

Clair Davies et Amber Davies

# Soulagez vos douleurs par les TRIGGER POINTS

n°1 des  
ventes  
contre la  
douleur

Guide complet  
d'automassage  
avec plus de  
**400 illustrations**

THIERRY  
SOUCAR  
  
ÉDITIONS

«Je crois depuis longtemps en la thérapie par les *trigger points* que, du reste, je pratique. Je recommande bien évidemment ce livre au grand public et aux professionnels de la santé. C'est une excellente source de documentation qui procure tous les outils permettant de se prendre en charge et de se guérir soi-même.»

— **Bernie S. Siegel**, docteur en médecine, auteur de *L'Amour, la médecine et les miracles*, de *L'Art de guérir* et de *Messages de vie* et ancien élève du Dr Janet Travell, coauteur avec le Dr David Simons de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux*

«Ce guide très bien conçu et facile d'utilisation aidera les personnes souffrant d'une douleur myofasciale à se soigner grâce à des techniques d'automassage efficaces. Par sa clarté et ses explications détaillées, il sera également fort utile aux médecins désireux d'enseigner à leurs patients des stratégies simples ayant fait leurs preuves pour venir à bout d'un problème de douleur musculaire.»

— **Joseph F. Audette**, docteur en médecine, enseignant à la faculté de médecine de Harvard et directeur du centre antidouleur du Spaulding Rehabilitation Hospital Network de Medford (Massachusetts, États-Unis)

«Voici un livre précieux pour quiconque souffre d'une douleur chronique. D'autant plus précieux que les sources de documentation donnant aux lecteurs la possibilité de comprendre leur problème et de le résoudre sont rares. L'approche de la gestion de la douleur décrite dans ce manuel aidera de nombreuses personnes à prendre le contrôle d'une partie importante de leur santé et deviendra une référence précieuse toute leur vie durant.»

— **Scott M. Fishman**, docteur en médecine, chef du service de médecine de la douleur au département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur à l'université de Californie à Davis et auteur de *The War on Pain*

«En tant que médecin confronté à des patients atteints d'une douleur chronique, notamment de fibromyalgie, j'apprécie qu'une solution dépourvue de danger existe pour résoudre leur problème. Ce livre, qui révèle que la thérapie par les *trigger points* soulage sans risque les douleurs chroniques, devrait se trouver entre les mains de chaque médecin.»

— **Terry Shepherd Friedmann**, docteur en médecine, auteur de *Freedom Through Health*

«La massothérapie par les *trigger points* est probablement le traitement connu le plus efficace de tous les problèmes de douleur, notamment la fibromyalgie et le syndrome myofascial douloureux.»

— **C. Norman Shealy**, docteur ès lettres, président fondateur de l'American Holistic Medical Association et auteur de *The Illustrated Encyclopedia of Healing Remedies*

«Ce livre incontournable apporte des solutions pratiques pour venir à bout d'une douleur chronique. Et ça marche!»

— **Jo Ann Gillaspay**, infirmière diplômée d'État, rédactrice de *The Nephrology Resource Directory*

«Correctement utilisées, les informations du livre de Clair et Amber Davies devraient permettre à de nombreuses personnes souffrant de troubles myofasciaux dus à des *trigger points* de traiter efficacement leurs pathologies. Cet ouvrage sera particulièrement utile à ceux qui ont du mal à trouver un praticien familiarisé avec le diagnostic et le traitement des problèmes musculaires courants.»

— **Michael D. Reynolds**, docteur en médecine, rhumatologue

«*Soulagez vos douleurs par les trigger points* est un complément bienvenu et opportun aux domaines du bien-être personnel, du soulagement de la douleur et de la prise en charge de sa propre santé. L'auteur a mis au point une thérapie extrêmement efficace contre la douleur et, à travers cet ouvrage, l'a rendue très accessible. Ce livre apporte une contribution précieuse au travail thérapeutique sur son propre corps.»

— **Robert K. King**, fondateur et président de la Chicago School of Massage Therapy

«J'ai personnellement bénéficié des effets thérapeutiques du massage des *trigger points* et je crois qu'il mérite une reconnaissance officielle du monde médical. J'espère que les médecins étudieront ces techniques d'auto-traitement et les conseilleront à leurs patients.»

— **Rose Marie Hackett**, médecin ostéopathe et radiologue

«Chiropracteur depuis douze ans et enseignant depuis dix ans la thérapie par les *trigger points* au Utah College of Massage Therapy, je

trouve le livre de Davies très précis et complet. Les schémas et les illustrations permettent de montrer facilement aux patients des manières d’améliorer leur qualité de vie. Je crois que ce livre constitue une aide précieuse pour les professionnels de santé qui utilisent la thérapie par les *trigger points*.»

— **David B. Thomson**, docteur en chiropractie, enseignant au Utah College of Massage Therapy

«Les professionnels qui travaillent sur le corps peuvent utiliser ce livre pour améliorer leurs compétences et apprendre à mieux traiter leurs patients. Les personnes motivées qui veulent se soigner elles-mêmes pourront, grâce à cette méthode, se responsabiliser en ce qui concerne leur santé à un niveau global novateur.»

— **Stephen Yates, NCBTMB** (National Certification Board for Therapeutic Massage and Bodywork [Bureau de certification nationale pour le massage thérapeutique et les thérapies corporelles])

«Ce livre est très bien conçu. Il permet de trouver facilement les muscles et les *trigger points* en jeu dans les douleurs. Les massothérapeutes et les kinésithérapeutes apprécieront les techniques ingénieuses conçues par l’auteur pour préserver les mains et prévenir une blessure lorsqu’on masse les *trigger points*.»

— **Ann Luray Hatton**, thérapeute neuromusculaire

«Si les thérapeutes et les personnes qui souffrent comprenaient le rôle fondamental des muscles, de la douleur référée et des *trigger points* pour supprimer une douleur, des millions de personnes seraient soulagées et on économiserait des milliards de dollars sur les traitements et les médicaments. L’ouvrage des Davies a fourni une passerelle importante entre les nombreuses professions soignantes confrontées à des personnes en souffrance et à leurs patients.»

— **Robert Uppgaard**, docteur en chirurgie dentaire, auteur de *Taking Control of TMJ*

«Les *trigger points* myofasciaux sont devenus un sujet primordial pour tout clinicien qui s’occupe de plaintes de douleur musculo-squelettique. Dans ce livre, Amber et Clair Davies ont réussi à faire une excellente synthèse entre les concepts théoriques et les applications pratiques concernant les *trigger points*. Un bon guide de traitement clinique se reconnaît à sa capacité à donner aux individus une information pouvant être directement mise en pratique pour un résultat couronné de succès. Dans cet ouvrage, les auteurs fournissent d’excellents cas cliniques ainsi que des illustrations utiles entremêlés de leur expérience, ce qui fait de ce texte une source de documentation extrêmement précieuse. Cet ouvrage, loin d’être un texte académique aride, fourmille en fait d’informations utiles pour tout praticien clinique ou tout individu désireux d’en apprendre plus sur un traitement efficace de la douleur myofasciale.»

— **Whitney Lowe**, directrice du Orthopedic Massage Education & Research Institute

«Je recommande *Soulagez vos douleurs par les trigger points* à tous mes clients, quel que soit leur âge ou leur histoire personnelle. C’est un outil puissant pour quiconque recherche le soulagement d’une douleur musculaire. Clair et Amber Davies sont partis d’un domaine scientifique très complexe pour en faire une approche facile à comprendre. En le lisant et en le mettant en pratique, vous deviendrez votre meilleur médecin.»

— **Elliott Bell**, coach

«Dans cette troisième édition, Amber Davies a ajouté des informations scientifiques et des recommandations générales sur la thérapie par les *trigger points* afin que les lecteurs aient une meilleure compréhension de leur trouble pathologique. Mais ce que j’aime tout particulièrement, c’est l’ajout d’encadrés tout au long de l’exposé qui aident les lecteurs à mieux en comprendre le contenu au fur et à mesure qu’ils progressent dans le texte. Je recommande vivement ce livre à quiconque veut apprendre comment travailler sur ses propres *trigger points*.»

— **Joseph E. Muscolino**, docteur en chiropractie

«Non seulement ce livre passe en revue de manière exhaustive les stratégies d’auto-traitement, mais en outre l’auteur y a inclus une excellente mise à jour des connaissances scientifiques actuelles sur les causes et les mécanismes des *trigger points*, de la douleur référée et d’autres aspects importants de la douleur myofasciale. Les médecins, les kinésithérapeutes, les chiropracteurs, les massothérapeutes et les autres soignants devraient le conseiller à tous leurs patients souffrant d’une douleur myofasciale. Les méthodes décrites dans cet ouvrage peuvent être utilisées pour des problèmes de douleur aigus, subaigus et chroniques. *Soulagez vos douleurs par les trigger points* est le livre que je recommande à mes patients!»

— **Jan Dommerholt**, kinésithérapeute, docteur en kinésithérapie, MPS (Microcurrent Point Stimulation) [stimulation de points par micro-courant]), AAPM (American Academy of Pain Management [Académie américaine de la gestion de la douleur]), président de Bethesda Physiocare

«C’est un livre que je recommande vivement. D’ailleurs, je n’arrête pas de prêter le mien!»

— **Richard Finn**, massothérapeute, spécialisé en thérapie par les *trigger points* et en stimulation cognitive, enseignant principal et thérapeute à l’Institute of Medical Careers, Pittsburgh, Pennsylvanie

«Ce livre apporte des informations sur les *trigger points* d’une manière compréhensible et utilisable à la fois pour un praticien compétent et pour un profane. Toute personne confrontée à un problème de tension et de douleur chronique doit le lire. Je continuerai à le conseiller à mes patients et à mes amis en tant que guide d’utilisation pour la rééducation et la préservation de la santé.»

— **Ann E. Boone**, massothérapeute, spécialisée en thérapie par les *trigger points* et enseignante à Lexington, Kentucky

Clair Davies et Amber Davies,  
massothérapeutes diplômés

**Soulagez  
vos douleurs  
par les  
TRIGGER POINTS**

GUIDE COMPLET D'AUTOMASSAGE

Traduit de l'américain par Catherine Sobecki

### Avertissement de l'éditeur

Les informations contenues dans ce livre ne peuvent nullement remplacer un avis médical qualifié, un diagnostic ou un traitement. La totalité de son contenu, dont le texte, les schémas, les images et les informations a uniquement pour objectif une information générale. Nous vous incitons à examiner d'un œil critique toute information obtenue par ce livre et à voir avec votre médecin toute information concernant un trouble médical ou un traitement.

Ne décidez jamais de ne pas tenir compte d'un avis médical autorisé ni de reporter le besoin de prendre un traitement à cause de quelque chose que vous auriez lu dans ce livre ou par son biais.

Traduction: Catherine Sobecki

Réalisation: IGS-CP (16)

Couverture: Atelier Didier Thimonier

Illustrations: Clair Davies et Lynn Shwadchuck

Imprimé par France-Quercy à Mercuès (France)

Dépôt légal: 4<sup>e</sup> trimestre 2014

ISBN: 978-2-36549-103-7

Copyright © 2013 Clair Davies, diplômé du *National Certification Board for Therapeutic Massage and Bodywork* (NCBTMB, Bureau de certification nationale pour le massage thérapeutique et les thérapies corporelles), Amber Davies, thérapeute certifiée en *trigger points* myofasciaux (CMTPT, *Certified Myofascial Trigger Point Therapists*) et New Harbinger Publications, 5674 Shattuck Avenue, Oakland, CA 94609.

Thierry Souccar Éditions, 2014, Vergèze

[www.thierrysouccar.com](http://www.thierrysouccar.com)

Tous droits réservés

**Clair Davies, diplômé du NCTMB<sup>1</sup>**, était spécialisé dans le massage des *trigger points* pour traiter la douleur. Son intérêt pour ce type de massothérapie a débuté lorsqu'il est parvenu, tout seul, à guérir son épaule bloquée en massant tous les *trigger points* responsables de son handicap. Fort de cette expérience, il s'est mis à étudier de manière intensive, en autodidacte, les *trigger points* et la douleur référée. Il a ensuite mis fin à sa florissante activité de réparation de pianos pour suivre les cours de l'Utah College of Massage Therapy où il s'est formé à la massothérapie professionnelle. De chez lui à Lexington, dans le Kentucky, M. Davies a énormément voyagé avec sa fille Amber afin de proposer à des thérapeutes des stages de formation sur le massage des *trigger points* ou thérapie par les *trigger points*. Clair Davies s'est éteint paisiblement chez lui en 2006 des suites d'un cancer du côlon.

**Amber Davies, thérapeute certifiée en trigger points myofasciaux (CMTPT<sup>2</sup>) et diplômée en massage (LMT<sup>3</sup>)**, vit à Louisville, dans le Kentucky. Son intérêt pour la thérapie par les *trigger points* a débuté au milieu des années 1990 après qu'elle et son père, Clair, eurent remporté au bout de six ans le combat qu'ils menaient contre sa douleur chronique dans le bas du dos. En tant que clinicienne, éducatrice et auteur, Amber Davies se consacre à ce que le traitement de la douleur myofasciale soit enfin reconnu comme une spécialisation médicale à part entière. Elle enseigne à des thérapeutes professionnels dans le cadre de la formation continue et à des personnes en souffrance. Si vous lisez l'anglais, consultez le site [www.triggerpointbook.com](http://www.triggerpointbook.com) où vous trouverez des articles, des groupes de discussion et autres informations.

---

1. National Certification Board for Therapeutic Massage and Bodywork (NCBTMB) [Bureau de certification nationale pour le massage thérapeutique et les thérapies corporelles]

2. Certified Myofascial Trigger Point Therapist (CMTPT) [Thérapeute certifiée en trigger points myofasciaux]

3. Licensed Massage Therapist (LMT) [Thérapeute diplômée en massage]

# Sommaire

Préface

Remerciements

**Chapitre 1** Pourquoi recourir à la thérapie par les *trigger points*?

**Chapitre 2** Tout savoir sur les *trigger points*

**Chapitre 3** Recommandations préalables

**Chapitre 4** Douleur à la tête, à la face et au cou

**Chapitre 5** Douleur à l'épaule, en haut du dos et au bras

**Chapitre 6** Douleur au coude, à l'avant-bras et à la main

**Chapitre 7** Douleur thoracique, abdominale et génitale

**Chapitre 8** Douleur au milieu du dos, au bas du dos et au fessier

**Chapitre 9** Douleur à la hanche, à la cuisse et au genou

**Chapitre 10** Douleur à la jambe, à la cheville et au pied

**Chapitre 11** Massage clinique des *trigger points*

**Chapitre 12** Tension musculaire et douleur chronique

Épilogue au chapitre 12

Glossaire

Pour aller plus loin

Références bibliographiques

Index des zones de douleur

Index des autres symptômes

Index succinct des muscles

Index général



# Préface

Par Christophe Carrio

Champion du monde de karaté à cinq reprises, j'ai découvert le travail et le livre de Clair et Amber Davies en 2003.

À cette époque, je cherchais des solutions à des blessures qui ne cicatrisaient pas et des douleurs chroniques qui me gênaient dans mon quotidien et mon activité professionnelle. Je m'intéressais aux problématiques musculaires, aux notions de fascias et de «nœuds» qu'on nomme *trigger points* mais les informations disponibles à cette époque sur ce sujet étaient assez techniques, difficiles à appréhender et peu nombreuses.

La découverte de l'ouvrage de Clair et Amber fut donc une révélation. C'était le premier à vulgariser correctement le sujet, mais surtout à proposer une approche pratique, simple et détaillée pour se soigner soi-même.

J'ai intégré le contenu de son livre à mon travail dès 2004. Je l'ai utilisé – chez moi et chez les personnes que je coache – pour lutter contre les *trigger points* qui se déclenchent suite à de mauvaises habitudes de posture ou lors de pratiques physiques ou sportives trop intenses. Les effets bénéfiques ont toujours été étonnants.

Grâce à ce livre, vous allez découvrir que les *trigger points* sont de véritables «disjoncteurs». Présents un peu partout dans la musculature, leur rôle est de diminuer le fonctionnement d'une zone problématique. En agissant dessus régulièrement voire quotidiennement par des massages, on peut soulager un grand nombre de douleurs.

L'intérêt de ce livre c'est qu'il cartographie les *trigger points* pour chaque zone du corps et qu'il explique ensuite clairement et visuellement comment agir dessus grâce aux automassages.

La magie du corps c'est de receler de formidables capacités d'autoguérison. Il suffit souvent qu'on l'aide un peu pour que celles-ci s'expriment et que l'on évite que des phénomènes de compensation ne s'installent.

Dans mon livre *Un corps sans douleur*, que j'ai publié chez Thierry Souccar Éditions, je développe une méthode de correction de la posture dans laquelle l'action sur les *trigger points* occupe une place importante.

Aujourd'hui encore, l'ouvrage de Clair et Amber Davies me sert de pense-bête lorsque j'ai un doute sur une douleur musculaire ou articulaire indiquée par un athlète ou un sportif que je coache. À

titre personnel il m'a aidé à me sortir, en 2012, d'une grave entorse cervicale qui avait généré un grand nombre de *trigger points* et de compensations corporelles autour de la nuque et des épaules.

Si vous connaissez déjà mon travail via mon livre *Un corps sans douleur*, sachez que le livre de Clair et Amber Davies le complète parfaitement; il vous permettra d'approfondir votre recherche de bien-être. Si vous découvrez pour la première fois cette approche basée sur l'automassage du corps et des *trigger points*, nul doute que ce livre vous ouvrira la porte d'une plus grande connaissance de vous-même, d'une meilleure santé dans un corps plus détendu et sans douleur.

Je remercie Clair Davies d'avoir apporté sa pierre à l'édifice d'une santé holistique et à la portée de tous.

**Christophe Carrio**

Quintuple champion du monde de karaté

Diplômé de l'académie de médecine sportive américaine

Physical Therapist

Fondateur du Cross Training System CTS

[www.christophe-carrio.com](http://www.christophe-carrio.com)

# Remerciements

Ma reconnaissance envers mon père Clair Davies, aujourd'hui disparu, est immense et sa vision si originale continue d'éclairer ce livre. Il a mis tout ce qu'il savait dans les deux premières éditions et je me sens honorée d'avoir la possibilité de poursuivre son œuvre. Je tiens également à remercier tous ceux qui l'ont toujours soutenu.

