaste Medial	75
Muscles Semi-Tendineux Et Semi-Membraneux	75
Techniques De Mobilisation Des Articulations	75
Technique Articulaire Non Spécifique	75
Technique Tibio-Péronière	76
Techniques Points Trigger	76
Techniques Myofasciales	77
Muscle Poplité	78
Tendons Des Muscles Flechisseurs	78
Region Cheville Et Pied.....	79
Anatomie Palpatoire Fonctionnelle	79
Cuboide	79
Tendon Du Muscle Tibial Antérieur	80
Os Cuneiforme	80
Scaphoide	80
Gastrocnemien.....	81
Muscle Soleaire	81
Techniques De Mobilisation Des Articulations	82
Mobilisation Sous-Astragaliene	82
Mobilisation De La Cheville.....	82
Mobilisation Du Milieu Du Pied	83
Scaphoide–Os Cuneiforme	83
Talon-Cuboide.....	83
Mobilisation Du Scaphoide	84
Mobilisation Des Cuneiformes.....	84
Techniques Points Trigger.....	84
Muscle Tibial Postérieur	85



Techniques Myofasciales	86
Diaphragme	88
Techniques Myofasciales	88
Conclusions.....	90
Disclaimer/Mentions Legales	91

INTRODUCTION

Le corps humain est composé de différents appareils et systèmes interconnectés qui accomplissent une tâche importante : "*la vie*".

Chaque appareil est un ensemble d'organes et de tissus remplissant une fonction principale et d'autres préparatoires à la bonne coordination de l'organisme. Par exemple, l'appareil ostéo-myo-articulaire assure les fonctions **statiques et dynamiques** (principales), tandis que la protection des organes, des vaisseaux et des nerfs est considérée comme accessoire. Nous évaluerons par la suite ses multiples caractéristiques.

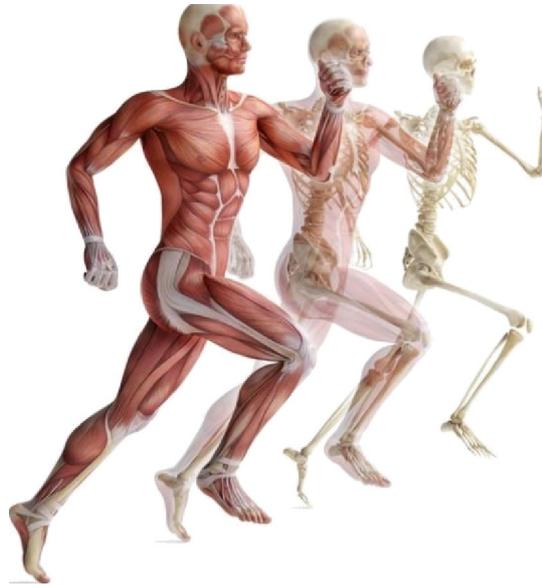
L'organisme est un système en équilibre dans lequel chaque organe doit pouvoir interagir avec d'autres organes appartenant au même système ou à des systèmes différents. Il en résulte que la **communication** est la condition préalable pour que tout fonctionne correctement. À cet égard, chaque structure anatomique est placée dans une position précise avec la possibilité de se déplacer conformément à sa tâche.

Les interconnexions et la communication ne sont possibles que grâce au tissu conjonctif qui entoure chaque organe (muscles, os, estomac, cerveau...) en se distribuant de manière omniprésente dans le corps humain avec des rôles différents : *soutien, protection, amortissement, métabolisme, communication et échange*. Il s'agit du système fascial, connu sous le nom de "fascia".



Le tissu conjonctif dérive du mésoderme et est divisé en deux parties, lâche et dense, selon la répartition structurelle et sa tâche. Il est formé de cellules appelées fibroblastes et d'une substance gélatineuse appelée matrice extracellulaire.

Par souci de simplification, on peut dire que le fascia s'étend de la tête aux pieds, entourant chaque organe et structure anatomique. Il y pénètre en formant une matrice tridimensionnelle vivante métabolique et mécanique, devenant ainsi à part entière un organe.



Le fascia est présent des couches les plus profondes aux plus superficielles

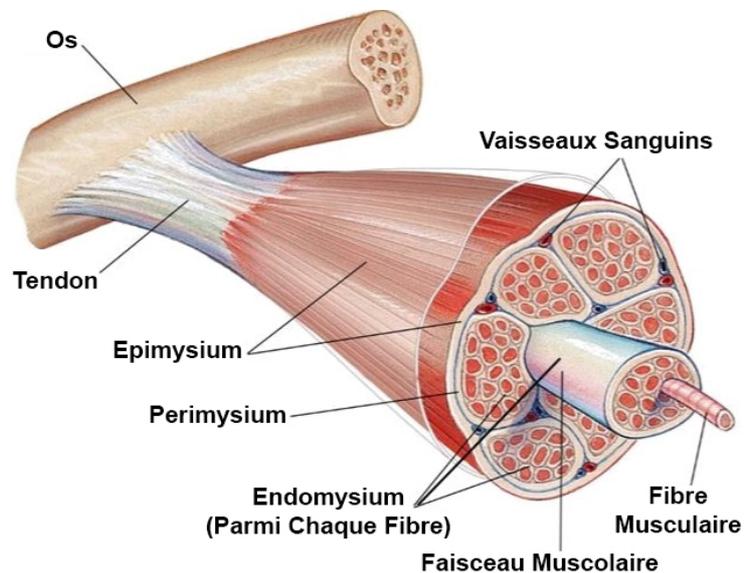
COMPLEXE MYOFASCIAL

STRUCTURE

Le complexe myofascial est une unité fonctionnelle composée du muscle et du fascia qui le recouvre (épimysium) et le divise par invagination en des cloisons de plus en plus petits, prenant ainsi le nom de périmysium et d'endomysium.

Le fascia assure également l'insertion musculaire dans l'os en s'organisant en une structure très résistante : le tendon.

Le muscle est l'organe qui constitue l'appareil musculaire, de dérivation embryologique et mésodermique lui-aussi.



Il existe trois types de tissus musculaires : *squelettique, cardiaque et lisses*. Dans ce guide, nous traiterons exclusivement de la musculature squelettique. L'unité fonctionnelle contractile du muscle est le myocyte. Dans le système fascial, il y a aussi des myofibroblastes.

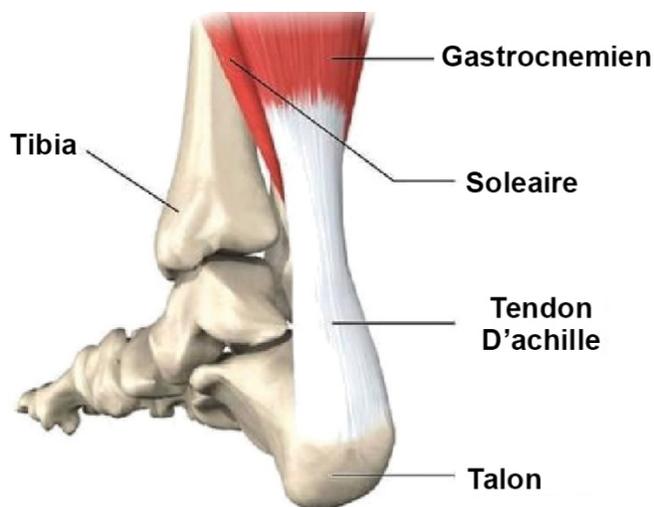
Les **myocytes** sont des cellules très longues. Leur contraction rapproche leurs extrémités, en permettant le mouvement (*fonction dynamique*) ou le maintien d'une position pendant une longue période (*fonction statique*).

Ces cellules s'organisent **en fibres musculaires** recouverts d'une couche fasciale interne, l'endomysium. Les groupes de fibres musculaires sont appelés fascicules

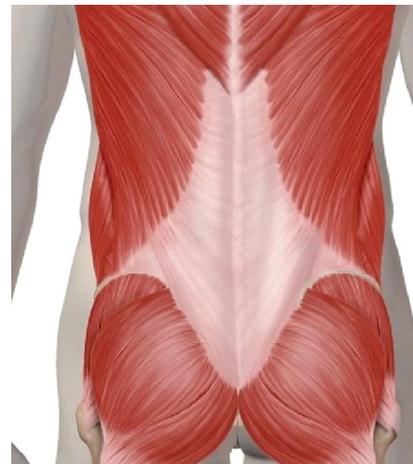
musculaires et sont recouvert d'une couche supplémentaire de tissu conjonctif, le périmysium. L'épimysium est la couverture des fascias la plus externe qui enveloppe le muscle tout entier.

Les trois feuillets de fascias soutiennent et distribuent le réseau neurovasculaire qui nourrit et contrôle les muscles et le fascia lui-même, assurant ainsi leur tropisme et leur bon fonctionnement.

L'endomysium, le périmysium et l'épimysium fusionnent afin de permettre le transfert des forces du muscle à l'os (et au tissu sous-cutané dans les muscles cutanés) et, par la *jonction myotendineuse*, sont à l'origine des tendons et à des aponévroses. Ces derniers, grâce à leur grande résistance aux forces de traction, sont capables de transmettre à l'os le mouvement que le muscle effectue suite à la contraction.



