



Les fascias et leur clinique en pratique sportive

Christian Courraud

Article paru dans la revue *Kinésithérapie Scientifique* No 435 de juillet 2003

« Les fascias sont répartis en trois grands groupes: le fascia myotensif et périosté, le fascia axial profond, et le fascia dure-mérien. »

La fasciathérapie du sport

La fasciathérapie du sport est une thérapie manuelle utilisée couramment et régulièrement par un nombre croissant de footballeurs professionnels nationaux et internationaux.

Elle est également intégrée officiellement dans l'encadrement médical de clubs professionnels : les clubs de Laval, Toulouse, Troyes, Nice, Nantes possèdent dans leur encadrement un kinésithérapeute formé à la fasciathérapie ou font appel de façon régulière à un fasciathérapeute. Il y a donc une vraie reconnaissance pour cette thérapie manuelle, reconnaissance qui se trouve prolongée ici même par l'intervention dans ce congrès médical.

Cette reconnaissance de la fasciathérapie s'étend également au domaine universitaire : le Pr. Danis Bois, kinésithérapeute et fondateur de la fasciathérapie enseigne cette thérapie manuelle dans le cadre des institutions universitaires à l'Université moderne de Lisbonne.

Cette officialisation de la fasciathérapie au sein des institutions médicales et universitaires sera bientôt prolongée par notre participation à des études scientifiques permettant de mesurer les effets objectifs de cette pratique. L'opportunité nous en est offerte en juin grâce au Laboratoire Henri Neiger de Rennes et je remercie à cette occasion C. Gal pour cette invitation.

En tant que kinésithérapeute, fasciathérapeute et également responsable de la formation des kinésithérapeutes au sein du Collège International Méthode Danis Bois, je me fais donc le relais de tous les fasciathérapeutes et également de tous les membres de l'Association nationale des kinésithérapeutes-fasciathérapeutes pour vous remercier de l'intérêt que vous portez, chers confrères médecins et kinésithérapeutes, à cette approche thérapeutique.

Classification des fascias et leur clinique en pratique sportive

Selon une classification propre à la fasciathérapie, les fascias sont répartis en trois grands groupes : le fascia myotensif et périosté, le fascia axial profond et le fascia dure-mérien.

Tous ces fascias sont intimement reliés les uns avec les autres de la tête au pied et de la périphérie à la profondeur. Il est donc logique de toujours considérer qu'un problème localisé en un point du corps soit abordé globalement: si par exemple, nous traitons une lombalgie, nous pouvons être amenés à envisager le complexe de l'épaule ou du pied par le jeu de ces relations anatomiques.

Si maintenant, nous prenons chacun de ces fascias individuellement, nous allons pouvoir justifier qu'une tension durable peut engendrer trois types de troubles associés ou non:

- un trouble douloureux ou une gêne fonctionnelle (digestifs, locomoteurs ou crâniens);
- une fatigue centrale ou périphérique ;
- un état de stress ou de tension psychique.

Dans ce cas précis, tous ces signes sont réels pour le patient mais tous les examens médicaux sont normaux : il n'y a pas de lésion organique. Nous sommes

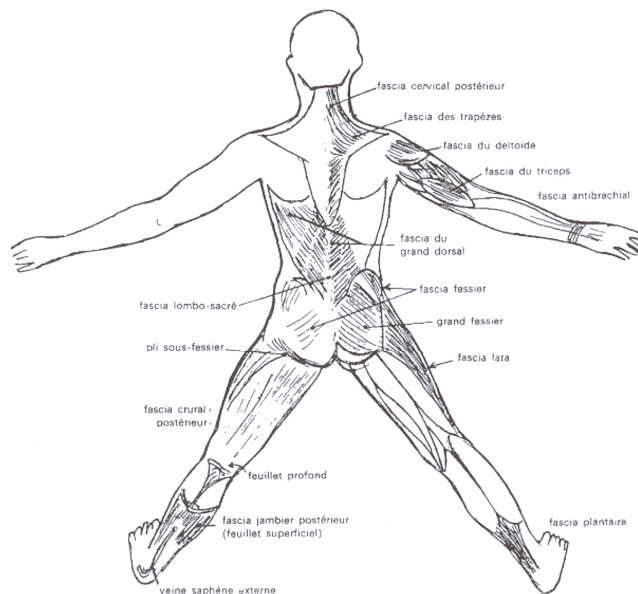
ici dans la catégorie des troubles fonctionnels et douloureux ou troubles « somatoformes » (catégorie de problèmes somatiques réels pour le patient mais sans signe lésionnel).