Je suis également reconnaissante envers mon mari, James, et mes enfants, Sophia et Nora, pour leur amour et leur soutien, et pour m'avoir donné la liberté de travailler sur ce livre. Merci Maria et Wayne, ma sœur et mon beau-frère, pour leur regard avisé; Clay, mon frère, pour ses encouragements; Ruth Smith, ma grand-mère, pour son écoute et ses conseils; Jeanne Melchior, ma belle-mère, pour son enthousiasme et son aide avec mes enfants; sans oublier, Jan Lipuma, ma mère qui n'est plus, pour son amour, son approbation et ses conseils toujours bienveillants.

Je remercie Nancy Fuller pour avoir réalisé les nouvelles illustrations; Keen Martin pour, outre avoir été la cheville ouvrière, ses remarques avisées et son amitié; mes chers amis Rebecca Elliott, Jenny Claire Hoffman, Myra Evans, Faye Houser et tant d'autres pour m'avoir permis de conserver mon équilibre mental parfois vacillant; et les innombrables patients pour leurs encouragements et les expériences enrichissantes qu'ils m'ont apportées. Merci aux étudiants de mes ateliers pour m'avoir aidée à devenir une meilleure thérapeute et enseignante.

Un merci tout particulier à Judith DeLany, Jan Dommerholt, Stew Wild, Sharon Sauer, Debbie Brodzick, Bjorn et Melady Svae, Rebecca Cohen, Katherine Marmor et Martha Graziano pour m'avoir apporté leur compétence professionnelle et grâce à qui le contenu de ce livre est à la hauteur de mes espérances. Je remercie Bear Decatur et Julie Harper pour leur disponibilité, qui ne s'est jamais démentie, à me faire part de leurs idées et de leurs connaissances. Merci à Jean Blomquist pour sa gentillesse et son excellent travail de relecteur-correcteur qui a permis de corriger mes erreurs et de clarifier ce qui demandait à l'être. Toute ma gratitude la plus sincère à Jess O'Brien, responsable des acquisitions chez New Harbinger Publications, pour ses encouragements, son bon sens et ses conseils. Enfin je remercie tous les membres de New Harbinger qui ont travaillé si dur sur ce projet et ont été si patients avec moi.

# Chapitre 1

## Pourquoi recourir à la thérapie par les *trigger points*?

*Jennifer, 28 ans, aime courir chaque jour pour sa santé dans l'air frais du matin, mais elle a arrêté le jogging et hésite désormais à marcher, ne serait-ce qu'une courte distance, à cause d'une douleur incessante dans les genoux et les talons.*

*Laurent, 52 ans, n'arrive plus à penser à grand-chose d'autre qu'à sa douleur lancinante au dos. Il a le plus grand mal à se mettre au lit et à s'en extirper le matin. Son dos est douloureux qu'il soit assis, debout ou allongé. Cette douleur lui fait détester son travail et a détruit sa vie amoureuse.*

*Mélanie, 36 ans, passe ses journées devant un ordinateur et ses nuits à se préoccuper de l'avenir en raison d'une douleur tenace et d'un engourdissement de ses bras et de ses mains. En tant que mère célibataire, il lui faut coûte que coûte continuer de travailler.*

*Jacques, 45 ans, souffre d'une douleur à l'épaule qui le réveille la nuit. Il n'arrive plus à lever le bras pour se peigner et il lui est désormais impossible de se gratter le dos. Un mouvement brusque provoque une douleur foudroyante semblable à une décharge électrique qui le plie en deux, grimaçant et le souffle coupé. Est-ce le début du déclin inévitable dû à l'âge et à son infirmité?*

*Thomas, 23 ans, est un étudiant de violon doué. Après des années de travail acharné avec quelques-uns des meilleurs professeurs du pays, il redoute à présent qu'une carrière professionnelle soit impossible à cause d'une douleur opiniâtre et d'une raideur inexplicquée et croissante de ses doigts.*

Connaissez-vous quelqu'un comme Jennifer, Laurent, Mélanie, Jacques ou Thomas? Ils sont partout — dans chaque métier, chaque bureau, chaque ville. Toutes ces personnes ont en commun, outre leur douleur chronique, de ne pas parvenir à obtenir l'aide dont elles ont besoin. Et ce n'est pas qu'elles n'aient pas cherché, bien au contraire. Elles ont vu des médecins et des kinésithérapeutes, subi des examens et rempli des formulaires pour leur sécurité sociale et leur mutuelle ou, le cœur brisé, ont payé des factures exorbitantes.

Si vous, ou l'un de vos proches, vous retrouvez dans ces descriptions, ce livre devrait vous aider. Mon objectif est d'expliquer ce qui ne va pas et de vous permettre de trouver la cause véritable d'une douleur. Mieux encore, je vous montrerai comment, par l'automassage, vous vous en débarrasserez sans médicament ni besoin de consulter des professionnels de santé.

Elles ont essayé la chiropractie, l'acupuncture, la magnétothérapie, les régimes alimentaires antidouleur et la phytothérapie. Elles ont pris des antalgiques et ont consciencieusement fait des

étirements. Parfois, elles allaient mieux un certain temps, mais la douleur revenait toujours. Rien ni personne ne semblait avoir perçu l'origine du problème. Elles redoutaient que la chirurgie ne soit l'unique solution, même si on leur avait dit qu'il n'existait aucune garantie de succès, et se demandaient si quelqu'un savait quoi que ce soit à propos de la douleur.

L'expérience clinique quotidienne de milliers de massothérapeutes, de kinésithérapeutes et de médecins tend à prouver que la plupart des douleurs classiques et nombre d'autres plaintes déconcertantes sont, en fait, provoquées par la présence de *trigger points*, des nœuds contractés dans les muscles. D'après les spécialistes du traitement de la douleur formés pour détecter et supprimer les *trigger points*, ceux-ci en sont la principale cause dans 75% des cas environ et sont impliqués, au moins en partie, dans quasiment n'importe quelle douleur (on parle de trouble algique). Même la fibromyalgie, qui touche des millions de personnes, serait bien souvent la conséquence d'une douleur myofasciale avec *trigger points*. (*Myo* signifie muscle, *fascia* est la membrane qui enveloppe, soutient, relie et sépare les muscles, et *douleur myofasciale* la résultante de *trigger points* dans les muscles.) Il n'est pas rare que l'on confonde une douleur myofasciale avec une fibromyalgie et, même si ce diagnostic est exact, une fibromyalgie s'accompagne souvent d'un syndrome de douleur myofasciale et donc de *trigger points* (Simons, Travell et Simons, 1999; Gerwin, 1995; Fishbain *et al.*, 1986).

On sait que les *trigger points* sont à l'origine de céphalées, de douleurs à la mâchoire, au cou, au bas du dos, de symptômes de syndrome du canal carpien et de toutes sortes de douleurs articulaires que l'on confond souvent avec de l'arthrose, une tendinite, une tendinose, une bursite ou une blessure ligamentaire. Les *trigger points* provoquent des problèmes aussi variés qu'une douleur aux oreilles ou aux sinus, des vertiges, des nausées, des brûlures d'estomac, une fausse douleur cardiaque, une arythmie, un tennis elbow et des douleurs pelviennes. Ils peuvent également entraîner des coliques chez un bébé ou faire qu'un jeune enfant mouille son lit et, parfois même, contribuer à une scoliose. Ils jouent parfois un rôle dans une fatigue persistante et rendent moins résistant face à une infection. Enfin, parce que les *trigger points* peuvent être responsables d'une douleur chronique et d'une infirmité que rien ne semble pouvoir soulager, ils risquent de favoriser la survenue d'une dépression.

Pourtant, les problèmes dus aux *trigger points* sont parfois étonnamment faciles à résoudre. En fait, la plupart des personnes peuvent s'en charger elles-mêmes si on leur donne l'information dont elles ont besoin. C'est une bonne nouvelle, parce que l'heure est venue pour les gens ordinaires de se prendre en main. Pourquoi donc? Parce qu'un pourcentage effroyablement élevé de médecins et autres praticiens s'obstinent à refuser de s'intéresser aux *trigger points* alors que, depuis plus de 70 ans, des articles paraissent à ce sujet dans des revues médicales. Pourquoi une telle hostilité du corps médical? La faute incombe en partie à l'absence des *trigger points* sur les radiographies, les scanners ou les examens tomodensitométriques et également sur les cadavres utilisés lors des dissections. Il existe toutefois une raison bien plus basique. Il n'existe aucun médecin spécialisé dans les muscles qui soit soutenu par une grande institution lui permettant d'effectuer des études sur les causes musculaires de la douleur. On ne va pas à la faculté pour devenir «docteur des muscles». Le plus grand organe du corps est un orphelin. En tant que médecin et chercheur, le Dr David Simons a écrit dans la préface de ce livre: «Le muscle est un organe orphelin. Aucune spécialité médicale ne le revendique. Par conséquent, aucune spécialité médicale ne se sent concernée par la promotion d'une recherche dotée de fonds sur les causes musculaires de la douleur et les étudiants en médecine, comme les kinésithérapeutes, reçoivent rarement une formation adéquate qui leur permettrait de reconnaître et de traiter les *trigger points* myofasciaux.»

«Le muscle est un organe orphelin. Aucune spécialité médicale ne le revendique. Par conséquent, aucune spécialité médicale ne se sent concernée par la promotion d'une recherche dotée de fonds sur les causes musculaires de la douleur et les étudiants en médecine, comme les kinésithérapeutes, reçoivent rarement une formation adéquate qui leur permettrait de reconnaître et de traiter les *trigger points* myofasciaux.»

En fait, nous avons encore beaucoup à apprendre sur les muscles, les fascias, les nerfs, les *trigger points* et la douleur référée. Cependant, nous savons *déjà* beaucoup de choses. Les *trigger points* existent. On peut les sentir avec les doigts. Ils émettent des signaux électriques distincts, mesurables avec un appareil électronique sensible. Un microscope électronique a photographié des *trigger points* dans du tissu musculaire vivant (Simons, Travell et Simons, 1999). On peut également voir les *trigger points* sur une ultrasonographie (échographie par ultrasons) en 2D avec une échelle de gris, une sonoélastographie qui couple des vibrations mécaniques et un système d'imagerie ultrasonore Doppler ou encore un écho-Doppler (Sikdar *et al.*, 2009). L'environnement biochimique des *trigger points* actifs et passifs a été évalué avec de nouvelles aiguilles de microdialyse. Les niveaux des réactions biochimiques connues pour être impliquées dans la douleur, la sensation, la communication intracellulaire et l'inflammation ont été mesurés et ont permis de comparer les caractéristiques d'un tissu où figurent des *trigger points* avec celles d'un tissu qui en est dépourvu (Shah et Gilliams, 2008).

L'essentiel de ce que nous savons sur les *trigger points* est bien documenté dans l'ouvrage médical en deux volumes *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (paru en français aux éditions Haug International en 1993) de Janet Travell et David Simons, tous deux docteurs en médecine. La plupart des informations de ce texte fondamental sont exprimées en des termes scientifiques difficiles, mais la science des *trigger points* est simple à comprendre si on l'explique avec un vocabulaire de tous les jours.

Travell et Simons décrivent un *trigger point* comme un simple nœud contracté dans le tissu musculaire. Il semble souvent plus dense ou compact que le tissu musculaire environnant. Souvent, on ne perçoit qu'une fine bande musculaire, semblable à une corde de guitare, dans les fibres musculaires où siège le *trigger point*. La tension constante dans ces fibres limite l'afflux de sang dans sa région immédiate. L'accumulation de produits dérivés du métabolisme qui en résulte, et le manque d'oxygène et de nutriments nécessaires au métabolisme, peuvent entraîner la perpétuation de *trigger points* durant des mois voire des années, sauf si l'on intervient. Il faut briser ce cercle vicieux (Simons, Travell et Simons, 1999; McParland et Simons, 2011).

Lorsqu'on veut traiter des *trigger points*, la difficulté réside dans le fait que le siège de la douleur n'est généralement pas l'endroit où se situe le *trigger point*. Or, la plupart des traitements antalgiques reposent sur le postulat que la cause d'une douleur se trouve là où celle-ci s'exprime, alors que les *trigger points* sont presque toujours à l'origine d'une douleur à distance. Cette douleur référée (située à distance du point affecté par le *trigger point*) est ce qui a toujours déconcerté. D'après Travell et Simons, les traitements classiques échouent souvent parce qu'ils se focalisent sur la douleur elle-même, traitant par conséquent le siège de celle-ci en oubliant de traiter la cause, souvent à distance.

Pire encore qu'un traitement systématique du siège de la douleur, il y a le recours à un traitement pharmaceutique qui portera sur tout le corps pour un problème généralement local. Les antalgiques et des thérapies de plus en plus onéreuses donnent l'illusion que tout va pour le mieux alors qu'en réalité cela ne fait que masquer le problème. Les douleurs les plus communes, comme un mal de tête, une douleur musculaire ou articulaire, sont un signal d'alarme — une réaction protectrice à une utilisation excessive ou à un traumatisme musculaire. La douleur nous dit que quelque chose ne va pas

afin d'attirer notre attention. Ce n'est pas une médecine digne de ce nom si l'on tue le messenger et qu'on ignore le message. Lorsqu'une douleur est perçue dans son rôle véritable de messenger, et non juste comme une souffrance, le traitement peut alors s'orienter vers la cause de la douleur.

Lorsqu'une douleur est perçue dans son rôle véritable de messenger, et non juste comme une souffrance, le traitement peut alors s'orienter vers la cause de la douleur.

Une erreur de diagnostic sur l'origine d'une douleur est, aux yeux de Travell et Simons, la question primordiale. La douleur référée des *trigger points* imite les symptômes d'une très longue liste de maladies courantes, mais les médecins reçoivent rarement ne serait-ce qu'un début de formation sur les pathologies et les troubles fonctionnels des muscles. Pour les docteurs Travell et Simons, la plupart des douleurs courantes résultent de la présence de *trigger points* myofasciaux et l'ignorance de ce concept basique ne peut qu'aboutir à des erreurs de diagnostic et, par voie de conséquence, à l'incapacité de soigner effectivement une douleur (Simons, Travell et Simons, 1999).

Heureusement, nous savons désormais que la douleur survient selon des schémas prévisibles. Les avancées médicales inestimables réalisées par Travell et Simons, et leur brillante illustratrice, Barbara Cummings, tiennent à leur capacité à définir ces schémas. Dès que l'on sait où chercher, il devient facile de localiser les *trigger points* par le toucher et de les désactiver grâce à l'une des nombreuses méthodes.

Malheureusement, les deux techniques mises en avant dans l'ouvrage *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* — étirement associé à l'utilisation d'un spray réfrigérant vaporisé sur le muscle concerné ou injection au niveau de la zone du *trigger point* — demandent l'intervention d'un thérapeute et ne permettent pas de se soigner soi-même. L'objectif de cet ouvrage est, en se fondant sur le travail de Travell et Simons, de proposer une approche plus pratique et accessible, sans recourir à de multiples consultations chez un professionnel, grâce à des automassages effectués là où siègent les *trigger points*. Un soulagement significatif des symptômes survient souvent au bout de quelques minutes et la plupart des problèmes sont éliminés en trois à dix jours. Même une affection chronique de longue durée peut disparaître en six semaines seulement. Les résultats mettent parfois plus de temps chez ceux qui souffrent d'une fibromyalgie ou d'un syndrome myofascial douloureux très diffus mais, dans ce cas aussi, ces personnes constatent des progrès qui vont en s'améliorant et ont l'espoir que leur pathologie disparaîtra peu à peu.

L'automassage des *trigger points* fonctionne selon trois principes: il met un terme au cercle vicieux de neurofeedback chimique qui maintient la contraction musculaire; il améliore la circulation sanguine diminuée du fait des tissus tendus; il étire directement les fibres musculaires nouées par des *trigger points*. Les illustrations de ce livre montrent comment trouver les *trigger points* présents dans votre corps et comment les désactiver manuellement. Une attention toute particulière a été portée sur les méthodes qui ne nuisent pas aux mains déjà malmenées par une utilisation excessive.

L'automassage possède de nombreux avantages supplémentaires. Si vous traitez votre douleur, vous en contrôlez le moment, le lieu et l'intensité, et si elle vous réveille la nuit, vous savez comment la calmer. Lorsqu'on se masse soi-même, on dose l'intensité de la pression exercée, ce qui est particulièrement important si un point hypersensible ne supporte qu'une pression minime. Mieux encore, grâce à l'automassage, vous bénéficiez de traitements quotidiens aussi souvent que vous le souhaitez et où que vous soyez — sans besoin de prendre rendez-vous, d'acheter un équipement onéreux ou de libérer du temps sur vos horaires de travail.

Grâce à l'automassage, vous bénéficiez de traitements quotidiens aussi souvent que vous le souhaitez et où que vous soyez — sans besoin de prendre rendez-vous, d'acheter un équipement onéreux ou de libérer du temps sur vos horaires de travail.

Ce livre est avant tout conçu comme un manuel d'auto-instructions, mais il peut également servir d'ouvrage de base dans un cours. Cette approche simplifiée et directe pour traiter une douleur par l'automassage sera une référence en thérapie par les *trigger points* dans n'importe quel programme de formation. Les étudiants des instituts de chiropraxie, des sections de kinésithérapie et des écoles de massage en retireront un avantage tout particulier. Le [chapitre 11](#) sur le massage clinique des *trigger points* vise justement à aider les thérapeutes à adapter ce qu'ils auront ainsi appris à leur pratique sur des patients. En outre, si des thérapeutes sont capables d'interpréter leur propre douleur référée et de trouver leurs *trigger points* pour les traiter, ils sauront exactement quoi faire lorsqu'ils rencontreront des problèmes similaires chez leurs patients.

Pour ces mêmes raisons, un cours sur l'automassage des *trigger points* serait une bénédiction dans les facultés de médecine. Lorsque de jeunes médecins apprennent comment soulager leur mal par un automassage, ils sont plus au fait des réalités de la douleur et du grand potentiel du traitement des *trigger points*. Un tel ajout dans la formation médicale améliorerait profondément le traitement de la douleur et en diminuerait le coût de manière notable.