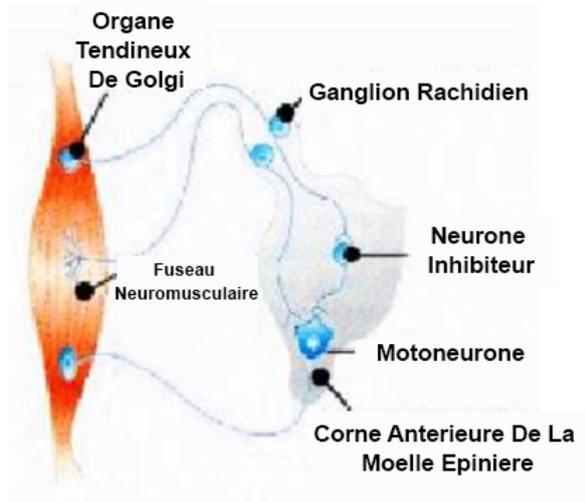
Tendon d'Achille



Aponévrose dorso-lombaire

INNERVATION

L'innervation de chaque muscle est *motrice, sensorielle et nociceptive*. Les fibres nerveuses arrivent par le nerf rachidien (mixte) qui les contient. Les *fibres motrices* sont représentées par les motoneurones α qui partent des cornes antérieures de la moelle épinière jusqu'à la jonction neuromusculaire, en passant par

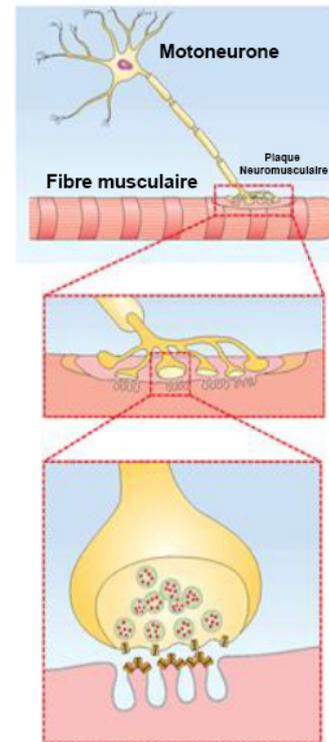


l'extrémité du nerf rachidien; les fibres *sensorielles (proprioceptives)* ont leurs récepteurs au niveau des fuseaux neuromusculaires et des organes tendineux de Golgi et convergent dans les cornes postérieures à travers les nerfs rachidiens. Au niveau médullaire, les interneurones créent des connexions entre ces deux types de fibres et contrôlent l'action musculaire, excitant ou inhibant la contraction selon les besoins périphériques. Les *fibres nociceptives* sont réparties dans tout le muscle et passent par le nerf rachidien. Lorsqu'ils atteignent la moelle, ils suivent la voie spinothalamique pour obtenir des informations sur la douleur.

Les points de contact entre les fibres et le muscle sont:

- **Point d'entrée dans le muscle, généralement près de l'insertion**
- **La distribution par les feuillets de fascia (épimysium, pérимysium, endomysium)**
- **Jonction neuromusculaire**
- **Les fuseaux neuromusculaires**
- **Les organes tendineux de Golgi**

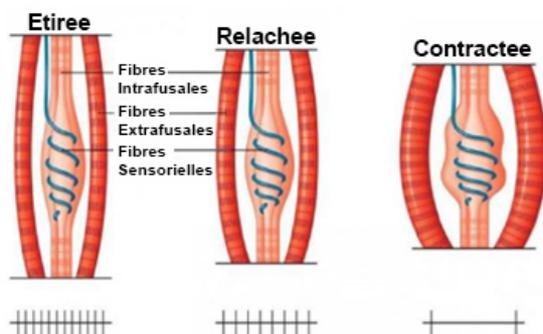
La jonction neuromusculaire est en fait une synapse spécialisée dans la traduction du message nerveux au niveau musculaire. Il est de fibres efférents- α (motoneurones alpha) qui représente la partie motrice du nerf rachidien. La contraction musculaire est ici initiée par la plaque neuromusculaire terminale. À la suite de libération du neurotransmetteur acétylcholine, changements dans l'environnement biochimique produisent, en activant certaines protéines musculaires spécialisées dans la contraction, l'actine et la myosine.



formé

la
des
se

La jonction neuromusculaire est importante d'un point de vue pratique car elle est le site de formation des Points Trigger.



Les fuseaux neuromusculaires contiennent des fibres motrices et sensorielles. Ce sont des structures très complexes et leur **fonction principale est de contrôler la contraction musculaire conformément à l'activité prévue**. Ils travaillent parallèlement aux fibres

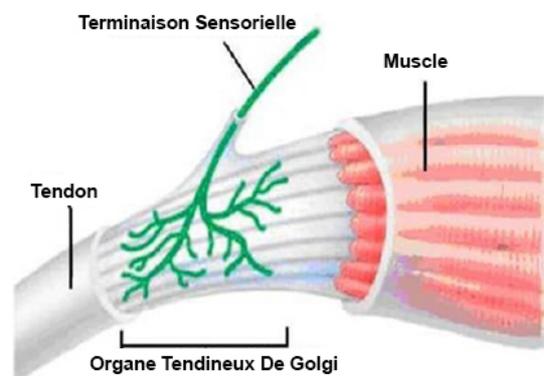
extrafusales (les fibres musculaires proprement dites) : ils s'étirent avec le muscle en envoyant des informations à la moelle épinière, ce qui activera le motoneurone en favorisant la contraction du muscle. C'est ainsi que se produit ce que l'on appelle le Réflexe ostéotendineux. Le fuseau est faiblement étiré même dans un muscle au repos,

ce qui détermine le "tonus musculaire basal".

La chaleur induit une réduction de l'activité du fuseau, ce qui se traduit par une relaxation musculaire, tandis que le froid augmente son activité, en favorisant la rigidité musculaire.

Les organes tendineux de Golgi sont des **propriocepteurs capables de détecter les tensions de contraction générées par le muscle, en particulier celles isométrique.**

Grâce à cette capacité, le muscle est préservé de l'excès de contractions et est capable



d'adapter "l'effort" à des charges variables. Ceci est rendu possible par la position anatomique au sein de la jonction musculo-tendineuses et à la disposition en série de leurs fibres par rapport aux fibres extrafusales du muscle. La contraction crée un étirement de la jonction myotendineuse ; elle suit une excitation des organes de Golgi qui envoient des informations à la moelle épinière en favorisant, par le biais des interneurones, l'inhibition du motoneurone α . Tout se passe de manière calibrée et contrôlée, pour éviter une inhibition à chaque contraction. Les récepteurs de Golgi ne possèdent pas de fibres motrices comme le fuseau.

Les différences fondamentales entre les fuseaux et les organes de Golgi peuvent être résumées comme suit :

- **Les fuseaux neuromusculaires s'opposent à l'étirement excessif des muscles.**
- **Les organes de Golgi s'opposent à la contraction excessive des muscles**

CHAMPS D'APPLICATION

Grâce à un traitement myofascial efficace, les structures ostéo-myofasciales sont stimulées mécaniquement dans le but d'obtenir des bénéfices dans la gestion de la douleur elle-même : réduction de la rigidité, amélioration du tropisme et de l'amplitude de mouvement.

DOULEUR MYOFASCIAL

Le **syndrome de douleur myofasciale** peut être défini comme la présence de points hypersensibles appelés **Points Trigger myofasciaux**, situés dans les muscles et/ou la muqueuse du tissu conjonctif. "Points Trigger" ne signifie que "points de déclenchement" ; en fait, ces points provoquent une douleur où ils se trouvent et "l'expulsent" vers une zone topographiquement éloignée de la zone d'origine, appelée "zone de référence". La douleur, la limitation des articulations et la rigidité sont généralement présentes en ces cas-là. Ce syndrome peut déclencher des problèmes avec une présentation clinique typique de la cervicalgie, de la lombalgie et des douleurs référées aux membres.

Causes : L'"ensemble traumatique", c'est-à-dire toute la série de situations susceptibles de conduire à la formation d'un ou de plusieurs Points Trigger, est représenté par **tout stress qui entraîne une surcharge du complexe myofascial**, tant en termes d'augmentation soudaine du travail musculaire ("sport du dimanche", augmentation soudaine des activités physiques...) qu'au contraire, de réduction excessive du mouvement (sédentarité à l'ordinateur, postures maintenues longtemps...). L'événement de souci n'entraînera pas nécessairement une manifestation douloureuse immédiate, mais le substrat pathologique, tel qu'un traumatisme mineur, comme une exposition à l'air froid, peut être responsable, de

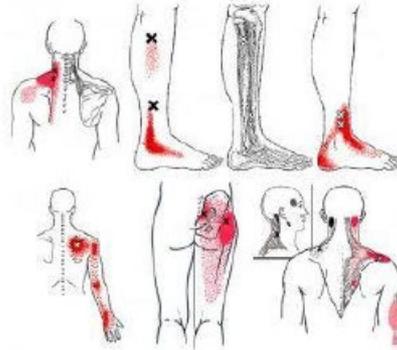
manière presque inexplicable, de symptômes aigus et très limitants, avec une douleur persistante qui, en l'absence de traitement approprié, pourrait même durer longtemps.

Un exemple est la rigidité classique de la nuque suite à une exposition à la climatisation : la réponse douloureuse semble excessive par rapport à la cause qui l'a créée, mais il est très probable que la présence de Points Trigger non manifestes a été déclenchée par le changement soudain de température auquel la personne a été exposé.