Nous allons maintenant évoquer les signes cliniques (non lésionnels) qui peuvent être consécutifs à une perturbation des différents fascias précédemment évoqués.

Le fascia myotensif et périosté

Il est le plus connu des fascias pour son rôle dans l'activité musculaire. La tension du fascia musculaire est souvent induite par l'intensité des efforts mais il réagit également fortement aux états de stress en modifiant l'élasticité du muscle. Cela engendre immédiatement une perturbation tonique entraînant des risques de lésion traumatique, toujours accompagnées de problèmes de récupération musculaire.

Le fascia périosté se trouve également impliqué dans les problèmes tendineux et les douleurs persistantes des foyers de fracture. Le traitement de fasciathérapie des problèmes ostéo-articulaires vise à libérer le stress traumatique qui est « engrammé » dans le tissu.

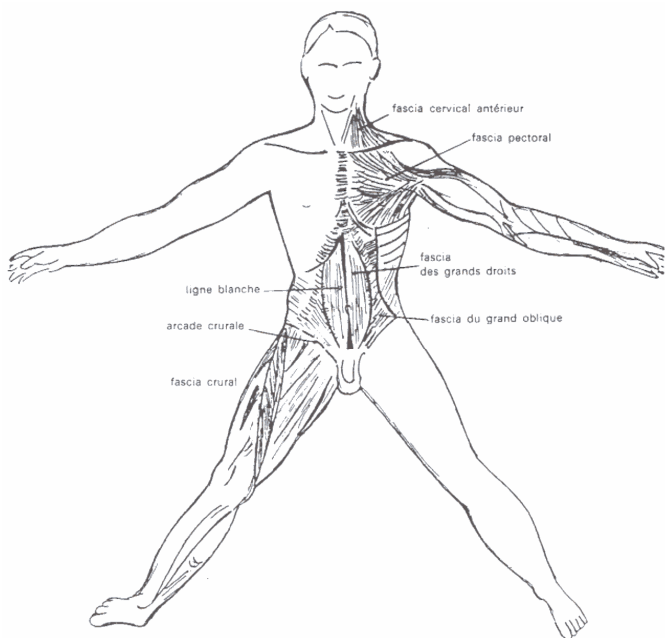


Fascia axial périphérique postérieure et fascia des membres

Figure 2: Fascia myotensif postérieur

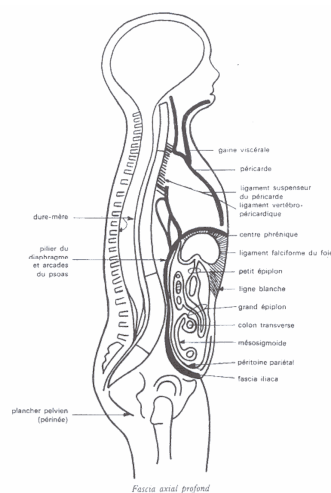
Le fascia axial profond

Il enveloppe l'ensemble des viscères cervicaux, thoraciques, abdominaux et pelviens. Ce fascia est très sensible aux stress affectifs et émotionnels. Sa tension reflète un état de stress dépassé accompagné le plus souvent de troubles des humeurs. Le diaphragme est hypertonique, son rythme est perturbé influençant tous les viscères.



Fascia axial périphérique antérieure

Figure 1: Fascia myotensif antérieur



Fascia axial profond

Figure 3: le fascia axial profond

Nous aurons un retentissement sur la récupération avec une sensation de fatigue générale. Sur le plan douloureux, on retrouvera des douleurs viscérales dues aux tensions du péritoine, des tensions thoraciques avec sensation d'oppression, le tout accompagné de troubles fonctionnels (digestifs, cardio-respiratoires ou gynécologiques). Le fasciathérapeute doit libérer en priorité le muscle diaphragme puis tous les fascias profonds : le péritoine, le péricarde, les plèvres.

Le fascia dure-mérien

Il recouvre, quant à lui, l'ensemble du système nerveux. C'est un fascia très réactif et très sensible aux états de tensions psychiques et au stress. Sa perturbation va générer des troubles du système neuro-végétatif et neuro-endocrinien provoquant généralement une fatigue importante de type centrale.