Et il n'est pas trop tard pour les médecins en exercice qui peuvent se former à la thérapie par les *trigger points* et à la douleur myofasciale, et tirer profit de ce savoir. Ils découvriront que ce livre constitue une introduction rapide et pratique au magnifique travail de Travell et Simons, et à cette branche négligée de la médecine. J'espère que beaucoup seront incités à consulter l'ouvrage en deux volumes de Travell et Simons, *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des trigger points musculaires*, 1993; celui de Jan Dommerholt et Peter Huijbrecht, *Myofascial Trigger points: Pathophysiology and Evidence-Informed Diagnosis and Management*, 2011 ainsi que *Muscle Pain: Understanding the Mechanism*, 2010 et *Muscle Pain: Diagnosis and Traitement*, 2010, tous deux écrits par Siegfried Mense et Robert D. Gerwin. Plusieurs revues, dont le *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, le *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, le *Journal of Musculoskeletal Pain*, *Pain* et *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, publient des études concernant la douleur myofasciale. Reportez-vous à la section «Pour aller plus loin» à la fin de ce livre où vous trouverez des massothérapeutes et des lieux où vous pourrez approfondir vos connaissances. Nombreux sont ceux qui ont besoin d'aide et d'encouragements pour apprendre comment prendre en charge la douleur induite par des *trigger points* et personne ne serait mieux placé à ce sujet qu'un membre de la communauté médicale.

Les médecins n'ont pas toujours conscience des limites des méthodes qu'ils utilisent pour traiter la douleur et, de plus, certains font même mal. Nombre d'entre eux s'inquiètent, tout comme les non-initiés, de l'apparition incessante de nouveaux médicaments et déplorent de ne pas pouvoir offrir de meilleures solutions à leurs patients. La thérapie par les *trigger points*, sur soi ou réalisée par un professionnel, a le pouvoir de révolutionner le traitement contre la douleur dans le monde entier.

## Le début d'une nouvelle vie

Un médecin aurait dû écrire ce livre. Un spécialiste qualifié en blouse blanche, de bonne foi et avec des années et des années d'expérience et de nombreux articles publiés dans des revues médicales,



aurait dû le rédiger. À la place, ce fut mon père, Clair Davies, qui, déçu par l'approche médicale vis-à-vis de la douleur, s'en est chargé.

Dans les deux premières éditions américaines de *Soulagez vos douleurs par les trigger points* (*The Trigger point Therapy Workbook*), mon père raconte comment il est devenu un fervent adepte des *trigger points*, un massothérapeute et un auteur. Pour faire court, la douleur le motivait, car il avait souffert au milieu des années 1990 d'une épaule bloquée qui l'avait handicapé durant huit mois. Tout avait débuté par une épaule endolorie après voir déblayé de la neige avec une pelle. Il en vint à ne plus pouvoir lever le bras au-dessus de l'épaule, mettre sa ceinture de sécurité, ouvrir un bocal ou une porte. Un médecin posa le diagnostic de bursite et lui conseilla de mettre son bras en écharpe pendant six mois, ce qui était impossible vu qu'il réparait des pianos à son compte. Un second médecin parla, lui, de capsulite rétractile et proposa de manipuler en force l'épaule, sous anesthésie, pour éliminer les adhérences dans la capsule de l'articulation. Mon père trouva ces deux idées absurdes et choisit la kinésithérapie. Au bout de plusieurs séances qui aggravèrent son épaule, il découvrit que la kinésithérapeute souffrait elle aussi d'une épaule bloquée. Son traitement ne parvenait pas à la guérir ni, du coup, ne pouvait le guérir alors qu'elle comptait bien être payée. Inutile de dire que mon père n'apprécia pas. Plus tard, il essaya la massothérapie et remarqua que le thérapeute utilisait un ouvrage médical sur les *trigger points* pour tenter de résoudre sa douleur à l'épaule. Mon père y vit une opportunité de prendre le contrôle de son traitement et sauta sur l'occasion. Il acheta les livres de Travell et Simons, et partit travailler.

Son histoire est extraordinaire dans le sens où il est parvenu à guérir son épaule bloquée avec une simple balle de tennis, une Thera Cane (canne de massage) et les deux volumes de Travell et Simons *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux*. Il lui a fallu quatre semaines d'études assidues et d'automassages pour éliminer tous les *trigger points* de ses vingt-trois muscles touchés. Après cela, deux autres semaines d'étirements effectués par son kinésithérapeute lui ont permis de retrouver la pleine mobilité de ses mouvements. Il n'en revenait pas. Il avait résolu son problème de douleur à l'épaule!

Il s'est ensuite occupé de moi. Je souffrais d'une douleur chronique dans le bas du dos depuis l'âge de 18 ans, due à un accident d'ascenseur lors d'un changement de scène dans un théâtre régional. Pendant six ans, j'avais vécu avec cette douleur. Je ne pouvais pas rester assise plus d'une heure sans devoir frotter le bas de mon dos avec les articulations de mes doigts. Si je soulevais plus de dix kilos, je le payais trois jours durant. Mon dos était incapable d'effectuer ce qui va normalement de soi quand on est jeune. La massothérapie et, plus précisément, des automassages réguliers ont modifié cela du tout au tout. Un jour où j'étais restée assise pendant quatre heures pour réaliser des bijoux, j'ai pris conscience que je n'avais plus du tout mal. J'aurais dû vivre un enfer, or ce n'était pas le cas. Ma vieille amie, la douleur, avait disparu. Mon corps était comme régénéré. Cette douleur n'est réapparue qu'une fois, deux mois plus tard, et j'ai alors commis la classique erreur lorsqu'on se soigne soi-même: de rage, j'ai violemment écrasé mes *trigger points*. Par chance, mon corps s'est accommodé de cette réaction agressive et je n'ai eu que deux hématomes. Dans les années qui ont suivi, de nombreuses crises de douleur liées à d'autres problèmes sont survenues et j'ai pratiquement tout résolu grâce à l'automassage des *trigger points*.

Mon père et moi avons suivi une formation dans une école de massage et sommes devenus massothérapeutes avec une spécialisation en autodidacte sur les *trigger points* myofasciaux. Après la publication de la première édition américaine de *Soulagez vos douleurs par les trigger points* (*The Trigger point Therapy Workbook*, 2001), nous avons voyagé dans tous les États-Unis pour donner, le week-end, des cours lors de séminaires de formation continue à des massothérapeutes et autres professionnels de la santé intéressés. Durant ces deux ans et demi, nous avons pris contact avec

plusieurs centaines de thérapeutes. Mon père était, de bien des manières, un loup solitaire et collaborer représentait pour lui un défi. Lorsque je me suis sentie prête à rivaliser avec mon mentor, le temps est venu de mettre un terme à notre entreprise «Davies et fille» et de redevenir simplement un père et sa fille. J'ai continué à enseigner lors de séminaires, proposant des ateliers à des thérapeutes professionnels tout comme à des personnes en souffrance. Vous trouverez plus d'informations sur mon site à [www.TriggerPointBook.com](http://www.TriggerPointBook.com).

Aux États-Unis, de nombreux thérapeutes traitent désormais par les *trigger points* et il devient de moins en moins difficile de trouver un thérapeute compétent capable de vous soulager de votre douleur. Toutefois, vous n'avez plus besoin d'attendre. Vous pouvez commencer les automassages dès aujourd'hui. Consultez les pages «Guide des douleurs» et «Guide des autres symptômes» au début des [chapitres 4 à 10](#), qui vous montreront où chercher les *trigger points* à l'origine de votre souffrance. De nombreux muscles et *trigger points* peuvent être impliqués. Lisez donc le [chapitre 3](#), «Recommandations préalables», afin de mieux comprendre comment réaliser le plus efficacement possible la technique du massage. Ensuite, je vous incite à lire attentivement chaque partie se rapportant à un muscle pouvant être en cause. Enfin, n'ayez surtout pas peur d'essayer, car un soulagement notable est peut-être à portée de main.

Le prochain chapitre, «Tout savoir sur les *trigger points*», parle de l'histoire et de la science des *trigger points* myofasciaux. Si vous avez besoin d'un soulagement immédiat sans connaissance scientifique approfondie, allez directement au [Chapitre 3](#), «Recommandations préalables».

## Chapitre 2

# Tout savoir sur les *trigger points*

Dans les quatre premiers chapitres du livre *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires* (édition originale parue aux États-Unis en 1993 et traduite en France en 1999), Janet Travell et David Simons présentent de manière détaillée l'essentiel des connaissances sur la science des *trigger points* et la douleur référée en les étayant de plusieurs centaines de références d'articles scientifiques sur le sujet. Janet Travell et David Simons sont, en soi, deux personnalités hors du commun.

### Le Dr Janet G. Travell (1901–1997)

Janet Travell fut une spécialiste en cardiologie et en pharmacologie à une époque où peu de femmes étaient admises en faculté de médecine. Sa douleur à l'épaule l'amena à explorer le traitement contre la douleur myofasciale avec ses patients cardiaques de New York. Parmi tous ceux qui étudient ou ont étudié la douleur myofasciale, Janet Travell est généralement reconnue comme une pionnière en matière de diagnostic et de traitement. Bien évidemment, elle ne fut pas la seule, l'innovation authentique étant rarement le fruit d'un esprit unique. Il s'agit plus souvent de la combinaison de plusieurs éléments de connaissance qui permet de résoudre un nouveau problème. Le Dr Travell s'est beaucoup documentée à travers les travaux d'autres personnes en rapport avec ses propres recherches. Elle découvrit ainsi que de nombreux chercheurs du monde entier commençaient à explorer l'étrange phénomène de la douleur référée résultant de la présence de *trigger points* dans les muscles. Ils semblaient toutefois travailler chacun dans leur coin, sans avoir conscience des réflexions d'autrui. Avec une incroyable ténacité et persévérance, Janet a consacré son temps à rassembler toutes ces informations pour en faire un tout cohérent.

En 1983, à l'époque de la parution du premier volume de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires*, cela faisait plus de 40 ans qu'elle étudiait les *trigger points* et la douleur référée, qu'elle traitait. Elle avait déjà publié une bonne quarantaine d'articles sur ses recherches dans des revues médicales, le premier dès 1942. Ses concepts révolutionnaires sur la douleur ont amélioré la vie de millions d'hommes et de femmes. Les techniques cliniques novatrices sur le traitement de la douleur myofasciale employées par des médecins, des kinésithérapeutes et autres soignants de tous pays n'auraient jamais existé sans le dévouement, l'énergie et l'intelligence du Dr Travell.

Son succès personnel avec un patient particulier a eu un profond retentissement sur l'histoire. En effet, et rares sont ceux qui s'en souviennent, Janet Travell fut le médecin de la Maison-Blanche durant les présidences de John F. Kennedy et de son successeur Lyndon B. Johnson. Le président Kennedy lui avait fait l'honneur de la choisir pour la remercier de l'avoir soigné d'une douleur myofasciale invalidante et d'autres affections l'ayant menacé de mettre un terme prématuré à sa carrière politique. C'est un exemple stupéfiant qui montre à quel point la thérapie par les *trigger points* peut changer la vie et le destin de quelqu'un.

Bien qu'elle fut âgée d'une soixantaine d'années à la fin de cette fonction à la Maison-Blanche, elle ne comptait nullement prendre sa retraite ni même travailler moins. Durant les trente années qui suivirent, elle continua de développer sa méthode et de l'enseigner avec vigueur et enthousiasme. Elle avait plus de 80 ans lorsque le premier volume de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* est paru et plus de 90 ans pour le second volume. Elle a toujours pris son temps avant chaque parution, car elle voulait être satisfaite du résultat.

Le 1<sup>er</sup> août 1997, Janet Travell s'est éteinte à l'âge de 95 ans. Elle est inhumée aux côtés de son père, de sa mère et de son mari, John Powell, au Albany Rural Cemetery en périphérie d'Albany, dans l'État de New York. Sur sa tombe, toute simple, on ne lit que son nom de femme mariée, Janet Graeme Powell, sans mention de son nom professionnel, de ce qu'elle a réalisé ni de son rôle dans l'histoire. Ce qu'elle lègue est peut-être, de manière plus pertinente, ce qui est gravé dans l'esprit et le cœur de ceux à qui elle a apporté une renaissance grâce au soulagement des douleurs.

## **Le Dr David G. Simons (1922–2010)**

Dans l'étude de la douleur myofasciale, David Simons fait figure d'autorité en raison de sa longue expérience dans la recherche. Au début de sa carrière, il travaille pour la médecine aéronautique, améliorant les méthodes de mesure de la réaction physiologique du corps au stress de l'apesanteur. Il fait partie de l'équipe de chercheurs qui envoient des animaux dans l'espace en prévision des futurs astronautes. En 1957, alors qu'il est un jeune médecin de l'US Air Force, il établit un nouveau record du monde d'altitude en ballon, ce qui apporte un éclairage fascinant sur sa carrière. En fait, il devance le satellite Spoutnik dans l'espace. Il sera le premier homme à confirmer que la Terre est bien ronde et fera la couverture du magazine *Life*. Il écrira ensuite un livre, *Man High* (1960), pour raconter son aventure.

David Simons rencontre pour la première fois Janet Travell en 1963, alors qu'elle est toujours médecin à la Maison-Blanche. Elle vient donner une conférence sur les *trigger points* et la douleur myofasciale à l'École de médecine aéronautique de la base Brooks de l'armée de l'air à San Antonio, dans le Texas. En 1965, le Dr Simons prend sa retraite de l'US Air Force et devient directeur des recherches de ce qui s'appelle désormais le Department of Veterans Affairs (Département des Anciens combattants des États-Unis). Il débute cette même année un long apprentissage informel en médecine antidouleur avec le Dr Travell qui le prend sous son aile. Une synergie remarquable se crée entre eux durant les deux décennies qui suivent, une synergie qui culminera avec l'écriture des deux tomes de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (1983, 1992, 1999), un testament de la puissance extraordinaire engendrée par deux esprits à l'intelligence exceptionnelle lorsqu'ils travaillent ensemble.

L'attention toute particulière que le Dr Simons portait aux détails ainsi que son adhésion à la méthode scientifique lui ont permis d'être d'une objectivité rigoureuse dans sa documentation sur la douleur myofasciale. Lors de la rédaction des deux tomes, il fut l'élément moteur, effectuant la plupart du travail d'écriture en s'appuyant avant tout sur les vastes connaissances et expériences du Dr Travell.

David Simons est décédé le 5 avril 2010 à l'âge de 87 ans. Il a continué jusqu'à la fin ses activités dans le domaine de la douleur myofasciale. Il a publié des articles, a poursuivi ses travaux de recherche et posé des questions pertinentes aux innombrables spécialistes en médecine clinique et chercheurs du monde entier qui étudiaient les *trigger points* myofasciaux afin d'en accroître la

compréhension. La David G. Simons Academy à Winterthur, en Suisse, est l'une des nombreuses institutions en Europe qui forme des médecins et des kinésithérapeutes à la douleur myofasciale.

## Le livre de Janet G. Travell et David G. Simons

Quatre très longs chapitres de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* sont consacrés à la science des *trigger points* et à la douleur myofasciale. À eux seuls, ils constitueraient un ouvrage déjà volumineux et très technique. Notre objectif est d'en prendre la «substantifique moelle» et d'y ajouter de nouvelles connaissances afin d'obtenir un résultat dont la lecture soit accessible au plus grand nombre.

### *Le fléau des trigger points*

Le Dr Travell n'hésitait pas à qualifier les *trigger points* de «fléau de l'humanité», car la douleur qui résulte des *trigger points* peut être aussi violente que celle causée par une crise cardiaque, un calcul rénal ou une fracture. En outre, la douleur d'un muscle minuscule est parfois aussi forte, voire pire, que celle d'un muscle plus grand. Si les *trigger points* risquent rarement d'entraîner la mort, les souffrances qu'ils provoquent peuvent s'avérer extrêmement démoralisantes et dévastatrices pour la qualité de vie.

### *Difficile d'échapper aux trigger points*

Les *trigger points* sont un phénomène naturel extrêmement courant. Il est difficile d'imaginer en être exempt ou, d'une manière ou d'une autre, immunisé. Chez la plupart des gens, des *trigger points* sont présents quelque part dans leur musculature, au moins à l'état passif.

Étant donné que les *trigger points* se trouvent dans le tissu musculaire, le territoire dans lequel ils peuvent causer du tort est très vaste. Le muscle est l'organe du corps le plus volumineux, représentant en moyenne 42% à 47% du poids du corps. Les médecins spécialisés dans le traitement de la douleur myofasciale ont découvert que la douleur musculaire contribue dans 75% à une forme ou une autre de douleur. Des *trigger points* sont presque toujours à l'origine, ou au moins en partie, d'un problème de douleur, même lorsqu'elle résulte d'une maladie ou d'un traumatisme. En outre, une douleur musculaire peut être la cause principale d'une invalidité, d'une perte de temps et d'absentéisme au travail, lors d'une activité sportive, professionnelle ou non, ou dans la vie de tous les jours (Simons, Travell et Simons, 1999; Mense et Gerwin, 2010).

L'une des difficultés pour diagnostiquer et traiter des *trigger points* tient à leurs symptômes qui imitent ceux de nombreuses autres affections. On sait que des *trigger points* contribuent aux maux de tête, aux douleurs au cou, à la mâchoire ou au bas du dos, aux symptômes d'un syndrome du canal carpien et, parfois, à toutes sortes de douleurs articulaires, notamment de l'arthrose, une tendinite, une bursite ou une blessure ligamentaire.

Par ailleurs, on sous-estime leur capacité à demeurer de manière quasi indéfinie à l'état passif. Vous pouvez fort bien ne pas soupçonner l'existence de *trigger points* passifs, car ils ne provoquent aucun symptôme perceptible. Ils sont néanmoins très faciles à trouver étant donné que vous avez mal lorsque vous appuyez sur l'un d'eux. Toutes sortes de stimuli peuvent rapidement transformer des *trigger points* passifs en *trigger points* actifs à l'origine d'une douleur spontanée.