Formation des Points Trigger Musculaires : Le mécanisme qui conduit à la formation des Points Trigger musculaires est encore un sujet de débat dans le domaine scientifique. Une des hypothèses les plus accréditées est celle de la réponse ischémique de la zone touchée par l'agression stressante, avec pour conséquence une modification du métabolisme tissulaire et la libération de substances douloureuse (substances capables de stimuler les récepteurs nociceptifs locaux).

Une fois que les Points Trigger ont été activés, ils sont capables de survivre et de rester à un niveau subclinique, non manifeste, générant des points de faiblesse dans la structure musculaire.

Symptômes : Les signes de la présence des Points Trigger peuvent être variés et ne sont pas tous présents en même temps. Parmi les plus importantes, la douleur dans la région du Point Trigger et dans la zone de référence, la réduction du mouvement de l'articulation, la rigidité musculaire, la fatigue et la limitation des activités quotidiennes et sportives. Le site d'irradiation de la douleur secondaire (référée) peut être inclus dans des cartes qui indiquent à l'avance le point d'origine du Point Trigger musculaire et sur quelle structure myofasciale il est située.



Exemple de carte des Points Trigger de la douleur

Des cartes complètes seront fournies sur chaque fiche technique

Classification des Points Trigger : Afin de traiter efficacement un syndrome myofascial, il est nécessaire de pouvoir distinguer les Points Trigger. Nous les classons en fonction de leur positionnement et de leur état d'activation :

- **Points Trigger primaires ou centraux**
- **Points Trigger secondaires ou satellites**
- **Points Trigger actifs**
- **Points Trigger inactifs ou latents**
- **Points Trigger diffus**

Points Trigger primaires ou centraux : Il s'agit de déclencheurs normalement actifs et donc manifestes. Ils provoquent des douleurs locales et ont une zone de référence qui peut également être identifiée à l'aide des cartes appropriées. Situés dans le ventre du muscle au niveau de la plaque motrice, ils sont les véritables responsables de la situation algique. **Leur traitement permet de résoudre le symptôme.**

Les Points Trigger secondaires ou satellites : Secondaires, car ils peuvent être inactifs

et ne déclenchent pas de réaction douloureuse. Ils se trouvent presque toujours dans les zones de douleur visées par le déclencheur primaire. **Le traitement de ces points apporte un soulagement momentané de la symptomatologie. Lors du traitement d'un Point Trigger satellite, il est nécessaire d'appliquer une pression faible pour ne pas l'irriter.**

Points Trigger actifs : L'état d'activation d'un Point Trigger détermine sa transformation en un Point Trigger primaire. Par conséquent, lorsqu'un Point Trigger montre des signes de sa présence, à la fois en termes de douleur spontanée et de palpation, il peut être défini comme actif. Même les Points Trigger secondaires peuvent devenir primaires suite à leur activation, ce qui peut se produire après un traumatisme ou une surcharge du muscle accueillant un point de déclenchement secondaire.

Points Trigger inactifs ou latents : La définition de l'inactivité indique un état de quiescence, typique des Points Trigger secondaires, qui sont typique d'une personne sédentaire qui ne pratique aucune activité physique d'aucune sorte, et qui maintient la même posture pendant longtemps.

Points Trigger diffus : Zones dans lesquelles il existe plusieurs Points Trigger de type primaire et secondaire et qui impliquent généralement de grandes surfaces de muscles.

Identification des Points Trigger : Comme mentionné ci-dessus, les cartes de douleur des Points Trigger sont fondamentales pour rechercher les Points Trigger de manière efficace. L'attention est également portée sur les autres signes qui peuvent se produire avec le syndrome myofascial, tels que la rigidité et la limitation articulaire.

La palpation doit être minutieuse.

Etirez le muscle à tester : de cette façon, les fuseaux qui ne sont pas dysfonctionnels resteront normaux tandis que ceux qui souffrent d'hypersensibilité

seront tendus. **En utilisant le bout des doigts, identifiez la bande de muscle durci** (bande musculaire tendue) où se trouve le Point Trigger musculaire. **Avec une pression pas trop forte (5 à 10 secondes), recherchez un nodule qui correspond normalement au déclencheur** et qui devrait évoquer la douleur, mieux s'il est irradié dans la zone de référence. Au cours de cette manœuvre, il est possible d'évoquer une myoclonie, c'est-à-dire une contraction involontaire de la bande musculaire tendue suite à la pression exercée avec le doigt ; il est également essentiel d'observer la personne pendant le test car la douleur évoquée pourrait la faire sauter ("Jump sign", qui confirme la présence de Points Trigger).

S'il y a plusieurs Points Trigger, les plus douloureux sont traités en premier.

Le syndrome myo-fascial peut présenter des symptômes, qui sont parfois similaires à ceux de nombreux autres problèmes qui n'ont pas de cause mécanique. Il est donc essentiel que le traitement ne soit effectué qu'après un diagnostic précis, qui est exclusivement médical. Ce manuel n'est en aucun cas destiné à remplacer les compétences du médecin et ne doit pas être utilisé à des fins de diagnostic.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

La pathogénèse de la douleur myofasciale a donné lieu à des théories :

- Altérations du cycle de contraction/décontraction
- Changements vasomoteurs locaux
- Implication du système nerveux par les réflexes moteurs

Les techniques myofasciales efficaces influencent et perturbent positivement les mécanismes nociceptifs énumérés ci-dessus :

- Effet mécanique
- Effet externe

Le premier agit directement sur la bande musculaire tendue présente dans la structure myofasciale, en diminuant sa rigidité et en favorisant la vasodilatation. L'homéostasie locale ainsi obtenue génère un effet réflexe sur le métamère qui crée un cercle vertueux en interrompant les mécanismes nociceptifs rachidiens.

Les objectifs sont les suivants :

- Amélioration de la circulation sanguine
- Détente de la bande musculaire tendue
- Décontraction fasciale

CLASSIFICATION

Dans ce manuel, nous examinerons les meilleures techniques qui résument l'essence du traitement myofascial et qui vous permettront de résoudre de nombreuses situations dysfonctionnelles et douloureuses qui affligent de nombreuses personnes chaque jour.

Nous les classons en deux types :

- MOBILISATIONS ARTICULAIRES
- FUNCTIONAL RELEASE
 - Traitement myofascial
 - Traitement des Points Trigger

Ces techniques sont les piliers fondamentaux pour toute manœuvre fasciale visant à traiter des problèmes musculo-articulaire.

Chaque technique peut être utilisée individuellement ou, idéalement, en combinaison avec d'autres techniques. Il est évident que c'est à l'opérateur de décider quelle technique est la plus appropriée.

MOBILISATIONS DES ARTICULATIONS

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la mobilisation articulaire est l'une des méthodes de traitement les plus difficiles à mettre en œuvre. La mobilisation d'une hanche ne nécessite pas d'habileté particulière, mais si nous devons mobiliser l'articulation sous-talaire ou l'articulation sternoclaviculaire, les choses peuvent se compliquer.

La mobilisation de deux segments osseux nécessite connaissance anatomique et dextérité manuelle pour identifier de façon précise les zones à traiter.

Presque toutes les articulations peuvent être palpées et mobilisées directement ou

indirectement (en utilisant les leviers des segments osseux voisins) ; paradoxalement, même en cas de synarthroses (articulation entre la dent et la gencive), il suffit de saisir une dent et d'appliquer une force pour qu'ils se déplacent.

Une articulation peut être mobilisée de plusieurs façons, dans la direction physiologique du mouvement primaire ou dans ses directions secondaires, en distraction, en déplaçant les deux têtes osseuses ou une seule.

La modalité sera toujours établie en fonction des besoins opérationnels.

La physiologie nous démontre que le mouvement d'une articulation crée des changements locaux ; ces changements affectent mécaniquement la synoviale, les tendons, les ligaments et les capsules. Une question se pose alors : "pourquoi mobiliser passivement une articulation alors que l'on pourrait demander une contraction volontaire ? Si nous demandions à une personne de bouger un genou, il n'y aurait pas de problème, mais essayons de lui demander de bouger un tibio-péronier proximal ! Quelle serait la réponse ? Il y a des articulations dont nous pouvons volontairement effectuer les principaux mouvements physiologiques ; cependant, dans la plupart des cas, la personne non seulement ignore l'existence d'autres articulations, mais ne serait même pas en mesure d'effectuer un mouvement de cette zone si ce n'est qu'en conséquence d'un mouvement plus global.

C'est là que la mobilisation conjointe prend tout son sens car elle permet de déplacer sélectivement un grand nombre d'articulations. Ceci est important dans les situations où la réduction du potentiel articulaire a, au fil du temps, affecté négativement l'exécution d'un geste moteur, entraînant des troubles du système myofascial.

FUNCTIONAL RELEASE

Il s'agit de l'ensemble des techniques qui agissent directement sur une structure myofasciale. Nous distinguons deux modes d'exécution différents :

- Traitement myofascial
- Traitement des Points Trigger

TRAITEMENT MYOFASCIAL

Le traitement des myofascias peut être défini comme une manipulation des tissus mous qui prend la forme d'un frottement/d'une pression due au contact d'une partie de la main sur une zone anatomique précise. La partie de la main utilisée (articulations, bouts des doigts, éminences thénar et hypothénar) sera décidée en fonction des caractéristiques anatomiques de la région à traiter.

Cette méthode est spécifique. Contrairement au massage normal, on identifie une zone (grâce aux techniques d'anatomie palpatoire que vous apprendrez dans ce manuel) comme un muscle, un tendon, une aponévrose ou une extension fasciale et le traitement est dirigé uniquement et exclusivement sur la partie anatomique choisie.