S'y associeront également des troubles de la cognition (manque de concentration, d'attention, troubles des humeurs), avec des troubles du sommeil qui amplifient le phénomène de fatigue. Sur le plan douloureux, on peut y trouver l'origine de céphalées de tension ou post-traumatiques ainsi que des névralgies.

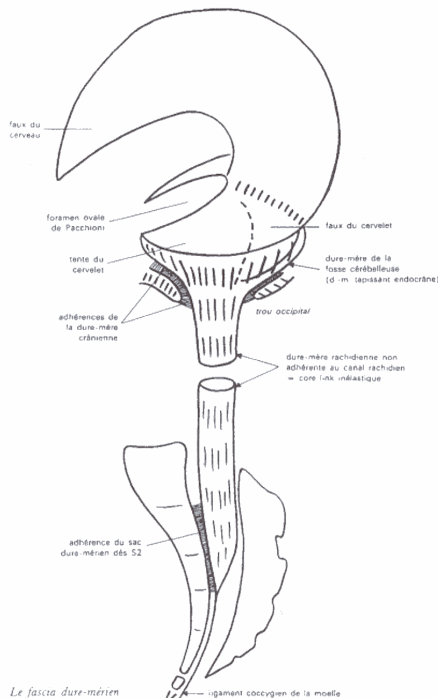


Figure 4: Fascia dure-mérien

Le geste thérapeutique en fasciathérapie et illustration pratique

Le geste thérapeutique en fasciathérapie

Le fasciathérapeute travaille généralement les yeux fermés pour percevoir en temps réel les effets induits par le toucher et les réactions du corps.

Le toucher manuel (ou toucher tactilo-kinesthésique) est toujours accompagné d'une participation globale du corps du praticien : ceci permet de globaliser le toucher et d'accéder aux fascias les plus profonds du corps (fascia axial profond, dure-mérien ou périosté).

La pression manuelle n'est jamais uniforme mais toujours adaptée à la demande du corps. Elle varie en permanence durant le traitement.

Il existe deux temps importants dans le traitement : un temps de déplacement de la main et un temps d'arrêt ou point d'appui. Le déplacement de la main est extrêmement lent et sollicite la résistance élastique du fascia. Le point d'appui permet de percevoir la tension génératrice du tissu et la modification de sa tension.

Illustration pratique: plan de traitement d'une épaule en fasciathérapie

L'ensemble du traitement montre comment un problème local est abordé globalement à travers une logique de relations anatomiques. Les premières images montrent un traitement local de l'épaule centré sur le petit pectoral, la clavicule et la première côte afin de libérer le paquet vasculaire sous-clavier et les articulation sterno-claviculaires et acromio-claviculaires.

Les images suivantes montrent une approche des vertèbres cervicales inférieures et supérieures et de leurs articulations avec une attention particulière pour les muscles scalènes pour leur rapport avec le plexus brachial et le paquet vasculaire sous-clavier.

Le traitement prend ensuite en compte la région thoracique et en particulier le diaphragme pour ses relations avec le fascia axial profond. Puis le patient sur le dos, le traitement du tronc se poursuit par la libération de la coupole diaphragmatique, des côtes et des vertèbres dorsales pour leur influence sur le système neurovégétatif.

Le traitement libère ensuite profondément l'environnement de l'omoplate : grand dorsal, petit rond, grand rond sous-scapulaire et trapèze supérieur.

Enfin, pour terminer, le traitement s'adresse au complexe sacro-ilio-lombaires pouvant être impliqué à cause du grand dorsal.

*Texte issu des 3e Journées niçoises de chirurgie et de ré-éducation de l'appareil locomoteur
Nice—16 et 17 mai 2003*

Références

- Courraud, C. (2000). *Fasciathérapie et sport*. Paris: Édition point d'appui.
- Courraud, C. (2002). *Attention et performance*. Paris: Édition point d'appui.

Regards sur le corps sensible

Articles autour de la pratique professionnelle de la psychopédagogie perceptive, de la somato-psychopédagogie et de la fasciathérapie.

Tous nos articles sont téléchargeables sur le site internet:
<http://www.cerap.org>

Christian Courraud, kinésithérapeute

Professeur visitant de l'Université Moderne de Lisbonne.

Directeur de l'école supérieure de fasciathérapie somatologie (France).