# Indifférence médicale

Malgré l'importance des muscles comme principale source de douleur, fréquente de surcroît, les étudiants en médecine n'apprennent pas grand-chose à leur sujet, même en anatomie, et il n'existe aucune spécialisation sur le diagnostic et le traitement des pathologies musculaires. La pratique de la médecine se focalise sur les articulations, les os, les bourses (les poches membraneuses des articulations), les vaisseaux sanguins et les nerfs. Cette attention inadéquate entraîne de nombreuses erreurs de diagnostic et tout autant de traitements inappropriés. L'argent destiné à la recherche est utilisé pour des médicaments, des appareils médicaux et des procédures médicales, et non pour des thérapies manuelles, moins rentables financièrement. De même, la kinésithérapie, qui semble être la voie de traitement la plus logique, manque de formation appropriée sur les mécanismes cliniques de la douleur et les stratégies de gestion de celle-ci (Dommerholt, 2011).

De nombreuses personnes sceptiques justifient cet état de fait par un soi-disant manque d'études sur les *trigger points*, mais un tel argument n'a plus lieu d'être, car celles-ci ne manquent pas. Les *trigger points* existent bel et bien. On peut analyser leur biochimie grâce à des aiguilles spéciales et les voir grâce à des méthodes scientifiques bien établies (Shah et Gilliams, 2008; Sikdar *et al.*, 2009).

## Qu'est-ce qu'un *trigger point*?

Étant donné l'importance accablante et l'omniprésence des *trigger points* myofasciaux, il est incroyable qu'ils soient demeurés si longtemps un «mystère». Le terme de *trigger point* est toujours largement inconnu du grand public et vous ne le trouverez dans aucun dictionnaire général, hormis un dictionnaire médical ou certaines sources médicales qui commencent finalement à reconnaître les *trigger points*, mais le plus souvent, au mieux sous la forme d'un ou deux minces paragraphes. La bonne nouvelle, c'est que chez les médecins spécialisés dans le traitement de la douleur membres de l'American Pain Society, une majorité écrasante soutient désormais le concept de *trigger points* (Harden *et al.*, 2000).

D'après Travell et Simons, un *trigger point* myofascial est «une zone d'hypersensibilité, en général au sein d'une bande palpable, dans un muscle squelettique et/ou le fascia qui lui est associé, douloureuse à la pression, et qui donne lieu à une douleur référée, une sensibilité référée, des phénomènes neurovégétatifs référés et des troubles proprioceptifs qui lui sont caractéristiques». En termes plus clairs, cela signifie qu'un *trigger point* est une minuscule zone hypersensible dans une bande de tissu musculaire en tension qui fait mal quand on appuie dessus. La compression permet de reproduire et de confirmer vos symptômes.

Un *trigger point* est une minuscule zone hypersensible dans une bande de tissu musculaire en tension qui fait mal quand on appuie dessus. La compression permet de reproduire et de confirmer vos symptômes

Une bande musculaire en tension, plus facile à détecter à la palpation qu'un *trigger point*, a été décrite comme ressemblant à un morceau de spaghetti mal cuit enfoui dans le muscle. Il faut beaucoup de sensibilité tactile pour parvenir à sentir un nodule, ou nœud, au sein d'une bande de fibres musculaires contractées. Le Dr Simons l'a expliqué clairement lorsqu'il a parlé de l'inutilité à passer trop de temps à chercher dans les muscles des masses nettement distinctes. D'après lui, il vaut mieux penser en termes de minuscules sarcomères (les structures dans le muscle qui se contractent)

individuels et indiscernables qui sont dans un état statique de contracture. Un nodule bien distinct (un *trigger point* ou un nœud) serait un amas très compact de ces sarcomères qui posent problème. En réalité, cet amas de sarcomères est souvent un peu plus diffus dans une zone de 20 mm à, plus rarement, 30 mm. Il est perçu comme plus dense, sans aller forcément jusqu'à une induration. Il faut donc considérer un *trigger point* comme une «trigger zone», sa principale caractéristique étant son hypersensibilité sans qu'il s'agisse forcément d'un «nœud» (Simons, communication personnelle avec Clair Davies, 2006).

Cela vous aidera de savoir que les *trigger points* se forment dans des endroits bien précis, là où le nerf moteur pénètre dans le muscle pour lui dire de travailler. Cette localisation n'est pas toujours sensible. Elle ne fait mal que si un *trigger point* est présent et qu'on le comprime. Par conséquent, lors de l'automassage d'un *trigger point*, ne cherchez pas tant un endroit plus dense que, plutôt, douloureux.

Lors de l'automassage d'un *trigger point*, ne cherchez pas tant un endroit plus dense mais plutôt douloureux.

Une *bande de tension* palpable est un faisceau de fibres musculaires contractées semblable à une cordelette ou un câble et qui est due à la présence d'un *trigger point* (figure 2.1). Il s'étend à partir du *trigger point* dans les deux directions et peut être confondu avec un petit tendon. La bande de tension est souvent l'aspect le plus gênant du problème, car elle restreint la mobilité en limitant la capacité du muscle à s'allonger. Une bande de tension est souvent palpable alors qu'un *trigger point* ne l'est pas.

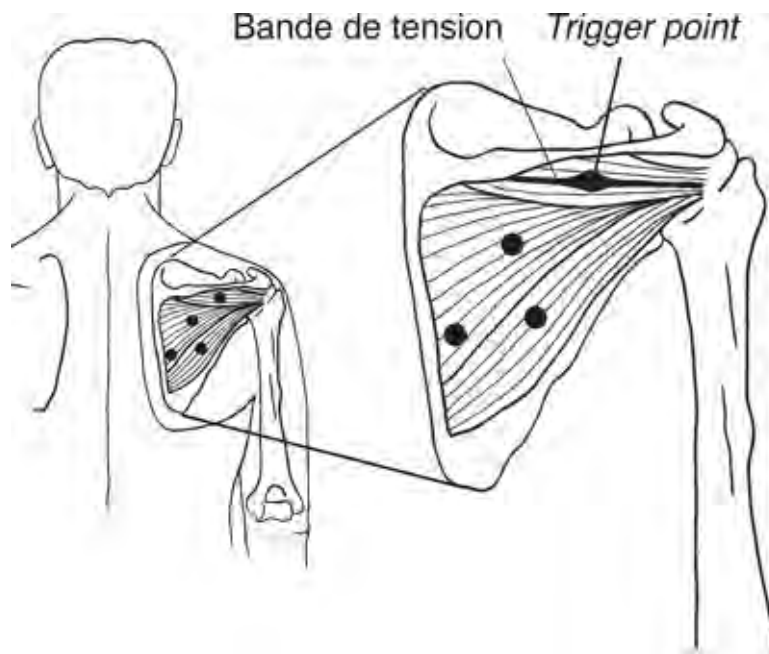


Figure 2.1 Muscle sus-épineux avec un agrandissement pour montrer un *trigger point* et sa bande de tension de fibres musculaires associée (tous les points noirs sont des *trigger points*)

Il faut bien comprendre qu'un *trigger point* n'est pas un spasme musculaire, même si on le décrit parfois ainsi même dans des textes médicaux. Un spasme est une contraction dure et soudaine de tout le muscle, tandis qu'un *trigger point* et sa bande de tension associée sont une *contracture* limitée à une petite zone au sein du muscle. Des *trigger points* peuvent entraîner un spasme de la totalité du muscle, mais cela ne signifie pas pour autant qu'un *trigger point* et un spasme soient équivalents.

## *Facial ou fascial?*

Lorsqu'on entend parler, pour la première fois, de *trigger points* myofasciaux, on a parfois tendance à penser qu'ils n'entraînent une douleur qu'à la face, d'où une confusion entre «fascial» et «facial». Si, bien sûr, des *trigger points* peuvent être responsables d'une douleur à la face, une douleur myofasciale est possible n'importe où dans le corps. Dans myofascial, le préfixe «myo» fait référence au muscle et «fascial» à *fascia*, le tissu conjonctif qui enveloppe et sépare les muscles à la manière d'un film d'emballage. Une couche de fascia superficiel (le fascia aponévrotique) recouvre tout le corps juste sous la peau et renferme la graisse, les nerfs, les vaisseaux sanguins et autres tissus conjonctifs. Le fascia profond (le fascia axial profond) entoure chaque muscle, section de muscle, fibre musculaire et jusqu'aux cellules musculaires (myocytes). (On voit bien le fascia superficiel sur la cuisse d'un poulet non cuit dont on a retiré la peau.) Un fascia peut devenir tendu et épaissi, et constitue alors une partie du problème.

## **Les *trigger points* et les autres points: s'agit-il de la même chose?**

Au départ, Janet Travell et les autres personnes qui se penchaient sur ce sujet parlaient de «*trigger zone*» pour ce que nous appelons désormais un *trigger point* (Edeiken et Wolferth, 1936). La première expression a du sens dans la mesure où, comme l'endroit qui pose problème est souvent si profondément enfoui dans le muscle, il est difficile de le délimiter clairement. Lorsque vous essayerez de trouver un *trigger point*, il sera parfois plus semblable à une petite zone qu'à un point.

## *Points d'acupuncture*

L'acupuncture est une méthode vieille de plus de quatre mille ans qui permet de soigner une maladie, un dysfonctionnement, un stress ou une douleur. Il existe des centaines de points d'acupuncture, certains se trouvant sur les douze méridiens qui propagent l'énergie d'un organe dans tout le corps, d'autres se situant ailleurs. Les acupuncteurs utilisent les points *a-shi* (qui signifie «oui, c'est là [où ça fait mal!]») pour traiter une douleur et un dysfonctionnement musculo-squelettique. Les principaux chercheurs n'arrivent pas à se mettre d'accord pour savoir si ces points coïncident ou non avec les *trigger points* étudiés et documentés dans *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (Dorsher, 2006; Birch, 2003, 2008). On sait que la pose d'une aiguille d'acupuncture sur des *trigger points* et sur des points *a-shi* est efficace pour soulager la douleur. Bien des praticiens de différentes disciplines utilisent des aiguilles, des filaments et des seringues pour traiter ce que nous appelons des *trigger points*, mais ce serait une erreur de penser que l'acupuncture et la thérapie par les *trigger points* sont une seule et même chose. L'acupuncture aborde le corps d'un point de vue plus vaste et différent qu'un thérapeute manuel formé selon des conceptions occidentales. Pour résumer, si vous cherchez un praticien qui traite les *trigger points*, trouvez quelqu'un dont la formation inclut, entre autres, l'étude des schémas de douleur référée documentés dans le travail de Janet Travell et David Simons.

## *Points de compression*

Certaines personnes parlent de «points de compression» lorsqu'elles ne se souviennent plus de l'expression «*trigger points*». Cette confusion est compréhensible car, dans les deux cas, on appuie sur un point. Toutefois, un *point de compression*, est en fait l'endroit au-dessus d'une artère que l'on



comprime pour arrêter un saignement suite à une blessure. Un point de compression peut être proche d'un *trigger point*, mais ce sont deux choses différentes. En shiatsu et en réflexologie, on emploie l'expression voisine «point de pression» mais, là encore, la signification diffère de celle d'un «*trigger point*».

## Points de pression dans les arts martiaux

Des points de pression sont également utilisés dans les arts martiaux. L'enseignement de ces points vitaux n'a pas une vocation thérapeutique dans ce cas, mais sert lors d'un combat à neutraliser l'adversaire. Cela étant, après une séance, on peut ressentir le besoin de soulager certains de ces points. Ceux qui pratiquent des arts martiaux comme le karaté, le kung fu, le taekwondo et le jiu-jitsu apprennent à maîtriser leur adversaire en l'immobilisant grâce à une frappe sur l'un de ces points de pression vitaux. Un coup sur l'un des endroits les plus vulnérables du corps entraîne une vive douleur paralysante qui permet à l'assaillant de s'enfuir ou, s'il le souhaite, d'en tirer avantage en ayant recours à d'autres techniques.

## Points douloureux d'une fibromyalgie

On confond souvent les *trigger points* avec les «points douloureux», l'un des critères utilisés en rhumatologie pour identifier une fibromyalgie. Il existe dix-huit sites bien précis, huit sur l'avant du corps et dix sur l'arrière (figure 2.2), pour tester la douleur à la palpation. Le diagnostic de fibromyalgie est établi lorsqu'il existe des douleurs musculo-squelettiques diffuses depuis plus de trois mois et une douleur à la palpation au niveau d'au moins onze de ces points douloureux, et ce dans les quatre régions du corps.

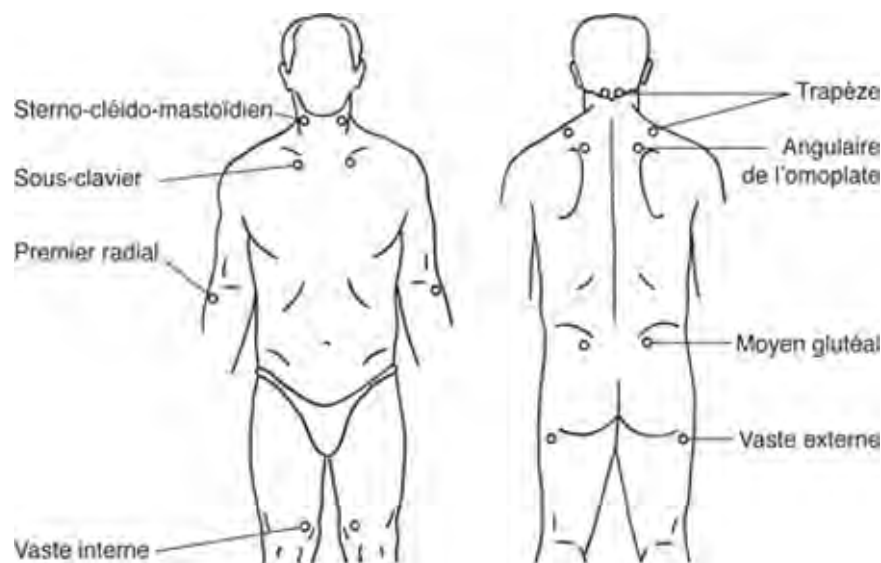


Figure 2.2 Les dix-huit points douloureux à la pression d'une fibromyalgie

Aux États-Unis, un nouveau critère a été provisoirement approuvé par l'American College of Rheumatology qui minimise le recours aux points douloureux dans le diagnostic d'une fibromyalgie. D'après l'étude parue en mai 2010 dans *Arthritis Care and Research* par Frederick Wolfe et ses collègues, les variables diagnostiques les plus importantes (pour diagnostiquer une fibromyalgie dans cette étude) ont été l'index de douleurs généralisées (une mesure du nombre de régions du corps douloureuses) et une échelle de sévérité des symptômes portant sur la fatigue, la qualité du sommeil,

les symptômes cognitifs et les symptômes somatiques. Cela implique que la fibromyalgie est caractérisée par des symptômes tels qu'une douleur diffuse dans le corps modérée à sévère, des troubles cognitifs, un sommeil non réparateur, de la fatigue et d'autres symptômes physiques, et non plus juste par des points douloureux. L'un des problèmes avec le diagnostic d'une fibromyalgie reposant sur ces points douloureux choisis de manière arbitraire est que certains de ces dix-huit points douloureux coïncident avec l'emplacement de *trigger points* myofasciaux ou en sont proches (Ge *et al.*, 2010). En fait, de nombreuses personnes souffrant de fibromyalgie présentent une douleur myofasciale et des *trigger points* pouvant expliquer leurs symptômes. Par conséquent, soit les points douloureux d'une fibromyalgie sont les symptômes d'une réaction excessive du système nerveux central, soit ce sont les *trigger points* hyperactifs qui contribuent à l'excès de stimulation du système nerveux central.

Une conclusion logique qui résulte de la recherche actuelle, c'est que les thérapeutes devraient traiter systématiquement les *trigger points* de ceux qui souffrent de fibromyalgie afin de diminuer la douleur myofasciale. Il faut limiter l'intensité et la durée du traitement en s'appuyant sur ce qui peut être facilement toléré sans aggraver les symptômes. Sharon Sauer, thérapeute spécialisée en *trigger points* myofasciaux et massothérapeute (équivalent du masseur-kinésithérapeute français) diplômée au MYO Pain Relief Center, le centre antidouleur de Chicago, est passée maître dans l'art d'aider ceux à qui l'on a diagnostiqué une fibromyalgie pour qu'ils récupèrent complètement. En 2000, Sauer a ouvert les Fibromyalgia Treatment Centers of America (anciennement Paragon Clinic) dont le principal objectif est de venir en aide à tous ceux qui souffrent de fibromyalgie. Après une évaluation myofasciale approfondie et une correction des facteurs perpétuants, Sauer désensibilise à domicile, à l'aide d'une brosse douce, les tissus hypersensibles des *trigger points* et de la zone de douleur référée du patient pendant qu'il est sous une douche chaude. Ces légers coups de brosse et l'action de l'eau chaude permettent d'allonger peu à peu le muscle. Ensuite, lorsque la personne est capable de tolérer un massage tout en douceur, Sauer suggère de commencer par une pression infime sur les *trigger points* avant de passer à un massage en effleurant la peau avec la légèreté d'une plume. Comme elle le dit elle-même, évaluer de manière approfondie des *trigger points* myofasciaux, former à la prise en charge de soi et de son traitement, s'étirer, bouger et corriger les facteurs perpétuant les douleurs constituent une partie très importante de la victoire contre la douleur et l'hypersensibilité des personnes souffrant de fibromyalgie, ce qui les mène sur la voie d'une récupération pleine et entière (Sauer, communication personnelle avec l'auteur, 2012).

## La physiologie d'un *trigger point*

La recherche se poursuit dans le monde entier pour mieux connaître la composition physique et chimique des *trigger points*, leurs localisations, symptômes et causes, et des articles paraissent régulièrement à ce sujet. Cette section est une vue d'ensemble des connaissances actuelles sur les *trigger points*. Toutefois, pour un lecteur qui ne viserait qu'un objectif pratique, il lui suffit de savoir qu'un *trigger point* est un point extrêmement douloureux dans un muscle qui provoque une douleur à distance. Cette notion toute simple et les schémas de l'emplacement des *trigger point* suffisent généralement à trouver facilement les *trigger points* pour les éliminer en les désactivant.