Le mode d'exécution d'un traitement myofascial est toujours une conséquence des caractéristiques structurelles de la zone traitée ; normalement, pour un muscle, on traite la **bande musculaire tendue** et on suit la direction des lignes de force générées pendant une contraction ; dans une structure tendineuse ou une aponévrose, on peut suivre la direction des fibres de collagène ou la direction transversale.

Il est donc crucial de connaître la structure, et c'est précisément pour cette raison

que les fiches techniques comportent des images anatomiques avec toutes les indications nécessaires à un **traitement myofascial efficace**.

TRAITEMENT DES POINTS TRIGGER

La description du syndrome myofascial nous a appris qu'il est important de pouvoir identifier et traiter les Points Trigger de la manière la plus précise possible. Il existe de nombreuses façons d'inhiber un Point Trigger et l'approche manuelle est certainement l'une des plus efficaces.



Les techniques que je propose dans ce manuel et qui m'ont donné d'excellents résultats au cours des années de pratique sur le terrain sont au nombre de deux :

1. Compression ischémique, basée sur une pression exercée directement sur le Point Trigger primaire, c'est-à-dire actif, par le bout du doigt ou le bout de la main (le choix est une conséquence de la morphologie et de l'emplacement du muscle). Par exemple, sur un extenseur court du carpe (un muscle impliqué dans l'origine de l'épicondylite), il convient d'utiliser le bout du doigt en raison de la taille réduite du muscle, tandis que sur un trapèze (cervicalgie), nous pouvons choisir la prise « à pince » qui s'effectue normalement entre le pouce et l'index ou le pouce et le majeur.

- ✓ **Identifiez le Point Trigger primaire**
- ✓ **Appliquez une pression légère et croissante jusqu'à ce qu'une barrière tissulaire résistante soit atteinte, ce qui n'est pas trop douloureux.**
- ✓ **Maintenez cette position jusqu'à la décontraction du trigger (quelques secondes à quelques minutes) qui doit être ressentie par l'opérateur comme une diminution de la tension sous le doigt et qui correspond normalement à une réduction de la sensation de malaise ressentie par la personne ou une**

diminution de la zone de la douleur référée.

- ✓ **Pendant la manœuvre, la personne doit ressentir un certain inconfort et jamais une douleur intense.**

La manœuvre peut être répétée si nécessaire, puisque la présence de nombreux Points Trigger depuis longtemps peut les rendre résistants.

2. **Compression fonctionnelle** On agit principalement sur la bande musculaire tendue qui accueille le Point Trigger et implique une pression dans la direction des lignes de force du complexe myofascial, combinée à la mobilisation de l'articulation à laquelle appartient le muscle traité.

- ✓ **Identifiez les Points Trigger et la bande musculaire tendue**
- ✓ **Pendant la manœuvre, placez une main (choisissez la partie la plus appropriée à la zone anatomique à traiter) sur les bandes durcies de manière à ce qu'elle puisse glisser dans le sens des forces de tension (dans certains cas, il est permis d'utiliser du lubrifiant).**
- ✓ **Saisissez, en utilisant l'autre main, le levier articulaire qui met en mouvement le muscle dysfonctionnel.**
- ✓ **Déplacez simultanément l'articulation et faites glisser la main avec une pression qui ne provoque pas trop de douleur sur la bande musculaire tendue.**
- ✓ **Répétez l'opération jusqu'à ce que vous sentiez une diminution de la tension musculaire.**

Il faut savoir que dans certains domaines, ce type de technique peut être difficile à mettre en œuvre (voir muscles axiaux) ; d'ailleurs, dans les fiches techniques, nous trouverons des manœuvres tout aussi valables qui nous permettront de toute façon d'être efficaces

CONTRE-INDICATIONS

Tout traitement qui concerne le corps humain peut avoir des contre-indications et il est fondamental pour l'opérateur de les connaître et de les reconnaître afin de protéger la santé de la personne ou d'éviter d'éventuelles aggravations.

Ce manuel n'est en aucun cas destiné à remplacer les compétences du médecin et ne doit pas être utilisé comme un outil de diagnostic.

Par conséquent, la personne qui souhaite suivre un traitement myofascial efficace, suite à une douleur qui se manifeste spontanément, suite à un traumatisme ou comme conséquence directe ou indirecte d'une autre pathologie, doit disposer d'une prescription médicale précisant son état de santé et donnant des indications précises pour un traitement myofascial efficace. L'opérateur, quel qu'il soit, est avant tout un gardien de la santé et il est de son devoir de s'assurer que son travail n'a pas de complications éventuelles, avant d'être bénéfique.

Vous trouverez ci-dessous une liste de contre-indications absolues (interdiction catégorique de traitement) et de contre-indications relatives (à évaluer individuellement avant de procéder).

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

- **Refus du traitement par le patient**
- **Lésions et manifestations cutanées (psoriasis, herpès, excoriations...)**
- **Blessures graves récentes et signes concomitants (ecchymoses, œdème, impuissance fonctionnelle importante, dommages neurologiques)**
- **Blessures graves des muscles et des tendons**
- **Fractures récentes**

- **Dislocations récentes**
- **Arthrite aiguë**
- **Fièvre**
- **Infections cutanées et/ou systémiques**
- **Début de la période post-chirurgicale**
- **Psychose / Dépression majeure**

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

- **Mauvaise tolérance au traitement**
- **Lésions cutanées légères ou récurrentes**
- **Antécédents de traumatisme non récent**
- **Blessures musculo-tendineuses subaiguës et fractures/luxations peu fréquentes**
- **Arthrite en rémission**
- **Etats mentaux altérés (anxiété, dépression mineure...)**

Ces contre-indications sont liées à la zone à traiter. En présence d'une des conditions énumérées ci-dessus, même si elle est topographiquement éloignée de la zone à traiter, la personne doit être considérée comme plus susceptible et il faut être plus prudente lors des manœuvres.

FICHES TECHNIQUES

ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

Le district cranio-facial est divisé en deux régions : le neurocrâne et la face. Le neurocrâne est représenté par les os où se trouvent l'encéphale et le cervelet, tandis que dans la face se trouvent tous les organes et les tissus qui composent le visage. Nous y trouvons des os importants qui seront utilisés pour l'étude des techniques sur l'ATM (articulation temporo-mandibulaire) et la région cervicale ; c'est pourquoi nous ne traiterons que ceux qui nous intéressent.

L'ANATOMIE FONCTIONNELLE PALPATOIRE



MUSCLE MASSÉTER



- Déterminez l'angle de la mâchoire
- Demandez une contraction comme pour serrer les dents.
- Le muscle qui se contracte antérieurement à l'angle mandibulaire est le masséter.

MUSCLE TEMPORAL

- Palpez la région temporale
- Demandez une contraction comme pour serrer les dents.
- Le muscle temporal peut maintenant être palpé



Plancher buccal (Muscle Digastrique antérieur et Muscle mylo-hyoidien)



- À partir de la symphyse mentonnière, déplacez-vous vers le centre.
- Demandez à pousser avec la langue contre le palais dur.
- La contraction du plancher buccal sera ressentie de façon vigoureuse.

MOBILISATIONS ARTICULAIRES

- Opérateur controlatéral à l'articulation à traiter
- La main crânienne soutient la tête
- Main intrabuccale : le pouce est placé sur l'arcade dentaire inférieure et les autres doigts saisissent le corps et l'angle inférieur de la mâchoire.
- Mobilisation de l'articulation par de petits mouvements



Version sur le dos

POINTS TRIGGER



Technique des Points Trigger sur le masséter

Technique des Points Trigger sur le lobe temporal



TECHNIQUE MYOFASCIALE



- Placez les doigts des deux mains dans la zone sous-maxillaire.
- Demandez à ouvrir la bouche ou à pousser avec la langue contre le palais pendant 4-5 secondes.
- Immédiatement après, appliquez une pression tolérable sur le plancher buccal jusqu'à ce que les tissus se relâchent.

- Une main tient la tête
- L'autre main est placée avec un doigt sur la bande tendue du muscle à traiter (masséter ou temporal).
- On exerce une pression sur la bande tendue et le patient est invité à ouvrir et fermer la bouche.
- Le doigt qui exerce la pression suit les mouvements des faisceaux musculaires.



REGION CERVICALE

La région cervicale est constituée de sept vertèbres, de C1 à C7. Ce district est articulé en haut par C1 (Atlas) avec les apophyses de l'os occipital et en bas par C7 avec la première vertèbre dorsale (D1). À l'intérieur, se trouve une structure nerveuse très importante : le tronc cérébral. La colonne cervicale est dotée d'un appareil musculaire très puissant qui dirige ses mouvements, soutient la tête et protège les viscères du cou.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

C2



- Entrez en contact avec l'occiput sur la ligne médiane.
- Glissez vers le bas jusqu'à ce que vous sentiez une fossette correspondant à l'arc postérieur de C1
- Immédiatement en dessous, vous pouvez palper l'apophyse épineuse de C2.

C7

- De C2, descendez en comptant les apophyses épineuses jusqu'à C7.
- Demandez un mouvement d'extension de la tête au cours duquel la vertèbre C7 glissera vers l'avant.
- D1 en dessous ne subit pas de mouvements



MUSCLE STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN



- Tournez la tête du côté opposé à la partie du corps à palper.
- Demandez une contraction pour relever la tête.
- Le muscle sterno-cléido-mastoïdien sera palpable comme dans la figure.

MUSCLES SCALÈNES (ANTÉRIEUR, MOYEN, POSTÉRIEUR)

- Tournez la tête du côté opposé des scalènes à identifier.
- Demandez une contraction pour relever la tête.
- Les scalènes sera palpable dans la zone située entre le sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze et la clavicule.



MUSCLE TRAPEZE



- Tournez la tête du patient vers le côté opposé du trapèze à tester
- Depuis l'occiput, suivez la ligne qui descend postérieurement vers l'épaule.

MUSCLES SOUS-OCCIPITAUX

- Placez les mains en coupe sous l'occiput.
- Faites-les glisser le long du contour de l'os occipital jusqu'à ce qu'ils tombent dans une fosse de consistance molle.
- Voici les muscles sous-occipitaux.



TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS



- Patient en position assise
- Identifiez les apophyses épineuses des vertèbres à mobiliser.
- La main crânienne amène la tête du patient en flexion et en rotation (plus la flexion et la rotation sont importantes, plus le niveau cervical que nous traiterons est bas) tandis que la main crânienne amène la tête du patient en flexion et en rotation.
- Le pouce de la main caudale pousse latéralement dans le sens opposé à celui de la rotation de la tête.

- Patient sur le dos
- Identifier le niveau à traiter
- Main crânienne sur la tête, dans ce cas, on n'effectuera que la rotation.
- L'index ou le majeur accroche les apophyses épineuses et les fait tourner dans le sens inverse de la rotation de la tête.



TECHNIQUE DE POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le point trigger a diminué sa résistance



Angulaire d'omoplate en position assise



Angulaire d'omoplate sur le dos



Scalènes



Sterno-cléido-mastoïdien



Trapèze supérieur



Sous-occipitaux

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce la fonction

MUSCLE ANGULAIRE DE L'OMOPLATE



- Compression
- Mobilisation de la tête en inclinaison
- Le doigt qui effectue la compression suit les fibres musculaires.

MUSCLES SCALENES

- Compression, en tenant compte du fait que dans le scalène on trouve le paquet vasculo-nerveux qui va au membre supérieur.
- Mobilisation de la tête en inclinaison et en rotation
- Le doigt qui comprime suit le muscle



TRAPEZE

- Même prise que la technique des Points Trigger
- Le trapèze est serré entre le pouce et l'index.
- Mobilisez la tête en rotation et en flexion antérieure.
- Suivez les faisceaux musculaires pendant la manœuvre



STERNO-CLEIDO-MASTOÏDIEN



- Pincez le muscle sterno-cléido-mastoïdien entre le pouce et l'index.
- L'autre main mobilise la tête en rotation et en inclinaison latérale.
- La main qui serre le muscle suit ses mouvements

REGION DORSALE

Cette région est constituée de 12 vertèbres de D1 à D12. Elle s'articule en haut par D1 avec la septième cervicale et en bas par D12 avec la première lombaire (L1). Latéralement aux vertèbres dorsales, on trouve les articulations costo-vertébrales d'où partent les 12 côtes (K1-K12) qui vont se rejoindre par le cartilage avec le sternum, sauf les deux dernières qui sont dites flottantes car elles ne s'articulent avec aucune structure. Les six dernières côtes permettent également l'insertion de la partie musculaire périphérique du muscle diaphragme. La colonne dorsale offre une protection à la moelle épinière et soutient la cage thoracique qui abrite les cavités pulmonaire et médiastinale (cœur).

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

D1-D3



- Sous l'apophyse épineuse de C7, nous trouvons D1
- En continuant ci-dessous, nous trouvons les apophyses épineuse de D2 et D3.

D12



MUSCLES PARA-VERTÉBRAUX

- Pour identifier les apophyses épineuses dorsales, vous pouvez commencer par le bas, en suivant la douzième côte qui se termine par la vertèbre D12 avec laquelle elle s'articule.
- Comptez les apophyses épineuses en montant pour identifier les autres vertèbres dorsales.



- Comme l'on a déjà dit dans la partie descriptive de ce manuel, la musculature para-vertébrale dorsale est constituée de plusieurs muscles
- Localisez les grandes masses musculaires de chaque côté des apophyses épineuses dorsales.
- Demandez une extension minimale de la tête pour tester sa contraction.

TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS



VERTÈBRES DORSALES D1-D2-D3

- Patient en position assise
- Identifiez les apophyses épineuses des vertèbres à mobiliser.
- La main crânienne fléchit et fait tourner la tête du patient tandis que le pouce de la main caudale pousse latéralement dans le sens opposé à la rotation de la tête.
- Le pouce de la main caudale pousse latéralement dans le sens opposé à celui de la rotation de la tête.

RACHIS DORSAL

- Patient en décubitus latéral
- Une main soutient et mobilise la tête
- L'autre main, par le biais du pouce, entre en contact avec les apophyses épineuses dorsales, mobilisant ainsi les vertèbres.



- Le patient s'assoit avec les mains sur le front en appui sur la poitrine du thérapeute.
- Le thérapeute enlace le patient en amenant les doigts sur les l'apophyses épineuses.
- La mobilisation se produit en déplaçant le corps du thérapeute
- Les mains sur les dorsales accompagnent les mouvements en les accentuant sur les vertèbres.
- Mobilisation en flexion/extension/inclinaison latérale et rotation



- Patient sur le ventre
- Placez un oreiller sous l'abdomen si la lordose lombaire est très prononcée.
- Main caudale du thérapeute sur la crête iliaque controlatérale
- La main crânienne place le pouce sur l'apophyse épineuse à traiter.
- La main caudale soulève et fait tourner le bassin tandis que la main crâniale stabilise les vertèbres dorsales avec le pouce.

- Patient sur le ventre
- Prise en pince de la vertèbre à traiter
- Les deux mains de l'opérateur font tourner les vertèbres dans des directions opposées.



TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez la zone douloureuse
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance.



Muscles Paravertebraux

TECHNIQUE MYOFASCIALE

La technique myofasciale est réalisée en combinant deux actions :

1. Compression ischémique et glissement sur le muscles paravertébraux.
2. Flexion antérieure du tronc lorsque le patient est assis.



REGION LOMBAIRE ET SACRO-ILIAQUE

La colonne lombaire est formée de 5 vertèbres de L1 à L5 qui s'articulent en haut avec la dernière vertèbre dorsale et en bas avec la première vertèbre sacrée. À l'intérieur de la colonne lombaire, nous trouvons la queue de cheval, qui représente la partie terminale de la moelle épinière.

La région lombaire est la partie de la colonne vertébrale la plus sollicitée, c'est pourquoi elle est fréquemment confrontée à des situations dysfonctionnelles.

En présentant les muscles principaux, nous ne parlerons pas des érecteurs du rachis, déjà vu dans la section consacrée à la région dorsale.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

L1



- Patient sur le ventre
- Localisez les apophyses épineuses de D12 (voir la carte d'anatomie dorsale) à K12.
- Inférieurement, l'apophyse épineuse de L1 est palpable.

- Patient sur le ventre
- Placez une main en coupe sur le sacrum
- Dans la fossette où tombe le 3e doigt de la main, on trouve l'apophyse épineuse de L5.



L5

SACRO-ILIAQUE



- Patient sur le ventre
- Placez les mains sur les crêtes iliaques et amenez les pouces en position médiale.
- Les protubérances avec lesquelles ils entrent en contact sont les EIPS.
- En se déplaçant médialement, on perçoit deux fossettes qui correspondent aux articulations sacro-iliaques.

GRAND MUSCLE PSOAS

- Patient sur le dos
- Placez une main à environ deux doigts du côté du nombril et descendez en profondeur sans exagérer.
- Demandez une contraction de la hanche en flexion
- La contraction du psoas est perceptible sous la main crânienne
- Il est important de se rappeler que le psoas n'est pas palpable directement mais seulement par l'intermédiaire des muscles abdominaux et du paquet viscéral.



TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS



- Décubitus latéral
- Rotation des ceintures opposées, en suivant la séquence montrée dans la vidéo
- Main crânienne avec le pouce sur l'épine dorsale crânienne en exerçant une poussée vers le bas, main caudale avec une prise en crochet tirant l'épine dorsale caudale vers le haut.
- En utilisant notre corp, nous déplaçons les ceintures dans la direction opposée en insistant sur le mouvement des vertèbres avec les mains.



- Patient sur le ventre
- Placez un oreiller sous l'abdomen si la lordose lombaire est très prononcée.
- Main caudale du thérapeute sur la crête iliaque controlatérale
- La main crânienne place le pouce sur les apophyses épineuses des vertèbres à traiter.
- La main caudale soulève et fait tourner le bassin tandis que la main crânienne utilise le pouce pour stabiliser les vertèbres lombaires.

- Patient sur le ventre
- Prise en pince de la vertèbre à traiter
- Les deux mains de l'opérateur font tourner les vertèbres dans des directions opposées.



SACRO-ILIAQUE



- Patient sur le ventre
- Une main est placée en coupe sur le sacrum avec les éminences de la base sacrée qui le stabilisent
- L'autre main entre en contact avec le EIPS controlatéral à la position du thérapeute
- Poussez vers le bas et vers l'extérieur

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

GRAND MUSCLE PSOAS

- Patient sur le dos
- Flexion de la hanche ipsilatérale
- Comme ça, il n'est pas possible de sentir la bande musculaire tendue mais vous pouvez sentir la densité du tissu musculaire
- Placez une main au niveau du point de repère du muscle psoas, en appuyant légèrement vers le bas.