Toutefois, si vous avez envie de connaître le résultat des recherches scientifiques les plus récentes sur les *trigger points*, je vous incite à lire cette section qui explore quelques-unes des dernières découvertes. Et si ce domaine des sciences en pleine évolution vous intéresse, consultez les sites [www.myopainseminars.com](http://www.myopainseminars.com) et [www.dgs.eu.com](http://www.dgs.eu.com).

## Preuves scientifiques des trigger points

Les scientifiques cherchent les *trigger points* de toutes sortes de manières. Les progrès technologiques permettent désormais de surveiller l'activité électrique et biochimique des *trigger points* et de les «voir». Par exemple, une activité électrique à haute fréquence, spontanée et de faible amplitude (*activité électrique spontanée*) a été détectée au niveau des *trigger points* actifs et de leurs bandes de tension grâce à un électromyographe (EMG), un appareil qui permet d'enregistrer une activité musculaire. On pense que l'activité électrique spontanée est associée à la *plaque motrice* d'un muscle (l'endroit où le nerf moteur communique avec le muscle). David Simons a surnommé ce phénomène le «bruit de plaque motrice». On pensait auparavant que les plaques motrices ne se trouvaient qu'au milieu des fibres musculaires, mais on sait désormais que les zones où elles sont présentes sont plus largement distribuées dans le muscle (Mense et Gerwin, 2010). L'étude de ces signaux électriques a révélé en outre qu'il est possible de déterminer la localisation exacte d'un *trigger point* et que si l'on appuie sur un *trigger point*, cela accroît son activité électrique. L'étirement trop rapide d'un muscle produit le même résultat en augmentant la libération d'acétylcholine, le neuromédiateur qui assure la transmission entre le nerf et le muscle, provoquant sa contraction (Dommerholt, Bron et Franssen, 2011). En outre, il existe une infime différence de température, mesurable, au niveau de la plaque motrice en raison de l'activité métabolique accrue.

Les *trigger points* étant du tissu mou, non osseux, sont invisibles aux rayons X, mais l'élastographie par résonance magnétique (ERM), une technique d'imagerie des tissus, permet de détecter leurs bandes de tension. De récentes recherches ont montré que l'on peut voir des *trigger points* grâce à une échographie Doppler couleur associée à une sonoélastographie, technique qui couple les vibrations mécaniques à l'imagerie Doppler (Sikdar *et al.*, 2009). Il faut toutefois préciser qu'au moment de l'écriture de ce livre, aucune de ces méthodes ne s'est révélée très efficace comme outil diagnostique. Trouver les *trigger points* grâce au toucher d'un praticien compétent demeure la méthode de référence. On peut également voir les *trigger points* au microscope électronique ou en lumière polarisée dans le tissu musculaire de biopsies d'animaux vivants ou de cadavres humains juste après la mort (dans les deux cas une mauvaise option pour le diagnostic d'un patient!). Dans la seconde édition du tome 1 de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (1999), Travell et Simons ont ajouté le cliché au microscope, très explicite, d'un *trigger point* dans le muscle de la cuisse d'un chien ([figure 2.6](#)). Nous parlerons en détail de cette photographie dans la prochaine section.

On peut également faire une biopsie d'un *trigger point* et en faire l'analyse chimique. Des chercheurs du National Institutes of Health (NIH), l'équivalent de l'Inserm, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, ont mis au point une nouvelle technique qui permet de prélever un échantillon de l'environnement d'un *trigger point* chez un être humain vivant et de le comparer à du tissu musculaire normal. D'après des études en cours, il y aurait un mélange inhabituel de composés chimiques dans un *trigger point* actif. Ce «milieu» acide implique une augmentation de substances pro-inflammatoires, contractiles et sources de douleur (Shah et Gilliams, 2008; Dommerholt, Bron et Franssen, 2011).

Comme il n'est pas nécessaire d'être calé en science pour traiter ses *trigger points* par l'automassage, si cela vous suffit, allez directement à la section «Types de *trigger points*» à la fin du chapitre. Ceux qui ont envie d'approfondir leurs connaissances en science de la douleur myofasciale vont être confrontés à un délicieux défi, car la physiologie d'un *trigger point* est fascinante mais ô combien complexe. Pour en simplifier l'étude, nous l'examinerons d'un point de vue microscopique puis électrochimique.

## Aspect microscopique des trigger points

Commençons par mieux comprendre ce qu'est un muscle. Comme le montre la [figure 2.3](#), un muscle se compose de *faisceaux* réunis en une section par le fascia, comme la longue portion du triceps. Chaque faisceau est constitué de *fibres musculaires* qui sont elles-mêmes formées de plusieurs centaines de fibres plus petites appelées *myofibrilles*. Chaque faisceau renferme une centaine de fibres musculaires et chaque fibre musculaire entre 1 000 et 2 000 myofibrilles. Il est intéressant de noter qu'une myofibrille fait partie d'une cellule musculaire qui, en raison de sa longueur inhabituelle, renferme plus d'un noyau.

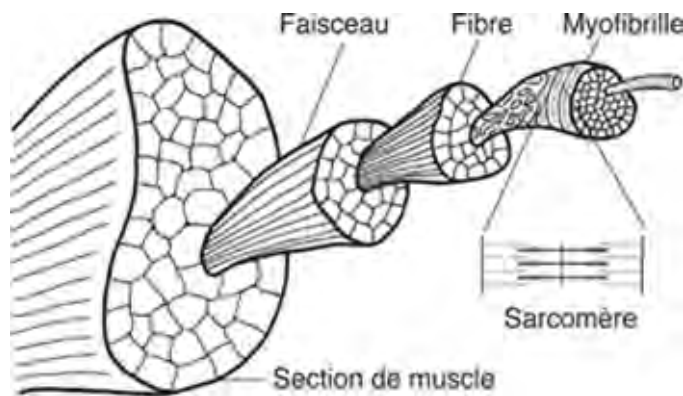


Figure 2.3 Tissu musculaire en coupe montrant une section de muscle, un faisceau, une fibre musculaire, une myofibrille et un sarcomère

La plus petite unité contractile de la fibre musculaire visible au microscope est une partie minuscule de la myofibrille appelée *sarcomère* ([figures 2.3 et 2.4](#)). La [figure 2.4](#) montre un sarcomère au repos et contracté, nettement plus court.

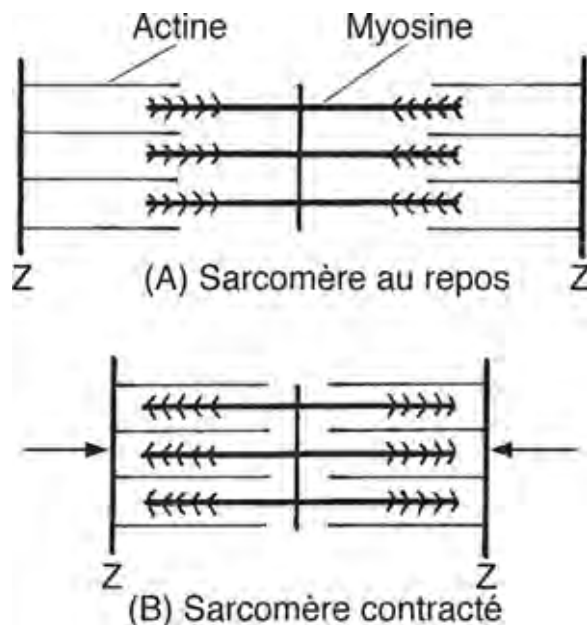


Figure 2.4 Le sarcomère, élément contractile du muscle, montré (A) au repos et (B) contracté

Chaque myofibrille est composée d'une chaîne de sarcomères placés bout à bout. Un élément appelé *bande Z* sépare chaque sarcomère comme un mince mur. Remarquez dans la [figure 2.4](#) que les bandes Z du sarcomère contracté se sont rapprochées. La longueur d'un sarcomère complètement contracté est presque la moitié de celle d'un sarcomère au repos. On estime qu'un sarcomère humain au repos mesure en moyenne 2,5 micromètres (Mense et Gerwin, 2010). C'est si petit que l'on pourrait croire qu'un sarcomère est insignifiant, mais c'est en fait là où toute l'action se déroule.



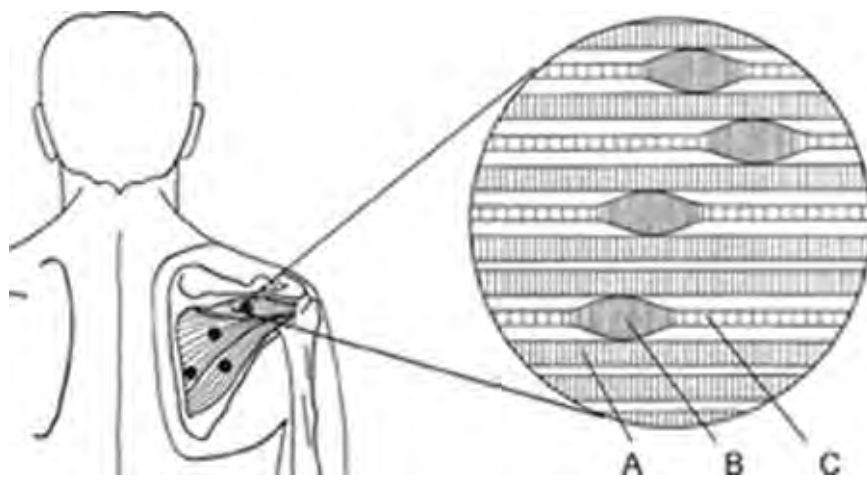


Figure 2.5 Vue microscopique de sarcomères contractés. Un unique *trigger point* peut renfermer plusieurs noeuds minuscules

Les parties essentielles de chaque sarcomère sont deux molécules de protéines en forme de filament appelées *actine* et *myosine*. Une contraction survient dans un sarcomère lorsque les molécules d'actine et de myosine sont attirées l'une contre l'autre, un peu comme lorsqu'on entremêle les doigts des deux mains. Cette action raccourcit le sarcomère qui, à son tour, contracte la minuscule partie du muscle où il siège. C'est le raccourcissement des sarcomères qui est à la base d'une contraction musculaire. Comme vous pouvez l'imaginer, des millions de sarcomères doivent se contracter pour que l'on puisse effectuer ne serait-ce qu'un mouvement infime.

La relaxation d'un sarcomère survient lorsque l'actine et la myosine se séparent l'une de l'autre, prêtes à se réunir à nouveau au moindre influx du système nerveux. Un *trigger point* apparaît dans un muscle quand celui-ci, à force de trop travailler, entraîne l'impossibilité pour l'actine et la myosine de se séparer l'une de l'autre.

La [figure 2.5](#) représente plusieurs myofibrilles au sein d'un *trigger point* dans le muscle sus-épineux de l'épaule. L'agrandissement à droite est la représentation d'un cliché au microscope de la biopsie d'un muscle de la cuisse d'un chien vivant qui montre la contracture des sarcomères à l'origine d'un *trigger point* ([figure 2.6](#)). L'examen de la [figure 2.5](#) permet de mieux comprendre ce que l'on voit [figure 2.6](#).

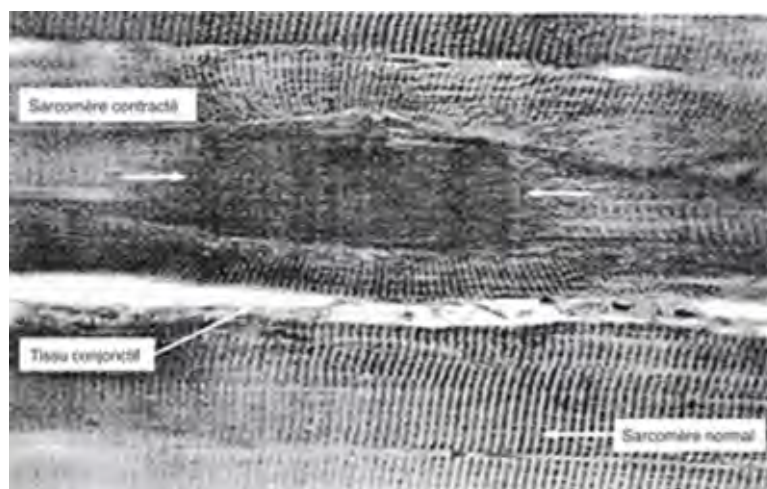


Figure 2.6 Un noeud de sarcomères contractés dans une myofibrille d'un muscle de la cuisse d'un chien grossi 250 fois. Reproduit de Simons et Stolov, 1976, avec leur autorisation.

La lettre A [figure 2.5](#) montre une myofibrille au repos, ni étirée ni contractée. Les minuscules bandes Z verticales au sein de la fibre marquent la fin de chaque sarcomère. Les sarcomères sont plus hauts qu'ils ne sont larges, mais ils sont disposés dans la myofibrille dans le sens de la longueur.

La lettre B montre un nœud dans une myofibrille composé de plusieurs sarcomères contractés au maximum de manière permanente, ce qui caractérise justement la contracture d'un *trigger point*. L'aspect bulbeux, arrondi, du nœud indique comment ce segment de la myofibrille s'est contracté, les bandes Z de chaque sarcomère étant à présent plus rapprochées les unes des autres.

La lettre C montre la partie de la myofibrille qui va du nœud jusqu'au point d'insertion du muscle (la tête de l'humérus dans le cas qui est présenté ici). Remarquez la distance plus grande entre les bandes Z verticales qui montre comment les sarcomères sont étirés dans cette partie de la myofibrille à cause de la tension au sein du nœud de sarcomères contractés. Ce sont ces segments étirés qui entraînent la crispation et la rigidité de la bande de tension.

Normalement, les muscles, en se contractant et en se détendant alternativement comme des pompes, aident le cœur à faire circuler le sang dans des capillaires très fins qui apportent à ces mêmes muscles les nutriments dont ils ont besoin. On pense qu'un nœud de sarcomères contractés aurait une action constrictrice sur les capillaires de la région concernée, ce qui empêcherait le sang d'arriver. Le manque d'oxygène qui en découle et l'accumulation de déchets métaboliques ont pour conséquence la contraction d'un nombre plus grand encore de fibres musculaires (Sikdar *et al.*, 2009). Cela explique en outre pourquoi les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont sans effet sur des *trigger points* (Mense et Gerwin, 2010). Lorsqu'il existe un nombre conséquent de nœuds de sarcomères contractés, on parle alors d'un *trigger point* myofascial.

## Biologie des trigger points

Cette section intéressera tous ceux qui possèdent quelques notions de biologie. Étonnamment, les ouvrages universitaires de biologie abordent désormais la physiologie du muscle de manière de plus en plus approfondie et sous ses aspects chimiques.

### Métabolisme musculaire

L'ensemble des réactions électrochimiques et biochimiques qui surviennent dans tous les muscles du corps relève du *métabolisme musculaire* qui va bien au-delà des fonctions basiques de contraction et de détente. La contraction d'un muscle et le mouvement qui en résulte ne sont possibles que grâce au métabolisme musculaire, lui-même tributaire d'une source d'énergie (apportée par l'alimentation): le glucose ingéré est transformé en molécules de glycogène et de graisses, majoritairement des triglycérides, qui servent au stockage de l'énergie. Lorsque des cellules ont besoin d'énergie, le glycogène et les graisses sont transformés en molécules d'*adénosine triphosphate* (ATP) qui participe à de nombreuses réactions cellulaires, notamment en servant de vecteur d'énergie. Le rôle de l'ATP dans la contraction musculaire sera expliqué un peu plus loin.

### Contraction musculaire

Une contraction musculaire débute généralement avec l'envoi d'un signal électrique par le cerveau, même si l'action réflexe d'un muscle (par exemple quand un docteur frappe avec son marteau sur votre genou) n'a besoin que d'un influx nerveux de la moelle épinière. Dans les deux cas, le signal est acheminé au muscle par un nerf moteur, une sorte de câble complexe qui renferme des milliers de fibres nerveuses appelées *axones*.

Un axone relie sa cellule nerveuse, ou *neurone*, aux différentes fibres musculaires. Il faut savoir qu'un axone se divise en de multiples ramifications et se termine tout près d'une fibre musculaire. Les capillaires qui amènent le sang à cette région sont généralement parallèles au nerf ([figure 2.7](#)). La

propagation du message du système nerveux central le long de l'axone du nerf moteur déclenche l'ouverture de canaux permettant la libération d'ions *calcium*. L'afflux de calcium provoque à son tour la libération d'*acétylcholine* (ACh) dans le minuscule espace entre l'axone du nerf moteur et la plaque motrice du muscle appelé *fente synaptique*. L'acétylcholine est le neuromédiateur de la jonction neuromusculaire. L'acétylcholine active les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine à l'extrémité du muscle, ouvrant les canaux à ions sodium ( $\text{Na}^+$ ), ce qui aboutit à un *potentiel d'action*. Celui-ci se propage dans la fibre musculaire où il entraîne la libération des ions calcium stockés dans le *réticulum sarcoplasmique*. Ces ions calcium démasquent les sites de liaison actine-myosine sur les filaments d'actine, ce qui permet aux têtes de myosine de se lier à l'actine. Cela a pour effet de raccourcir le sarcomère.

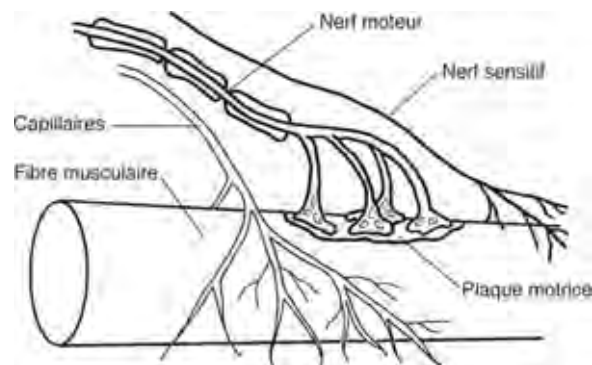


Figure 2.7 La plaque motrice dans une fibre musculaire

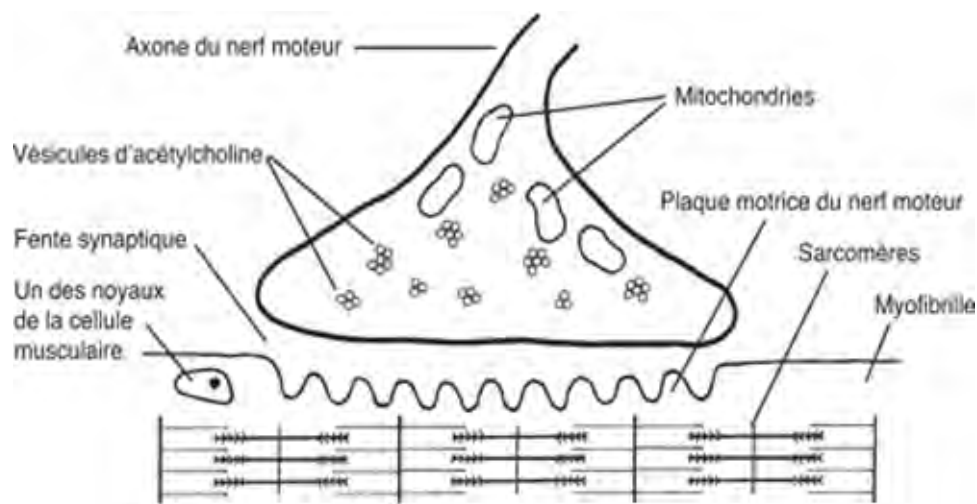


Figure 2.8 Jonction neuromusculaire avec les sarcomères et le muscle relâchés

La [figure 2.8](#) montre une plaque motrice de muscle avant la libération d'acétylcholine, lorsque les sarcomères sont au repos. La [figure 2.9](#) montre l'effet de la libération d'acétylcholine sur les sarcomères qui se contractent et se raccourcissent. La contraction de ces sarcomères se poursuit tant que la liaison entre les têtes de myosine et les filaments d'actine n'est pas détachée par l'ATP. L'ATP contribue également à la réabsorption du calcium dans le réticulum sarcoplasmique, diminuant ainsi le stimulus nécessaire pour une contraction.

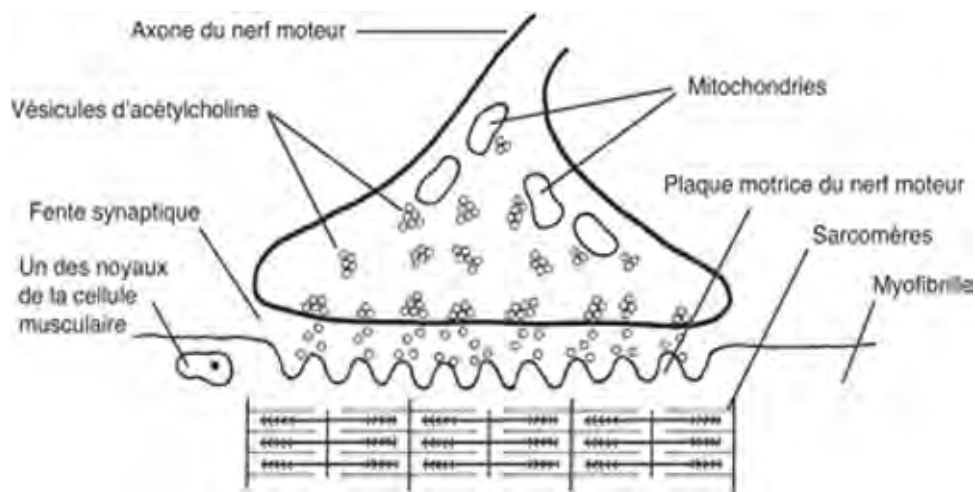


Figure 2.9 Jonction neuromusculaire avec les sarcomères et le muscle contractés

### L'hypothèse intégrée de la formation des *trigger points*

Le problème des *trigger points* a lieu en cas de sollicitation excessive soudaine du muscle, de contractions isométriques soutenues de faible intensité, de contraction excentrique (lorsqu'un muscle se contracte et s'étire en même temps), de tension musculaire chronique, de traumatisme sévère, d'excès de travail du muscle ou de mouvement rapide prolongé.

Tous ces facteurs activent la libération d'acétylcholine (ACh), provoquant la contraction des sarcomères et la constriction des capillaires qui apportent au muscle les nutriments dont il a besoin. Une mauvaise circulation sanguine, ou *ischémie*, nuit alors aux mitochondries qui ne sont plus capables de produire et de libérer de l'ATP, la forme d'énergie directement utilisable par la cellule. Étant donné qu'il faut de l'énergie pour détacher les têtes de myosine des filaments d'actine, l'absence d'ATP laisse les sarcomères dans un état contracté et raccourci. Cette crise énergétique crée un cercle vicieux d'événements au niveau de la plaque motrice du muscle que l'on pense être à l'origine de la formation de *trigger points* myofasciaux. L'hypothèse intégrée de la formation des *trigger point* pousse un peu plus loin le raisonnement de ce postulat de la crise énergétique en suggérant qu'un excès d'ACh est présent dans la plaque motrice parce que plusieurs facteurs additionnels qui inhiberaient l'ACh sont inopérants ([figure 2.10](#)).

Le problème des *trigger points* débute en cas de sollicitation excessive soudaine du muscle, de contractions isométriques soutenues de faible intensité, de contraction excentrique (lorsqu'un muscle se contracte et s'étire en même temps), de tension musculaire chronique, de traumatisme sévère, d'excès de travail du muscle ou de mouvement rapide prolongé.

Le processus clé dans la crise énergétique survient lorsque l'ATP réduit en ADP (perte d'un phosphate) interrompt la recapture du calcium dans le réticulum sarcoplasmique au sein de la cellule musculaire. C'est important parce que, tant que le calcium est présent, les sarcomères ne peuvent pas se relâcher et s'allonger. Une concentration excessive de calcium dans l'axone entraîne la libération d'ACh qui traverse la synapse pour se retrouver dans la fibre musculaire, ce qui y active la libération d'autres ions calcium. Ces ions calcium étant la substance qui stimule directement la liaison de l'actine à la myosine, ce sont les médiateurs immédiats de la contraction. En plus de l'augmentation des potentiels d'action électriques dus à la stimulation du nerf moteur, plusieurs réactions chimiques provoquent une libération accrue d'acétylcholine. De récentes recherches ont abouti à une hypothèse élargie plus complexe qui ne figure pas dans la [figure 2.10](#). D'après ces études, le pH de la cellule



n'est plus que de 4 à 4,5, alors qu'un pH normal est compris entre 6,5 et 7. Cette diminution s'explique par l'augmentation de la charge de travail et le manque d'oxygène qui en résulte. Il en découle la libération d'un neuromédiateur, le CGRP ou calcitonin-gene-related-peptide (peptide relié au gène calcitonine) qui augmente la libération d'acétylcholine. Le CGRP inhibe également, de manière simultanée, l'*acétylcholinestérase* (AChE), l'enzyme qui détruit l'acétylcholine. Tout ceci crée un effet de rétrocontrôle négatif qui perpétue la contraction des sarcomères au niveau de la jonction neuromusculaire, un peu comme un disque rayé. Comme ce cercle vicieux se poursuit, une quantité élevée de substances génératrices de douleur est libérée, provoquant une hypersensibilité en stimulant les *nocicepteurs* (des récepteurs sensoriels à la douleur qui réagissent à des stimuli potentiellement néfastes) dans les terminaisons nerveuses libres. Celles-ci signalent alors qu'il existe un problème en produisant une sensation douloureuse au niveau du *trigger point* et en envoyant un message de douleur au système nerveux central (Simons, Travell, Simons, 1999; Shah et Gilliams, 2008; Dommerholt, Bron et Franssen, 2011).

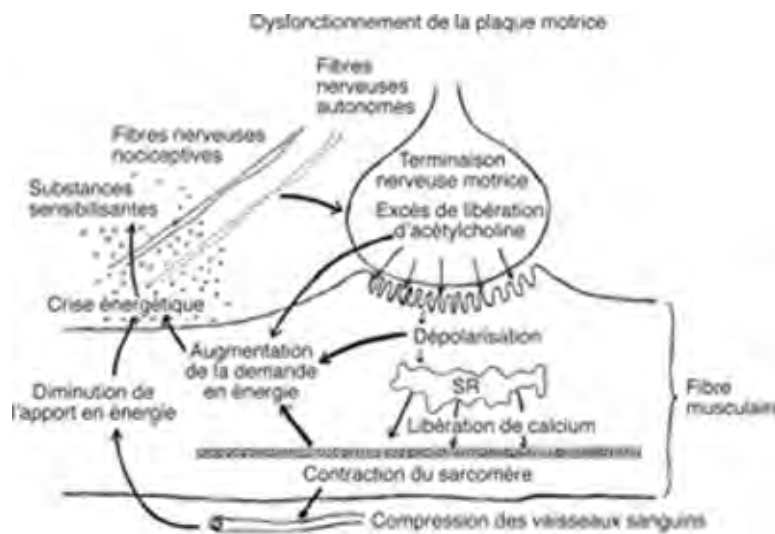


Figure 2.10 Hypothèse intégrée. Reproduit avec l'autorisation de D. Simons, J. Travell et L. Simons, 1999.

## Rompre le cercle vicieux

Un *trigger point* peut être désactivé grâce à pratiquement n'importe quelle technique qui provoque le détachement des têtes de myosine des filaments d'actine, permettant ainsi aux sarcomères de s'allonger. On ne peut toutefois pas obliger le muscle à se détendre et à s'étirer sans risquer de stimuler la libération d'autres molécules d'acétylcholine. Afin de rompre le cercle vicieux qui maintient le *trigger point*, le moyen le plus sûr et efficace consiste à améliorer la circulation sanguine, ce qui augmente très rapidement l'apport en oxygène et en énergie aux tissus musculaires. Grâce à cette amélioration énergétique, la recapture du calcium reprend, ce qui permet aux sarcomères de s'allonger. Masser le *trigger point* est probablement la méthode la moins invasive et la moins risquée pour rétablir l'afflux de sang dans les capillaires de la zone touchée (Simons, Travell et Simons, 1999). Des études récentes montrent que la pose d'aiguilles comme celles utilisées en acupuncture sur les *trigger points* permettrait, de manière directe et efficace, de rompre le cercle vicieux des *trigger points* (Dommerholt, Bron et Franssen, 2011).

Les illustrations de ce livre vous montreront les zones où l'on est sûr de l'existence de *trigger points*. Toutefois, vous devez prendre le temps de rechercher des bandes de tension et des *trigger points* à la douleur exquise dans tout le muscle.

# Les différents *trigger points*

Les *trigger points* peuvent être d'une importance très différente. Vous avez donc tout intérêt à pouvoir les reconnaître avant un traitement, car votre succès peut en dépendre. Il faut avant tout savoir que tous les *trigger points* — primaire, satellite, actif et passif — ont en commun une même caractéristique majeure pour le diagnostic: tous sont douloureux quand on appuie dessus. Mais avant de parler des différents *trigger points*, penchons-nous sur les fibres musculaires.

## Fibres musculaires

Comme nous l'avons vu précédemment dans ce chapitre, un *trigger point* survient là où le nerf moteur indique au muscle de travailler, à la jonction neuromusculaire. On pensait auparavant qu'il s'agissait d'une localisation très précise, mais on sait désormais que cela va un peu au-delà d'un simple point et que les nerfs moteurs innervent le muscle en de nombreux sites. La présence de multiples *trigger points* et de bandes de tension est possible dans n'importe quel muscle. On avait en outre l'habitude de penser aux *trigger points* en termes de points «centraux» ou «d'attache». On définissait les *trigger points* centraux comme des points présents au niveau du ventre du muscle, là où le nerf moteur pénètre dans la fibre musculaire, et les points d'attache comme des points présents au niveau de l'attache tendineuse du muscle à l'os. La recherche n'ayant pas prouvé l'existence de ces points d'attache, la distinction fondée sur l'emplacement sur le muscle a récemment été abandonnée (Dommerholt, communication personnelle avec l'auteur, 2012). Des *trigger points* peuvent exister n'importe où là où un nerf moteur innerve un muscle et les illustrations de ce livre vous montreront les zones où l'on est sûr de la possibilité de l'existence de *trigger points*. Toutefois, vous devez prendre le temps de rechercher des bandes de tension et des *trigger points* à la douleur exquise dans tout le muscle.

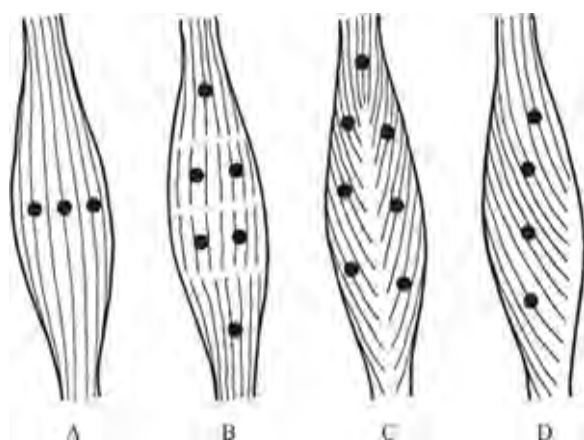


Figure 2.11 Orientation des fibres musculaires: (A) parallèles, (B) parallèles avec des insertions tendineuses, (C) bipennées et (D) unipennées

Savoir comment sont disposées les fibres vous sera utile afin de bien palper un muscle. L'orientation des fibres musculaires diffère beaucoup en fonction du type de travail auquel un muscle est destiné ([figure 2.11](#)). Si c'est la vitesse, les fibres sont parallèles entre elles comme en (A) tandis que si c'est la puissance, les fibres sont obliques. Cette disposition des fibres évoque une plume (C) ou, parfois, une demi-plume (D). Le faisceau moyen du deltoïde est ainsi formé. Curieusement, dans

ce type de muscle, toutes les fibres sont de la même longueur. Une autre variante possible est lorsqu'un muscle est formé de plusieurs sections ou chefs, auquel cas son nom nous indique souvent son nombre de chefs: respectivement deux, trois et quatre chefs pour le biceps (bi-ceps avec bi pour deux), le triceps (tri-ceps) et le quadriceps (quadri-ceps) par exemple. L'orientation des fibres n'est pas forcément la même d'un chef à un autre. Dans un dessin anatomique de qualité, le sens des fibres d'un muscle est toujours clairement indiqué. Il existe également des muscles qui sont divisés en sections par des *insertions tendineuses*, les fibres partant de plusieurs points d'insertion pour converger vers un seul tendon (B). Le muscle ressemble alors à un chapelet de saucisses, chacune avec son propre ventre. La conséquence est que des *trigger points* peuvent survenir en plusieurs endroits sur un muscle et, si vous ignorez qu'il peut y avoir plus d'une section, vous risquez de passer à côté de *trigger points* importants. Des exemples de ce type de muscle sont le grand droit de l'abdomen (le muscle du ventre) ainsi que le droit interne, le couturier et le demi-tendineux de la cuisse, tous de longs muscles très puissants.

## Trigger points *primaires et satellites*

Un *trigger point* entraîne très souvent la survenue de *trigger points* dans d'autres muscles situés dans sa zone de projection de la douleur (zone de la douleur référée) (figure 2.12). Ce sont des *trigger points satellites* (ce qui inclut les «*trigger points* secondaires», un terme qui n'est plus employé). Le *trigger point* à l'origine du point satellite est un *trigger point primaire* ou *trigger point clé*, la distinction entre les deux étant qu'un *trigger point* n'est dit primaire que s'il existe des *trigger points* satellites dans d'autres muscles.

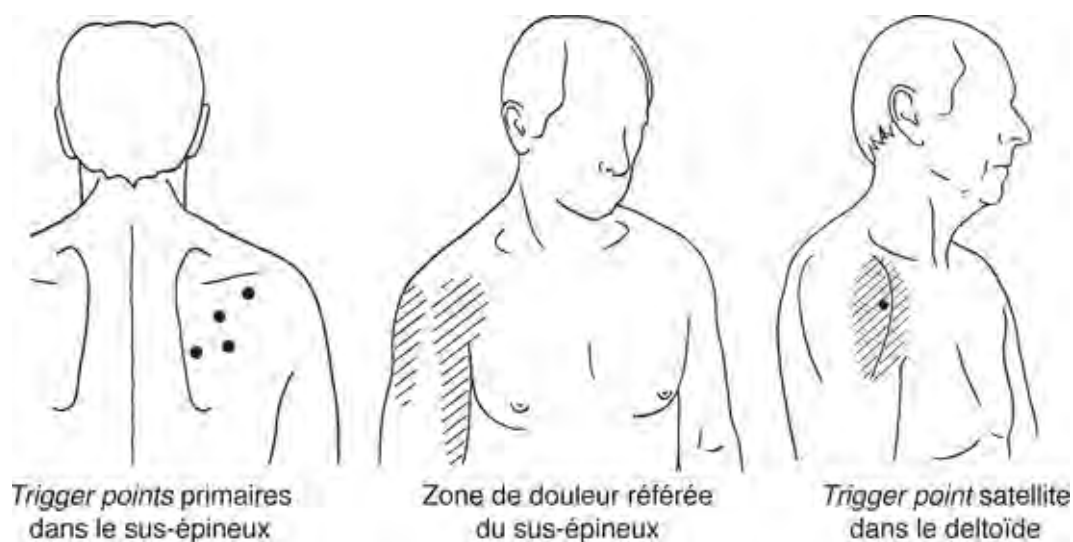


Figure 2.12 *Trigger point* dans le deltoïde résultant de *trigger points* dans la zone de douleur référée du sus-épineux

Une douleur persistante sur le long terme est souvent la résultante d'une succession de *trigger points* satellites apparus en cascade de muscle en muscle (le classique effet domino) et il n'est pas rare que tout un côté du corps soit atteint. Des *trigger points* satellites disparaissent souvent sans traitement après la désactivation du *trigger point* primaire en cause. De même, il est difficile voire impossible de désactiver un *trigger point* satellite si l'on n'a pas traité le *trigger point* primaire.