MUSCLE ILIAQUE



- Patient sur le dos
- Même technique que celle utilisée pour le muscle psoas, en poussant comme pour le muscle Iliaque

MUSCLES PARAVERTÉBRAUX

- Identifiez la zone douloureuse
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le Point Trigger a diminué sa résistance.



MUSCLE CARRE DES LOMBES



- Se tenir dans la zone entre K12 et la crête iliaque.
- Identification des bandes musculaire tendues
- Compression ischémique

MUSCLE CARRE DES LOMBES - Variation

- Variante intéressante dans les cas où la zone entre le K12 et la crête iliaque sont trop proche et que l'on ne peut pas trouver le carré des lombes.
- Demandez au patient de placer le membre inférieur controlatéral sur celui qui est ipsilatéral au thérapeute.
- La crête iliaque s'éloigne ainsi de la douzième côte, ce qui permet de travailler au carré des lombes.



TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique ;
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce la fonction.

MUSCLE ILIAQUE



- Positionnement similaire à la technique des Points Trigger
- Le thérapeute saisit le membre ipsilatéral et le mobilise tout en maintenant la compression sur le muscle iliaque.

MUSCLES PARAVERTÉBRAUX

- Patient en position assise
- Compression ischémique et glissement sur les muscles paravertébraux.
- Flexion antérieure du tronc lorsque le patient est assis.



MUSCLE CARRE DES LOMBES

- Patient en position assise, les bras croisés
- Thérapeute ipsilatéral au muscle à traiter ; il embrasse et mobilise le torse du patient.
- L'autre main est placée avec le pouce sur le muscle carré des lombes



CEINTURE SCAPULO-HUMÉRALE

Elle est composée de trois os : l'omoplate, l'humérus et la clavicule.

L'omoplate, à l'intérieur et grâce au muscle dentelé, est en relation avec les côtes en arrière et en haut, formant l'articulation scapulo-thoracique. Sur le côté de l'omoplate se trouve la glène, une petite fosse qui abrite la tête humérale avec laquelle elle s'articule et que l'on appelle articulation scapulo-humérale. Au-dessus de l'omoplate, on distingue l'acromion, qui permet d'articuler la clavicule à l'omoplate par le biais de l'articulation acromio-claviculaire.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

OMOPLATE



- Main crânienne : angle sud-médian de l'omoplate
- Main caudale : angle inférieur de l'omoplate

- On peut palper le contour du muscle trapèze supérieur en direction latérale :
- Articulation acromio-claviculaire





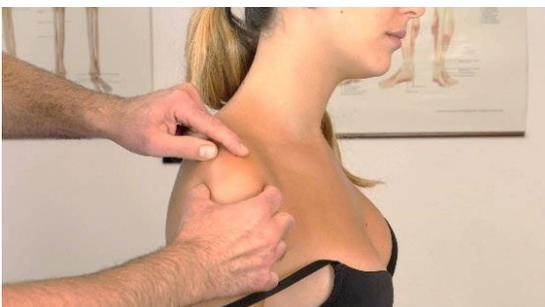
- À partir de l'articulation acromio-claviculaire, procédez en arrière dans une direction médiane et oblique vers le bas.
- Palpation de l'épine de l'omoplate

CLAVICULE

- À partir de l'articulation acromio-claviculaire, avancez vers l'avant en direction médiale.
- Palpation de la clavicule jusqu'au manubrium sternal.



HUMERUS



- Palpable à travers les faisceaux deltoïdes comme dans la figure

MUSCLE DELTOIDE

- Il occupe toute la région latérale du tiers proximal du bras.



MUSCLE TRAPEZE SUPERIEUR

- À partir de l'occiput et en direction inféro-latérale, le profil du trapèze supérieur est clairement visible et palpable.



MUSCLE GRAND PECTORAL

- Patient en position assise
- Demandez à joindre les mains devant la poitrine et à faire une contraction.
- Les masses musculaires du grand pectoral seront palpables comme dans la figure.



MUSCLE INFRA-ÉPINEUX



- Localisez la région située entre le bord médial, l'épine et le bord latéral de l'omoplate.
- Demandez une contraction de la rotation externe

MUSCLE SUBCLAVIER

- Patient en position assise
- Localisez la clavicule et placez-vous dans la zone située en dessous.



MUSCLE SUBSCAPULAIRE



- Depuis le bord latéral de l'omoplate, déplacez-vous médialement vers la face antérieure de l'omoplate.
- Demandez une contraction de la rotation interne

TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

SCAPULO-HUMERALE



- Patient sur le dos
- Membre supérieur en abduction et soutenu par les jambes du thérapeute.
- Prise en bracelet
- Mobilisation en glissement et en rotation

- Patient sur le ventre
- Membre supérieur en abduction et soutenu par les jambes du thérapeute.
- Prise en bracelet
- Mobilisation en glissement et en rotation



SCAPULO-THORACIQUE



- Patient allongé, placez une main sous l'omoplate.
- L'autre main embrasse la partie supérieure de l'épaule.
- Mobiliser l'ensemble du complexe scapulo-thoracique



- Décubitus latéral
- Saisissez avec les deux mains le bord médial de l'omoplate
- Mobilisez en douceur

- Patient sur le ventre
- Soutenir le bras en abduction avec les jambes du thérapeute.
- Main crânienne sur le moignon de l'épaule
- Main caudale accueillant l'omoplate
- Mobilisez



ACROMIO-CLAVICULAIRE



- Une main saisit la partie distale de la clavicule.
- L'autre main saisit l'acromion
- Petits mouvements de glissement

STERNO-CLAVICULAIRE

- Patient en position assise
- Une main saisit et verrouille le manubrium sternal.
- L'autre main est placée sur le tiers proximal de la clavicule.
- Petits mouvements de la clavicule en antéro-postérieur et super-inférieur



TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance



Faisceaux antérieurs du Muscle deltoïde



Group Pectoral



Muscle infra-épineux



Muscle subclavier

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce la fonction



Faisceaux latéral du Muscle deltoïde



Muscle du Group Pectoral

Upper Muscle Du Group Pectoral



Muscle subscapulaire

Muscle infra-épineux



- Technique myofasciale de glissement
- Utilisez la base de la main et glissez le long des fibres du deltoïde dans une direction cranio-caudale.

- Patient sur le ventre avec le membre supérieur en rotation interne derrière le dos.
- Une main tient le moignon de l'épaule
- L'autre main est doucement insérée sous l'omoplate (Attention : risque de lésion du nerf thoracique long)



Muscle subscapulaire

COUDE

Le coude est une articulation formée de humérus, radius et cubitus. Il permet des mouvements de flexion-extension et de pronation-supination. Il permet l'insertion de nombreux muscles qui gouvernent le coude, le poignet et la main.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

EPICONDYLE



- Latéralement au coude
- Proéminence osseuse identifiée comme dans la figure
- Il permet l'insertion de nombreux muscles extenseurs du poignet et de la main.

EPITROCHLEE

- Côté médial du coude
- Proéminence osseuse palpable comme dans la figure
- Il permet l'insertion de nombreux muscles fléchisseurs du poignet et de la main.



OLECRANE



- Proéminence osseuse située en arrière du coude
- Clairement visible et palpable avec le coude fléchi

TETE RADIALE



- Avant l'épicondyle huméral, on trouve une petite fossette qui correspond à l'articulation huméro-radiale.
- Ici, il est possible de toucher la tête radiale.
- Pour en être sûr, on peut effectuer une flexion-extension du coude ou une prono-supination.

Dans la section musculaire ci-dessous, on a présenté une anatomie générale. La plupart des muscles de l'avant-bras ont été volontairement omis parce que rien ou presque rien ne changerait à des fins pratiques.

MUSCLE BRACHIORADIAL

- En position de semi-prono-supination, demandez au patient de plier son coude.
- Le long faisceau évident qui part du coude et se dirige vers le tiers distal de l'avant-bras est le brachio-radial.



MUSCLE EXTENSEUR RADIAL DU CARPE



- Demandez à étendre le poignet
- Le muscle est situé en position postéro-médiale par rapport au muscle brachio-radial.
- Le doigt indique le muscle extenseur radial du carpe
- Palpation un peu plus compliquée chez les sujets peu musclés et chez les obèses

MUSCLES FLECHISSEURS

- Le groupe des fléchisseurs occupe la partie ventrale de l'avant-bras



TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

MOBILISATION GÉNÉRALE



- Patient en position assise ou sur le dos
- Membre supérieur du patient soutenu par l'opérateur comme sur la photo.
- Prise sur le coude
- Mobilisez avec de petits mouvements de flexion-extension et d'abduction-adduction.

MOBILISATION DE LA TÊTE RADIALE

- Patient en position assise ou sur le dos
- Une main soutient le coude
- L'autre main saisit la tête radiale et effectue des petits mouvements glissement.



de

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance
- La même technique peut également être appliquée à d'autres muscles non traités dans cette fiche.



Muscles Fléchisseurs



Muscle extenseur radial du carpe

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce sa fonction



Muscles Fléchisseurs



Muscle extenseur radial du carpe

POIGNET ET MAIN

Le carpe, le métacarpe et les phalanges sont les districts anatomiques qui composent le poignet et la main. Le premier est formé de huit petits os qui s'articulent avec le radius et le cubitus disposés en deux chaînes : une proximale où l'on trouve le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal et le pisiforme et une distale où l'on trouve le trapèze, le trapézoïde, le capitatum et l'hamatum. Le carpe s'articule distalement avec le métacarpe, ce dernier comprenant les premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième rayons qui s'articulent avec les phalanges des doigts.