Une douleur référée due à des organes malades peut également promouvoir des *trigger points* satellites, généralement dans les muscles du torse, de l'épaule, du dos, du plancher pelvien et/ou de l'abdomen. En raison de cette dynamique peu connue, des *trigger points* risquent de réapparaître dans ces zones malgré une thérapie par les *trigger points* apparemment efficace car, dans ce cas, le

problème interne agit comme un *trigger point* primaire, les *trigger points* récurrents pouvant être considérés comme des *trigger points* satellites. Une telle situation devrait vous alerter sur la possibilité d'un problème interne. Pour de plus amples informations, reportez-vous un peu plus loin à la section sur la projection viscérale (voir page [22](#)). Il faut savoir que, même après la résolution du problème d'origine ou la guérison de la maladie en cause, des *trigger points* peuvent continuer d'exister et entraîner de la douleur.

## Trigger points actifs et passifs

On classe également les *trigger points* en fonction de leur activité ou inactivité. Les *trigger points actifs* entraînent une douleur spontanée, que l'on bouge ou que l'on reste immobile. Les *trigger points passifs* sont inactifs et ne provoquent aucune douleur spontanée. Les *trigger points* tant actifs que passifs sont associés à une raideur articulaire et à une diminution de la mobilité. Les *trigger points* passifs sont bien plus rares que les *trigger points* actifs. Travell et Simons étaient convaincus qu'une accumulation de *trigger points* passifs était le facteur essentiel expliquant le manque de souplesse et la raideur articulaire qui touchent tant de personnes âgées. En cas de stress, de tension ou de sollicitation excessive des muscles impliqués, des *trigger points* passifs évoluent facilement en *trigger points* actifs.

Les muscles allongés et étirés à l'excès sont en fait les «victimes» des véritables auteurs de troubles, les muscles raccourcis et noués. Vous constaterez qu'il ne suffit pas de traiter les *trigger points* «qui pleurent» pour régler le problème. En effet, si vous massez les muscles opposés, raccourcis et noués, leurs *trigger points* n'en seront que plus productifs.

## «Les victimes pleurent et non leurs agresseurs» — *trigger points* dans les antagonistes

Il faut en outre prendre en considération le phénomène mécanique du déséquilibre musculaire lorsqu'un groupe de muscles est raccourci et noué et lorsque les muscles opposés, antagonistes, sont allongés et étirés de manière excessive. Souvent, mais pas toujours, ces derniers développent des *trigger points* en une stratégie de défense. Parfois, ces *trigger points* dans les antagonistes deviennent actifs et provoquent alors tous les symptômes. Les muscles allongés et étirés à l'excès sont en fait les «victimes» des véritables auteurs de troubles, les muscles raccourcis et noués. Vous constaterez qu'il ne suffit pas de traiter les *trigger points* «qui pleurent» pour régler le problème. En effet, si vous massez les muscles opposés, raccourcis et noués, leurs *trigger points* n'en seront que plus productifs (Waslaski, 2011).

Si vous ne parvenez pas à résoudre le problème, cherchez quel mouvement pourrait étirer les muscles qui «pleurent» — ceux où des *trigger points* provoquent la douleur référée. Souvent les muscles allongés et étirés de manière excessive qui développent des *trigger points* actifs se trouvent raccourcis par l'action des muscles qui diminuent l'angle de l'articulation. La *flexion* est le mouvement des os l'un en direction de l'autre résultant de la diminution de l'angle d'une articulation. Par exemple, le biceps brachial sur l'avant du bras fléchit ou «plie» le coude, ce qui fait passer l'angle de l'articulation d'environ 180 degrés à 40 degrés. Le triceps brachial sur l'arrière du bras étend, ou augmente, cet angle. Lorsque vous aurez identifié quels muscles en raccourcissent l'angle et provoquent l'étirement symptomatique d'autres muscles, massez ceux responsables du raccourcissement. Ce sont eux les «agresseurs» mécaniques. En règle générale, vous avez intérêt à

vous concentrer sur l'avant du corps, car nombre d'entre nous passent leur vie penchés vers l'avant. Certains l'ont du reste qualifié d'*addiction à la flexion*. Cela résulte de l'habitude trop fréquente à rester assis, avachi et à travailler avec les bras devant soi. Les muscles qui ont le plus souvent tendance à être raccourcis par la flexion sont l'avant de la hanche, de l'abdomen, du torse (*protraction*, les épaules tirées vers l'avant), de l'épaule (*rotation médiale*, rotation de l'os du bras en dedans vers le plan médian du corps) et de l'avant-bras (*pronation*, rotation de la main paume vers le sol). Vous avez probablement intérêt à faire appel à un massothérapeute ou un kinésithérapeute compétent pour qu'il découvre et vous explique quel est le dysfonctionnement postural ou mécanique responsable de *trigger points* actifs. Généralement, si quelqu'un vous demande d'étirer un muscle, il vaut mieux commencer par en masser les *trigger points*.

Voici quelques exemples de muscles allongés et étirés à l'excès malmenés à cause de muscles raccourcis et noués:

- rhomboïde à cause du grand pectoral
- sus-épineux et petit rond à cause du sous-scapulaire et du grand pectoral
- spinaux superficiels à cause des abdominaux
- ischio-jambiers à cause du droit antérieur
- triceps à cause du biceps
- court supinateur à cause du rond pronateur

## Les symptômes des *trigger points*

Les symptômes qui découlent de la présence de *trigger points* sont de toutes sortes et ne se limitent pas à une sensation douloureuse. Les autres sensations anormales possibles sont l'engourdissement, des picotements, une hypersensibilité et une impression de brûlure. Les problèmes physiques dus à des *trigger points* incluent une faiblesse, un manque de coordination, une raideur, une tuméfaction et une diminution de la mobilité.

Une douleur générée par des *trigger points* va de la vague douleur sourde à une forme si sévère qu'elle vous empêche de bouger. Elle peut, en outre, être aiguë ou chronique. Par définition, une douleur aiguë est de survenue récente, depuis quelques heures ou, au plus, quelques jours. À l'inverse, une douleur chronique existe depuis des semaines, des mois voire des années. Lorsque des *trigger points* sont apparus depuis suffisamment longtemps pour entraîner une douleur chronique, ils peuvent s'avérer nettement plus difficiles à éliminer que si vous les aviez traités plus tôt.

Une douleur générée par des *trigger points* va de la vague douleur sourde à la forme si sévère qu'elle vous empêche de bouger.

## Douleur référée

Si les symptômes de *trigger points* sont divers, leur effet caractéristique le plus courant est une sensation ou une douleur référée, à savoir le déplacement de la sensation ou de la douleur à distance de sa source, vers une autre partie du corps. Ce concept n'est pas nouveau. La douleur provenant



d'organes internes et qui s'exprime dans le système musculo-squelettique est bien connue depuis plusieurs générations par les médecins.

## Projection viscérale

Le terme technique pour la projection d'une douleur due à des organes est *douleur référée viscéro-somatique* et elle est très fréquente. En effet, une maladie qui relève de la médecine interne se manifeste souvent par une forme ou une autre de douleur externe. Reportez-vous à la [figure 7.1](#) (page 162) pour des exemples de douleur référée due à divers organes.

La projection d'une douleur peut également survenir dans la direction opposée, des muscles vers les organes. On parle alors de *douleur référée somato-viscérale*. Une douleur référée viscérale résultant de *trigger points* dans les muscles du dos ou de l'abdomen peut imiter les symptômes d'un ulcère, de calculs biliaires, d'un trouble cardiaque, d'une colite, d'une cystite interstitielle ou d'un cancer. Parfois, il est difficile de dire quelle est l'affection en cause. Si l'automassage des *trigger points* ne diminue pas vos symptômes de manière significative en deux jours ou en deux semaines, la vigilance s'impose et vous devez alors voir s'il ne s'agit pas d'une affection médicale non musculaire. En effet, des symptômes sévères justifient une attention rapide. Il est en outre important d'écouter votre intuition si votre instinct vous souffle qu'il y a un problème.

## Projection musculo-squelettique

Au sein du système musculo-squelettique, la direction de la projection d'une douleur résultant d'un *trigger point* va presque toujours (dans environ 85% des cas) du centre du corps vers l'extérieur. Le reste du temps, la douleur siège plus vers le milieu du corps ou autour du site du *trigger point*. Le plus souvent, une douleur référée est perçue comme profonde, oppressive, même si le mouvement l'accentue parfois et donne alors l'impression de recevoir des coups de poignard. Une douleur référée myofasciale peut être aussi intense et intolérable qu'une douleur résultant d'une autre cause. Il faut en outre savoir que le niveau de douleur dépend plus du degré de sensibilisation périphérique et centrale que de la taille du muscle: la douleur de *trigger points* dans un muscle même minuscule peut vous paralyser tant elle est forte.

Des exemples courants de douleur référée myofasciale sont, entre autres, une céphalée de tension due à la présence de *trigger points* dans les muscles du cou ([figure 4.3](#), page 63), une douleur au dos à cause de *trigger points* abdominaux ([figure 7.23](#), page 175) et une douleur référée au genou suite à des *trigger points* dans les quadriceps ([figure 9.9](#), page 225). Une articulation raide et douloureuse ne devrait pas vous faire penser, dans un premier temps, à de l'arthrose mais plutôt à la possibilité de *trigger points* dans les muscles associés. Une douleur qui siège dans des articulations comme les jointures des doigts, les poignets, les coudes, les épaules, les genoux et les hanches est un symptôme classique de *trigger point*.

Cinq signes devraient vous alerter qu'un problème viscéral est peut-être à l'origine d'une partie de votre douleur (adapté de Gray, 2004):

1. La douleur est constante et n'évolue pas quand vous changez de position ou d'activité.
2. Elle augmente avec un effort qui ne sollicite pas les zones douloureuses (par exemple, une douleur à l'épaule accrue en marchant).
3. Elle s'intensifie après avoir mangé, quand vous êtes aux toilettes ou si vous toussiez ou respirez à fond.
4. Elle s'accompagne de symptômes gastro-intestinaux de type indigestion, nausées, vomissements, diarrhée, constipation ou saignement rectal.

5. Vous souffrez toujours de symptômes tels que fièvre, sueurs nocturnes, pâleur de la peau, vertiges, fatigue ou perte de poids inexpliquée. Attention cependant, car des *trigger points* peuvent causer des nausées, des vertiges et de la fatigue, et il est fréquent d'avoir en même temps des *trigger points* et une douleur référée viscérale.

La règle qui prévaut en matière de douleur référée est qu'un endroit douloureux dans un muscle n'est un *trigger point* que si cela fait mal quand on appuie dessus (il faut parfois compter dix à quinze secondes avant l'apparition de la sensation référée). À la compression, certaines personnes perçoivent la projection de la douleur résultant de chaque *trigger point* à l'emplacement exact indiqué sur les schémas. Pour d'autres, il n'y aura qu'un léger picotement ou autre sensation, même avec les *trigger points* les plus actifs. Vous ne pouvez donc pas forcément utiliser les schémas de douleur référée comme un outil diagnostique pour masser des *trigger points*. Un thérapeute entraîné à poser des aiguilles sur les *trigger points* sera plus à même de trouver le schéma de projection d'une douleur (Dommerholt, communication personnelle avec l'auteur, 2012). La seule manière fiable pour vérifier qu'un *trigger point* est bien à l'origine d'une douleur spécifique consiste à désactiver le *trigger point* et à voir si la douleur persiste.

## Comment agit la douleur référée

Actuellement, plusieurs théories pertinentes contribuent à expliquer la douleur référée. D'après la plus simple à comprendre, les signaux sont tout simplement combinés et mal interprétés dans le «câblage» neurologique. Cette idée qui émane de Theodore Ruch est connue par les physiologistes sous le nom de *théorie de la convergence-projection* (Fulton, 1947). Le Dr Ruch a établi que des neurones (cellules nerveuses) de second ordre dans la moelle épinière reçoivent en fait des influx nerveux de neurones sensitifs dits de premier ordre provenant de plusieurs sources: les viscères, la peau, les articulations et les muscles. Ces signaux électriques sont intégrés et modifiés au niveau de la moelle épinière avant d'être transmis au cerveau. Étant donné que divers signaux peuvent être traités en même temps au même niveau de la moelle épinière, ces signaux se comportent comme s'ils ne faisaient plus qu'un seul. Le chercheur et clinicien Jan Dommerholt l'explique ainsi: «C'est similaire à plusieurs ruisseaux de la montagne qui se rejoindraient dans une rivière. Une fois que l'eau de chaque ruisseau se trouve dans la rivière... ils deviennent une seule et même entité» (Dommerholt, communication personnelle avec l'auteur, 2012).

Le plus souvent, une douleur référée est perçue comme profonde, oppressive, même si le mouvement l'accentue parfois et donne alors l'impression de recevoir des coups de poignard.

D'après la *théorie de l'hyperexcitabilité centrale*, des événements potentiellement dommageables ou qui portent atteinte au tissu stimulent des champs récepteurs des neurones des cornes postérieures (dorsales) de la moelle (les axones des neurones sensitifs rejoignent la corne dorsale de la moelle épinière par la racine dorsale) associés à un muscle particulier et réveillent également des champs récepteurs dans d'autres neurones passifs des cornes dorsales à distance. D'après cette théorie, c'est cette sensibilisation des neurones des cornes dorsales, distants mais convergents, qui induit une douleur référée (Dommerholt et Fernández de las Peñas, 2013). Comme les signaux sont combinés et mélangés avant d'être interprétés par le cerveau, la douleur référée qui en résulte est projetée sur toute la longueur de la voie nerveuse en lien avec un nerf spécifique de la moelle, même jusqu'à des zones du tissu qui n'étaient pas sujettes à la stimulation d'origine. Une douleur référée est généralement, mais pas toujours, segmentaire, survenant dans les ensembles composés par un muscle

et sa racine nerveuse, innervés par la même racine d'un nerf moteur de la moelle. Par conséquent, des groupes de muscles qui dépendent d'un même nerf moteur sont également liés par leurs schémas de douleur référée.

La *sensibilisation centrale* est l'hyperexcitabilité du système nerveux central caractérisée par une hypersensibilité à la douleur et à une stimulation normalement non douloureuse. La recherche a démontré que les *trigger points*, aussi bien passifs qu'actifs, fournissent des afférences nociceptives aux neurones des cornes dorsales de la moelle (Dommerholt et Fernández de las Peñas, 2013). La *nociception* est définie comme «des événements dans le système nerveux périphérique et central associés au traitement des signaux électriques provoqués par les stimuli qui menacent un tissu» (Mense et Gerwin, 2010), un nocicepteur étant un récepteur nerveux qui réagit à des stimuli nocifs. Cela signifie donc que les *trigger points* sont interprétés par le système nerveux comme une menace. Comme l'explique Jan Dommerholt, l'afférence nociceptive constante de *trigger points* passifs et actifs peut aboutir à une sollicitation excessive du muscle voire à son incapacité à fonctionner et, à terme, au développement d'une sensibilisation périphérique et centrale (Dommerholt, 2011).

Dans ce livre, le schéma de douleur référée primaire est documenté par des dessins. C'est souvent le schéma de douleur le plus intense et fréquent. Le schéma de douleur secondaire, moins courant, est décrit dans le texte. Le «Guide des douleurs» au début des [chapitres 4 à 10](#) indique chaque muscle connu pour causer une douleur dans une zone donnée. Pensez à consulter aussi le «Guide des autres symptômes». Vous y trouverez peut-être la solution à l'un de vos problèmes.

Par chance, il n'est pas nécessaire de comprendre la neurologie de la douleur référée pour traiter efficacement des *trigger points*. Il vous suffit de savoir que la douleur référée n'est pas une vue de l'esprit et qu'elle est extrêmement fréquente et assez prévisible.

La grande découverte de Janet Travell a été que la douleur référée survient selon des schémas prévisibles chez tout le monde, avec juste de petites variations. Il faut remarquer qu'elle se manifeste le plus souvent au niveau d'une articulation ou à son voisinage, une localisation où la douleur risque fort de vous obliger à modifier vos activités ou la situation à l'origine du problème.

Il est important de savoir que les schémas de douleur référée varient parfois légèrement d'une personne à une autre. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est possible que des *trigger points* additionnels soient présents dans tout le muscle, mais seuls les schémas de douleur référée pour les *trigger points* les plus fréquents ont été documentés. De plus, il existe des muscles squelettiques du corps pour lesquels on ignore encore quel est leur schéma de douleur référée même si, en théorie, tous les muscles peuvent renfermer des *trigger points*. La science de la douleur myofasciale ne cesse d'évoluer.

## Symptômes neurologiques et vasculaires

Des muscles atteints par des *trigger points* demeurent sous un certain degré de tension. Étant noués, cela risque d'entraîner la compression des nerfs qui passent au travers de ces muscles ou à proximité. La compression d'un nerf provoque des sensations anormales de type engourdissement, picotements, hypersensibilité, impression de brûlure ou de recevoir une décharge électrique dans les régions innervées. Par exemple, des bandes de tensions dans les scalènes du cou causant une douleur à



l'épaule et au bras peuvent également être source d'engourdissement, de picotements et d'une impression de brûlure dans l'avant-bras, la main et les doigts ([figures 5.2 et 5.3](#)).

Des bandes de tension risquent en outre de faire qu'un muscle serre une veine et interrompe ainsi l'afflux de sang dans la zone irriguée par ce vaisseau. Par exemple, si les scalènes dans le cou sont noués, ils risquent d'attirer vers le haut la première côte et de comprimer la veine sous-clavière, ce qui peut empêcher le sang de circuler dans la main qui devient alors chaude et gonflée. Lever les mains vers le ciel accélère le retour du sang dans le bras et résout le problème de gonflement. En revanche, des *trigger points* ne peuvent pas être à l'origine d'un caillot sanguin. Par conséquent, si vous éprouvez des symptômes aigus, notamment une douleur, une tuméfaction, de la chaleur et une rougeur dans une partie du corps, vous devriez consulter un médecin avant de débiter le traitement. Et si ces symptômes concernent un mollet, voyez-le immédiatement, car il existe peut-être un caillot sanguin.