La main est le district anatomique le plus complexe sur le plan fonctionnel et est capable d'effectuer des mouvements de très haute précision.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

STYLOÏDE RADIAL



- Zone latérale du poignet
- Effectuer un mouvement de cubitalisation
- Une proéminence osseuse est visible et ne suit pas le mouvement.
- Le doigt sur la photo indique la styloïde radiale.

STYLOÏDE ULNAIRE

- Zone médiane du poignet
- Effectuer un mouvement radial
- Une proéminence osseuse est visible et ne suit pas le mouvement.
- Le doigt sur la photo indique la styloïde ulnaire.



BASE DU PREMIER RAYON



- À partir de la styloïde radiale, suivez le profil latéral du poignet jusqu'à ce qu'une fossette soit perçue.
- Un peu plus loin, vous pouvez sentir une structure osseuse, le trapèze, qui s'articule avec la base du 1er rayon pour former l'articulation trapézo-métacarpienne.

EMINENCE THENAR

- En avant et sur la partie palmaire de la main, nous trouvons une zone très musclée formée par plusieurs muscles qui gouvernent le premier doigt, appelée l'éminence thénar.
- Comme le montre la figure



MUSCLE COURT ABDUCTEUR DU POUCE



- Tiers latéral de l'avant-bras
- Demandez des mouvements radiaux du poignet
- Le ventre du muscle est bien palpable et détectable comme sur la photo.

TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

RADIOCARPIENNE



- Main proximale qui saisit le radius par une prise en bracelet.
- La main distale, toujours en prise bracelet, saisit le carpe.
- Mobilisez dans toutes les directions et en faisant glisser l'articulation

ARTICULATIONS ET LIGAMENT TRANSVERSE DU CARPE

- Prise comme indiquée sur la photo
- Les pouces sont en contact avec les bords latéraux et médiaux du carpe.
- Éloignez et rapprochez les pouces l'un de l'autre, en mobilisant les articulations du carpe et en agissant sur le ligament transversal du carpe.



TRAPEZE-METACARPIENNE



- Placez votre pouce sur le trapèze
- L'autre main saisit le 1^{er} rayon
- Mobiliser l'articulation dans toutes les directions autorisées

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance

EMINENCE THENAR



- Recherche de bandes musculaires tendues
- Compression ischémique

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce la fonction



Eminence Thénar



Muscle court abducteur du pouce

TECHNIQUE NON-SPECIFIQUE DU POIGNET ET DE LA MAIN



- Saisissez le poignet à deux mains.
- Les mains de l'opérateur effectuent des compressions rythmiques.

REGION PELVIENNE ET DE LA HANCHE

C'est la région qui relie les membres inférieurs à la colonne vertébrale par le sacrum, qui représente la dernière partie de la colonne vertébrale, notre "queue", d'où émergent les dernières branches nerveuses.

Formée par la fusion des trois os iléon, ischion et pubis, elle s'articule avec la tête du fémur pour former l'articulation de la hanche.

Le pelvis abrite de nombreux organes importants dans sa cavité, notamment l'intestin, l'appareil reproducteur et l'appareil urinaire.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

CRÊTES ILIAQUES



- Ce sont les os les plus saillants et les plus facilement palpables du bassin.
- Placez les mains sur les hanches du patient
- Les crêtes iliaques s'étendent du EIPS au EIAI.

EIAI

- A partir des crêtes iliaques, en suivant le bord en bas et en avant, on peut apprécier une saillie osseuse : le EIAI.
- Position des pouces comme représentée dans la figure



PUBIS

- En partant du EIAI, on peut, en descendant, atteindre le pubis.
- Position des index comme représentée dans la figure



GRAND TROCHANTER



- À partir du sommet de la crête iliaque, on peut imaginer une ligne qui, en se dirigeant vers le bas, croise une proéminence osseuse.
- Le grand trochanter est indiqué sur la figure par la position de l'index.

MUSCLE TENSEUR DU FASCIA LATA

- Placez un doigt immédiatement à côté de l'EIAI
- Demandez la flexion de la hanche et la rotation interne
- La masse musculaire tensorielle est maintenant clairement distinguée.



MUSCLE PIRIFORME



- Situé entre le sacrum et le grand trochanter
- Tracez une ligne imaginaire
- Placez votre doigt au centre de cette ligne
- Vous pouvez demander une rotation de la hanche pour être sûr.

TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

- Patient sur le dos
- Abaissez légèrement la hanche.
- Saisissez la racine de la cuisse avec les deux mains.
- Le genou est positionné entre les jambes de l'opérateur afin de soutenir et de gérer l'ensemble du membre.
- Effectuez de petits mouvements de translation et de rotation de la hanche





- Décubitus latéral
- La main crânienne stabilise le pelvis
- La main caudale soutient le membre inférieur et effectue des mouvements dans toutes les directions, principalement en extension.



- Patient sur le ventre
- Placez les deux éminences thénars sur le EIPS comme indiqué.
- Poussez vers le bas et vers l'extérieur, comme pour "ouvrir" les sacro-iliaques.

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance



Muscle Piriforme



Muscle moyen glutéal



Muscle tenseur du fascia lata

MEMBRANE OBTURATRICE SUR LE DOS



- Manœuvre très délicate
- Flexion du membre inférieur du patient
- Placez une main sur la face médiale de la cuisse et descendez vers le bas jusqu'à ce que vous entriez en contact avec une saillie osseuse clairement identifiable : la tubérosité ischiatique.
- Avec le pouce, pénétrer profondément dans les tissus mous en direction de la membrane obturatrice.
- Vous pouvez demander des contractions isométriques du plancher pelvien.

MEMBRANE OBTURATRICE SUR LE VENTRE

- Placez une main sur la face médiale de la cuisse.
- Remontez jusqu'à ce que les doigts touchent la tubérosité ischiatique.
- Déplacez-vous légèrement en direction médiane et recherchez une légèrè profondeur
- Des contractions du plancher pelvien peuvent être demandées.



TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce sa fonction



Muscle Piriforme



Muscle moyen glutéal



Muscle tenseur du fascia lata



Tendons du Grand Trochanter

LIGAMENT SACRO-TUBERAL



- Patient sur le ventre
- La main caudale est placée sur la tubérosité ischiatique.
- La main crânienne est placée sur le EIPS.
- Comprimez et éloignez les têtes osseuses avec lesquelles vous entrez en contact.

LIGAMENT SACRO-COCCYGIEN

- Patient sur le ventre
- Positionnement sur l'apex du sacrum
- L'autre contact se fait immédiatement en dessous avec le coccyx.
- Petits mouvements d'éloignement pour étirer le ligament sacro-coccygien.



REGION GENOU

L'articulation du genou est composée de quatre os : le fémur, le tibia, le péroné et la rotule. De nombreux muscles et ligaments travaillent activement et passivement ensemble pour qu'il puisse accomplir sa tâche de la meilleure façon possible. Rappelons que la flexion-extension est certainement le mouvement le plus important, mais les torsions et les glissements qu'il est capable d'effectuer ne sont pas moins importants.

À cet égard, il faut savoir que l'articulation du genou est composée de trois articulations : fémoro-tibiale, fémoro-patellaire et tibio-péronière.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE

ROTULE



- Antérieur au genou
- Englobée dans le tendon rotulien
- Palpable comme dans figure

APOPHYSE TIBIALE ANTÉRIEURE

- Une fois que vous avez identifié la rotule, dirigez-vous vers le bas en suivant le ligament rotulien.
- Se présente sous le doigt comme une saillie osseuse tout à fait palpable.
- Offre une insertion au ligament rotulien



TETE DE LA FIBULA



- À partir de l'apophyse tibiale antérieure, déplacez-vous latéralement jusqu'à ce que vous sentiez la tête de la fibula, qui est de forme plus ou moins ronde.
- La confirmation est possible en demandant la flexion du genou. Le tendon du muscle biceps fémorale s'insère sur la structure recherchée

TENDON ROTULIEN

- Tendon entre la rotule et l'apophyse tibiale antérieure
- Demandez une extension du genou
- Le ligament est palpable comme une structure très substantielle en forme de ruban.



MUSCLE DROIT FEMORAL



- Zone antérieure de la cuisse entre l'épine iliaque antéro-inférieure (légèrement inférieure à l'épine iliaque supérieure antérieure) et la rotule.
- Flexion de la hanche
- Le muscle se présente comme sur la photo.

MUSCLE VASTE MEDIAL



- Demandez à faire une extension du genou
- Le muscle est visible dans la zone antéro-médiale au-dessus du genou.

MUSCLES SEMI-TENDINEUX ET SEMI-MEMBRANEUX

- Patient sur le ventre
- Demandez une flexion du genou
- Les muscles semi-tendineux et semi-membraneux sont palpables sur la face postéro-médiale de la cuisse.



TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

TECHNIQUE ARTICULAIRE NON SPÉCIFIQUE



- Patient sur le dos
- Membre légèrement en abduction et soutenu par le thérapeute.
- Prise à deux mains sur les côtés du genou
- Mobilisation dans toutes les directions

TECHNIQUE TIBIO-PÉRONIÈRE



- Patient sur le dos, membre inférieur fléchi
- Une main stabilise le tibia
- L'autre main saisit la tête du péroné en une pince.
- Mobilisation en glissement antéro-postérieur

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande tendue et la présence contextuelle de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance



Muscle droit fémoral



Muscle biceps fémoral



Muscle vaste médial



Muscles Adducteurs

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle ou le ligament traité exerce la fonction



Muscle vaste médial



Muscles fléchisseurs



Muscles Adducteurs



Tendon Rotulien

MUSCLE POPLITÉ



- Patient sur le ventre avec le genou fléchi
- Cherchez ce muscle dans la fosse poplitée.
- Mobilisez en flexion-extension et en rotation en maintenant la compression sur le muscle.
- Il est important de se rappeler que cette zone offre le passage aux vaisseaux et aux nerfs de la jambe qui doivent être évités pendant la compression.

TENDONS DES MUSCLES FLECHISSEURS



- Patient sur le ventre
- Placez une main sur la face médiale de la cuisse et remontez jusqu'au pli sous-fessier où la tubérosité ischiatique peut être palpée.
- Le tendon du biceps fémoral et les muscles semi-tendineux et semi-membraneux s'insèrent dans cette zone.
- Agissez avec une prise en crochet pour le travail myofascial.

REGION CHEVILLE ET PIED

Ce district anatomique comprend les os du tibia, du péroné, du tarse (astragale, scaphoïde, cuboïde et les trois cunéiformes), du métatarse et des phalanges des doigts.

De nombreuses articulations sont formées à partir des relations entre ces os et c'est grâce à cette complexité que nous sommes capables de marcher et de nous adapter au terrain.

De nombreux ligaments et tendons assurent la stabilité et la capacité de charge de cette structure.

ANATOMIE PALPATOIRE FONCTIONNELLE



- Malléole latérale
- Calcanéum

CUBOIDE

- Faites assoir le patient sur son talon
- Suivez sa ligne latérale jusqu'à une fossette.
- Au fond, vous allez sentir une structure osseuse : le cuboïde.



TENDON DU MUSCLE TIBIAL ANTÉRIEUR



- Demander au patient une flexion dorsale du pied
- Le tendon qui modifie visiblement le profil de la zone ventrale de la cheville est le tendon tibial antérieur.
- Le doigt indique cette structure

OS CUNEIFORME

- En suivant le tendon du muscle tibial antérieur, nous arrivons à la structure dans laquelle il s'insère.
- Le premier os cunéiforme
- En procédant latéralement, il est possible d'identifier le deuxième et troisième os cunéiforme.



SCAPHOÏDE



- A partir du premier os cunéiforme, il est possible de trouver et de palper postérieurement le scaphoïde, avec lequel il s'articule.

GASTROCNEMIEN



- Patient sur le ventre
- Demandez une flexion plantaire
- Deux structures se distinguent immédiatement
- Les gastrocnémiens latéraux et médians

MUSCLE SOLEAIRE

- Patient couché avec genou fléchi
- La flexion du genou minimise la composante biarticulaire du gastrocnémien.
- Amenez-vous vers le gastrocnémien médian et demandez une flexion plantaire du pied.



TECHNIQUES DE MOBILISATION DES ARTICULATIONS

MOBILISATION SOUS-ASTRAGALIENNE



- Patient sur le dos avec un membre légèrement fléchi, soutenu par notre cuisse
- La main proximale est placée en coupe sous le talon, le coude reposant sur la cuisse de l'opérateur.
- L'autre main, avec une prise en bracelet, entoure le pied.
- Effectuez des mouvements de flexion/extension du genou du patient pour décoapter l'articulation sous-astragalien.
- Mobiliser les articulations sous-astragaliens

MOBILISATION DE LA CHEVILLE

- Patient sur le dos
- Prise en pince des deux malléoles
- Mobilisez ces structures antéro-postérieurement



MOBILISATION DU MILIEU DU PIED



- Patient sur le ventre et genou fléchi
- Mains en coupe
- Main proximale sur le talon
- Main distale sur le milieu du pied
- Effectuer des mouvements d'abduction et d'adduction

SCAPHOÏDE – OS CUNEIFORME



- Main proximale en pince saisissant le scaphoïde
- Main distale sur le premier os cunéiforme
- Mobilisation en glissement

TALON-CUBOÏDE

- Patient sur le ventre et genou fléchi
- Placez le corps sur le côté médial du pied
- Main proximale avec prise en pince sur le talon
- Main distale avec prise en pince sur le cuboïde
- Mobilisation en glissement



MOBILISATION DU SCAPHOÏDE



- Patient sur le dos avec genou fléchi
- Main proximale avec prise en pince sur le scaphoïde
- Main distale saisissant le premier rayon et le premier cunéiforme
- Mobilisation en glissement

MOBILISATION DES CUNEIFORMES



- Patient sur le dos
- Prise à deux mains avec la main proximale en contact avec les os cunéiformes.
- Main distale sur les têtes métatarsiennes
- Effectuez des poussées à deux mains avec des mobilisations glissantes.

TECHNIQUES POINTS TRIGGER

- Identifiez le muscle à traiter
- Recherchez la bande musculaire tendue et la présence simultanée de Points Trigger actifs
- Inhibition par compression ischémique
- Arrêtez la compression après 90 secondes ou lorsque le déclencheur a diminué sa résistance



Gastrocnémien latéral



Gastrocnémien médial



Muscles péroniers



Muscles Soléaire

MUSCLE TIBIAL POSTERIEUR



- Patient sur le dos
- Membre inférieur en abduction et genou fléchi hors de la table
- Recherchez le muscle tibial postérieur à l'intérieur du bord médial du tibia.

TECHNIQUES MYOFASCIALES

Les techniques myofasciales sont réalisées en combinant deux actions :

1. Compression ischémique
2. Mobilisation de l'articulation sur laquelle le muscle traité exerce la fonction



Gastrocnémien médial



Gastrocnémien latéral



Muscles Soléaire



Muscles péroniers



Fascia Plantaire



Tendon d'Achille

DIAPHRAGME

Le diaphragme est le muscle respiratoire par excellence. Il sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale et est inséré au niveau des vertèbres lombaires et sur les côtes. Sa contraction provoque l'abaissement des voûtes diaphragmatiques, ce qui augmente le volume des poumons. C'est un muscle à la fois volontaire et involontaire et il est fortement affecté par les états émotionnels. Grâce au travail sur le diaphragme, nous pouvons le détendre et l'étirer afin de mettre le patient à l'aise.

Pour le diaphragme, nous ne verrons que les techniques myofasciales car il est impossible d'effectuer des techniques à Points Trigger.

N'oubliez pas non plus qu'étant proches de la région abdominale, ces techniques doivent être effectuées en douceur en s'assurant qu'il n'y a pas de problèmes viscéraux.

TECHNIQUES MYOFASCIALES



- Patient sur le dos
- Placez la base des mains sur les deux côtes.
- Demandez des grandes respirations
- Avec les mains, suivez le mouvement des côtes lors de l'inspiration.
- Dans l'expiration, les mains s'opposent à la fermeture des bords costaux.

- Patient sur le dos
- Les deux bases des mains sont sur un hémithorax
- La technique est réalisée de la même manière que la précédente.



- La technique est la même que la précédente ; on travaille sur un hémithorax
- La variante consiste à saisir les mains comme sur la photo.

- Variante en décubitus latéral



- Variante assise
- Dans cette technique, l'opérateur se trouve derrière le patient.
- Le dos du patient doit être en contact avec l'opérateur afin d'annuler toute tension.

CONCLUSIONS

Félicitations pour avoir décidé d'apprendre les techniques du "Myofascial Efficace". Nous vous recommandons également de regarder et d'étudier les vidéos que nous avons jointes pour vous, afin de mieux comprendre toutes les techniques.

Nous espérons et sommes convaincus que les enseignements que vous avez reçus dans le cadre de ce cours feront une différence dans votre vie professionnelle.

L'objectif principal de ce cours est d'améliorer votre vie professionnelle et la santé de vos clients.

Nous vous recommandons d'étudier également les autres cours que vous trouverez sur www.MainsExpertes.com si vous ne l'avez pas déjà fait. Ces cours vous permettront de donner une complétude à vos traitements, vous donnant ainsi un atout supplémentaire dans le traitement de nombreuses affections musculo-squelettiques douloureuses.

Nous vous souhaitons le plus grand succès en tant que professionnel et sommes heureux d'avoir contribué à votre formation professionnelle!

Profitez de votre travail!

DISCLAIMER/MENTIONS LEGALES

Ce cours numérique donne un aperçu des techniques myofasciales pour le traitement de nombreux problèmes. Le traitement est compris dans son ensemble comme le système ostéo-articulaire et ses tissus mous. Elle ne veut en aucun cas se substituer à l'avis du médecin qui reste toujours la référence première pour chaque pathologie et trouble du patient. Sur cette base, "Marco Aruffo et son entreprise déclinent toute responsabilité en ce qui concerne le contenu du cours numérique Myofascial Efficace", et se réfère à la personne qui utilise le cours lui-même, le respect des lois en vigueur en la matière. La plupart des photos utilisées sont la propriété de MainsExpertes.com Pour toutes les autres images utilisées dans ce livre, veuillez-vous référer aux images libres de droits disponibles sur Google images. Toutes les informations contenues dans ce cours ne doivent pas être utilisées pour remplacer un avis médical, une évaluation professionnelle et/ou un traitement médical, puisqu'il s'agit d'informations génériques et non personnalisées. Veuillez noter que le diagnostic des maladies et des dysfonctionnements est une compétence strictement médicale.



Mains Expertes