Il faut en outre comprendre que la compression d'un nerf qui s'éternise risque de favoriser l'apparition de *trigger points* dans les régions innervées par celui-ci. Par exemple, une hernie discale au niveau d'une des vertèbres lombaires appuie sur les racines des nerfs moteurs des muscles des fesses et des jambes, ce qui crée des *trigger points* en partie responsables de la typique douleur d'une sciatique. Dans ce cas, les *trigger points* présents dans les fesses et les jambes risquent fort d'être hypersensibles au toucher et ne disparaîtront pas après un traitement tant que la compression du nerf persiste.

## Symptômes de dysfonctionnement physique

Outre la douleur et les autres symptômes sensitifs, les *trigger points* sont également responsables d'un dysfonctionnement physique des muscles. Vous pouvez alors croire à une faiblesse. Par exemple, avec un *trigger point* dans le vaste interne qui provoque une douleur dans les genoux, comme sur la [figure 9.15](#) (page 228), vos genoux peuvent vous lâcher de manière inopinée. De même, une faiblesse à cause de *trigger points* dans les jambiers antérieurs peut faire trébucher et tomber ([figure 10.2](#), page 257). Comme ce type de faiblesse musculaire ne s'accompagne pas d'une atrophie, il est inutile de faire de l'exercice physique. Tout rentrera rapidement dans l'ordre dès que les *trigger points* auront été désactivés.

Des *trigger points* provoquent en outre de la raideur en empêchant l'allongement du muscle. Or des muscles noués associés à une rigidité articulaire diminuent généralement la mobilité. Un cou raide, un dos incapable de se courber ou une épaule bloquée sont des exemples de raideur articulaire pouvant résulter de *trigger points* myofasciaux. Par ailleurs, si les muscles qui contrôlent une articulation sont noués chez certains et, en même temps, affaiblis chez d'autres, cela crée un déséquilibre à l'origine d'un dysfonctionnement articulaire: l'articulation n'est plus capable de fonctionner sans heurts parce que les os accrochent ou frottent l'un contre l'autre anormalement. Un déséquilibre musculaire peut expliquer des claquements ou des bruits secs dans une articulation grippée. L'articulation du pouce qui accroche, un claquement dans la mâchoire ou un bruit sec dans l'épaule quand vous bougez le bras résultent parfois d'un dysfonctionnement articulaire.

Des muscles toujours raccourcis à cause de *trigger points* peuvent expliquer une mauvaise posture. Par exemple, des pectoraux noués maintiennent les épaules penchées vers l'avant et entraînent un dos voûté associé à une posture courbée. Afin de corriger une mauvaise posture existant de longue date, l'autodiscipline seule ne suffit pas. Il faut y ajouter l'automassage des *trigger points*, des étirements puis des exercices visant à renforcer les muscles opposés étirés de manière excessive (Mense et Simons, 2001; Waslaski, 2012).

De surcroît, les muscles ont du mal à récupérer après un effort physique si des *trigger points* sont présents. En effet, ces muscles n'ont pratiquement aucune chance de se reposer correctement, si bien qu'ils se fatiguent inutilement. Des athlètes constateront plus vite que des personnes moins actives les effets d'une récupération et d'une relaxation retardées ainsi que d'une endurance moindre. Après l'automassage d'un *trigger point*, vous pouvez constater que vous lancez plus rapidement un ballon, que vous soulevez plus de poids, que vous portez plus longtemps votre bébé et que vous avez plus de facilités à effectuer vos tâches quotidiennes.

## *Troubles autonomes*

Des *trigger points* peuvent être responsables de nombreux autres symptômes physiques *a priori* bien étonnants. Ces symptômes, très différents les uns des autres, ont peu à voir avec la douleur et c'est pourquoi il peut vous être difficile d'admettre qu'ils sont dus à des *trigger points*. Votre scepticisme risque de perdurer tant que vous n'aurez pas constaté par vous-même certains de ces effets.

Ces symptômes déconcertants sont l'expression d'une activité inhabituelle du système nerveux dit autonome (appelé aussi système neuro-végétatif) qui régule de nombreuses glandes, les muscles lisses du système digestif, les vaisseaux sanguins, le cœur, le système respiratoire et l'activité dans la peau. Travell et Simons ont établi la liste des effets les plus connus des *trigger points* sur le système nerveux autonome: rougeur et larmolement excessif des yeux, trouble de la vision, paupière tombante, salivation excessive et nez qui ne cesse de couler. Des *trigger points* dans les muscles du cou peuvent entraîner des étourdissements, un mauvais sens de l'équilibre, une toux chronique, une congestion des sinus et une congestion nasale chronique. Une congestion auriculaire et des vibrations dans l'oreille peuvent s'expliquer par la présence de *trigger points* dans les ptérygoïdiens médiaux de la mâchoire. Un autre *trigger point* proche du masséter est parfois responsable de cette démangeaison exaspérante au fond de l'oreille. Étonnamment, un certain *trigger point* dans le grand pectoral fait battre le cœur de manière irrégulière. Des *trigger points* dans le sus-épineux sont même parfois à l'origine d'une transpiration excessive des mains.

## **La fragilisation musculaire, principale cause de *trigger points***

Nombre d'activités et d'événements à l'origine de *trigger points* myofasciaux sont évidents et faciles à comprendre: un accident, une chute, une entorse et l'infinie variété des sollicitations excessives d'un muscle. Travailler devant un ordinateur, étudier avachi sur son bureau ou tenir un livre au-dessus de la tête en étant allongé provoquent une contraction constante de faible intensité de plusieurs groupes musculaires. Cette *contraction isométrique submaximale* (une contraction sans mouvement, et donc sans raccourcissement musculaire) est une cause importante de nombreux *trigger points*. Les muscles aiment travailler dur une courte période à la condition de pouvoir ensuite se détendre.

Un unique épisode d'excès, par exemple, aboutit très facilement à une douleur invalidante qui perdurera bien au-delà de cette activité. Il vous est probablement arrivé de soulever ou de transporter un objet trop lourd ou encore d'avoir fait preuve d'un peu trop d'enthousiasme en voulant retrouver la forme. Un jour ou l'autre, vous vous êtes acharné trop longtemps et trop intensément sur un travail auquel vous n'étiez pas habitué.

Une contraction excentrique peut également poser problème. En effet, comme je l'ai mentionné précédemment, ce type de contraction survient lorsqu'un muscle doit s'allonger et se contracter en

même temps. Un parfait exemple est lorsqu'un des quatre faisceaux du quadriceps, le vaste interne, contrôle la descente sur une pente et dans un escalier. Les muscles travaillent ainsi, à savoir par une contraction qui les allongent, durant toutes sortes de mouvements ou d'exercices en raison de la force de freinage impliquée pour protéger une articulation d'un risque de lésion. La contraction excentrique (allongement) s'oppose à la contraction concentrique (raccourcissement). Abuser des contractions excentriques entraîne une fragilisation du muscle et, notamment, l'apparition de *trigger points* et de courbatures.

## *Prévenir les fragilisations musculaires*

Tout ce qui suit risque de poser problème. Et même si vous savez exactement comment vos ennuis ont débuté, il est toujours utile d'examiner de plus près vos activités afin d'éliminer une possible récurrence. La première chose à faire pour désactiver un *trigger point* est de cesser l'action qui favorise ce *trigger point* ou, du moins, de la limiter. Parfois, comme dans le cas d'une blessure au travail à cause d'une contrainte physique répétitive (voir page suivante «Surmenage musculaire au travail»), il est bien difficile, mais pas impossible, d'arrêter l'activité à l'origine du *trigger point*. De petits changements afin d'améliorer l'ergonomie et la prise régulière d'une pause seront très utiles.

Il faut également savoir qu'il n'est pas nécessaire de mettre un terme à une activité, notamment sportive, à l'origine de votre problème, car il y a peut-être un autre facteur qui vous a échappé. Le principe de base est d'apprendre quels sont les muscles pour lesquels il existe un risque lors d'une activité précise afin d'être préparé à traiter les *trigger points* qui se formeraient. L'automassage des *trigger points* est une compétence qui vous procurera un merveilleux avantage durant toute votre vie. Ainsi, vous pourrez «tuer dans l'œuf» le moindre problème avant qu'il n'aboutisse à des conséquences ingérables.

## **Fragilisation musculaire au travail**

Il est important d'examiner d'un œil critique toute situation qui entraîne une douleur au travail. Si les *trigger points* sont très faciles à traiter dès qu'on les comprend, il n'empêche qu'ils peuvent revenir tout aussi rapidement si vous ne modifiez pas ce qui les crée. Vous devez donc vous interroger sur votre manière de travailler, mais l'essentiel se résume à une question d'économie de mouvements, d'utilisation efficace de l'énergie et de relaxation. Dans le cadre de votre travail, vous pouvez améliorer grandement votre situation quels que soient ce que vous impose votre direction et les circonstances. Cherchez le meilleur moyen d'utiliser votre matériel et votre lieu de travail afin d'éliminer tout effort ou tension inutile, car une parfaite conscience de vos possibilités peut créer une énorme différence dans la prévention de toute sollicitation excessive de vos muscles. Dans le cas des muscles trop peu utilisés ou maintenus dans une contraction de faible intensité durant des heures, diversifier ce que vous accomplissez ou contracter pleinement vos muscles avant de les détendre pour leur permettre de s'allonger peut empêcher l'apparition de *trigger points*. Les jours où vous travaillez, soulever régulièrement un haltère de deux à quatre kilos durant une courte séance améliorera la circulation sanguine dans les muscles obligés de rester un peu contractés en raison de votre activité professionnelle.

L'automassage des *trigger points* est une compétence qui vous procurera un merveilleux avantage durant toute votre vie. Ainsi, vous pourrez «tuer dans l'œuf» le moindre problème avant qu'il n'aboutisse à des conséquences ingérables.

L'ordinateur est une grande source de problème, car il est notoire qu'il est l'une des principales causes de tension répétitive. Une sollicitation excessive tend à vous prendre par surprise, surtout si vous utilisez longtemps un clavier qui semble bien inoffensif dans la mesure où taper sur des touches demande peu d'efforts. Pourtant, creuser un fossé serait à peine plus néfaste pour vos muscles.

Utilisez un support pour le coude et le poignet afin de reposer les bras, le cou, le haut du dos et les épaules. Placez le clavier de manière à ne pas avoir besoin de soutenir le poids de vos bras devant vous. En outre, l'écran doit être suffisamment haut pour que vous soyez assis avec la tête bien équilibrée sur le cou, et non avec le cou penché et la tête inclinée vers l'avant. Posez vos livres et votre papier à une hauteur suffisante, non loin de vous, afin que le cou reste dans une position neutre.

La souris est une autre cause insidieuse de troubles, et pas seulement pour les doigts et la main mais aussi, étonnamment, pour l'épaule. Lorsqu'une souris se trouve trop loin sur la droite ou la gauche par rapport au clavier, cela amène le bras en rotation externe. Le sus-épineux et le petit rond doivent alors se contracter à chaque fois que vous cliquez dessus, ce qui aboutit peu à peu à un excès significatif de sollicitation en fin de la journée.

Un pavé tactile pouvant être utilisé comme une souris est une bonne solution ergonomique, car il suffit de l'effleurer pour cliquer, ce qui supprime la nécessité de contracter les muscles du doigt et de l'avant-bras. Si vous utilisez un ordinateur fixe, envisagez un clavier moulé de façon concave, qui permet un positionnement ergonomique des mains, des doigts et des poignets (voir le clavier ergonomique Maltron sur <http://www.ergoneos.fr/clavier-ergonomique-3d-maltron>). Pour certaines personnes, rester assis la plupart du temps est ce qu'ils préfèrent au travail. Pourtant, il existe désormais des bureaux faciles à surélever et qui s'adaptent aussi bien à un travailleur assis que debout (voir [www.ergotron.com](http://www.ergotron.com)). D'autres trouvent que l'idéal est plutôt de marcher lentement sur un tapis de course, un bureau y étant intégré. Dans tous les cas, vous avez intérêt à rechercher les meilleures solutions ergonomiques pour votre poste de travail. Investissez dans du matériel si nécessaire, car cela vaut la peine de dépenser de l'argent pour sauver son corps.

L'utilisation des ordinateurs portables, des tablettes et des téléphones mobiles augmente le risque de douleurs musculaires. Quand vous travaillez, faites en sorte d'utiliser un équipement respectueux de l'ergonomie. Regarder les autres personnes en train de faire le même type d'activité vous donnera de nombreuses idées pour améliorer votre posture. Les liseuses et autres appareils de lecture devraient être posés sur un support pour limiter la flexion du cou. Si vous possédez un ordinateur portable, l'idéal serait d'y ajouter un clavier séparé afin que l'écran soit placé au niveau de vos yeux. Vous pouvez concevoir un poste de travail debout, sur un comptoir de cuisine, en posant un ordinateur portable sur plusieurs livres épais. Si vous possédez un smartphone ou envoyez souvent des textos, vous avez intérêt à apprendre comment masser les muscles du bras et du pouce avec une petite balle rebondissante.

Rester trop longtemps dans la même position, même si elle est confortable, met les muscles en danger. En effet, une position statique favorise la survenue de *trigger points* parce que cela entrave la circulation sanguine. Les muscles ont besoin d'une certaine quantité de contraction et de relâchement pour rester en bonne santé. De nombreux métiers sont statiques par nature, surtout ceux que l'on effectue assis à un bureau. Malheureusement, un travail sédentaire ou inactif vous donne l'impression que ce que vous faites n'est pas fatigant et ne demande aucun effort. En réalité, c'est tout le contraire. Vous pouvez très bien subir une importante tension physique, certes subtile, sans vous en apercevoir. Trouvez le temps de vous lever de temps à autre afin de bouger un peu. Faites de longues enjambées et des fentes pour étirer les muscles fléchisseurs de la hanche lorsque vous êtes resté assis longtemps.

À l'opposé, une activité musculaire intense est tout autant un problème qu'un travail sédentaire. Quand vous faites travailler vos muscles, entraînez-vous à être le plus relâché possible. Focalisez-

vous sur vos muscles afin de prendre conscience de toute tension inutile et du type d'activité qui la favorise. Avec un peu d'habitude, vous saurez détendre les muscles dont vous n'avez pas besoin pour la tâche en cours. En effet, il existe presque toujours un moyen plus paisible et, en définitive, plus efficace pour accomplir une tâche si vous prenez le temps d'y réfléchir. Et il n'est pas nécessaire d'entreprendre de grands changements, car ce sont les petits qui feront toute la différence.

Un mouvement répétitif sollicite de manière excessive les muscles, même s'il ne demande qu'un effort minime. En fait, un travail énergique peut s'avérer plus sain parce qu'il vous est plus facile de prendre conscience de vos muscles lorsqu'ils sont en train de fatiguer. Mais même ainsi, la nature répétitive de tant de métiers dans l'industrie rend bien difficile la possibilité de prévenir les problèmes myofasciaux. Vous aurez peut-être besoin d'effectuer régulièrement des automassages pour contrer la douleur. Si la santé des travailleurs avait la moindre valeur au regard de la rentabilité des entreprises, il serait plus efficace, du point de vue du coût-efficacité et de la productivité, de leur permettre de changer de tâche plusieurs fois par jour.

Janet Travell avait un excellent conseil pour les tâches ménagères, qui pouvait s'appliquer à pratiquement n'importe quel type de travail. Elle conseillait de ne jamais rester longtemps sur une même activité, de la débiter puis de passer à quelque chose d'autre avant d'y revenir. De cette manière, vous évitez de rester figé durant une période de temps trop longue dans une position qui risque de nouer vos muscles, ce qui vous permet de reprendre chaque tâche en étant toujours frais et dispos grâce à ces minipauses. Cette petite modification de votre style de travail peut vous sauver la vie.

## **Fragilisation musculaire au sport**

Si vous avez conscience des *trigger points* lorsqu'ils apparaissent, vous pouvez les traiter, rester dans la course tout en tenant à distance le risque de vous blesser. Quel que soit le sport que vous pratiquez — base-ball, basket-ball, golf, football, tennis, bowling, Frisbee, randonnée, escalade, patinage, hockey, catch ou course — tous présentent un danger potentiel pour certains groupes musculaires. Par conséquent, il sera toujours bénéfique de savoir quels sont les muscles qui travaillent le plus. Ensuite, vous devrez prendre le temps d'apprendre comment masser les *trigger points* après avoir beaucoup sollicité vos muscles. Les plus vulnérables devraient être traités avant et après chaque pratique.

De nombreux athlètes professionnels font systématiquement des étirements en thérapie préventive. N'oubliez pas que les muscles qui renferment des *trigger points* sont plus fragiles vis-à-vis du risque d'entorse, de foulure et de déchirure parce qu'ils résistent à l'allongement. Vous pouvez rendre vos séances d'étirements plus efficaces si vous prenez l'habitude de masser régulièrement vos *trigger points* afin de prévenir et de traiter d'éventuelles blessures.

L'exercice physique est une source classique de *trigger points* si vous en abusez ou le faites imprudemment. Vous constaterez peut-être que cette pratique fait disparaître un temps la douleur, mais elle revient de plus belle dès que vous arrêtez. C'est un signe que des *trigger points* actifs en sont responsables. Redoubler d'efforts dans l'espoir de guérir des *trigger points* — malgré la douleur — est une mauvaise idée. Afin de faire la différence entre une douleur due à des *trigger points* et les courbatures qui en résultent, recherchez des *trigger points*. La souffrance causée par un *trigger point* survient en un endroit bien précis du muscle alors que s'il s'agit de courbatures, tout le muscle vous fait mal.

## **Autres types de fragilisation musculaire**

Outre un excès de sollicitation, au travail ou ausport, il existe un nombre illimité de manières, moins évidentes, de malmenager des muscles et de provoquer la survenue de *trigger points*. Avant tout, une mauvaise condition physique et un surpoids sont des conditions «idéales» pour solliciter de manière excessive les muscles et entraîner des *trigger points*. Par ailleurs, si vous avez déjà mal quelque part, commencez par vous occuper de vos *trigger points* avant de vous lancer dans un vaste programme de remise en forme.

Parmi les autres facteurs de risque, il en existe un auquel on ne s'attend pas: le fait de dormir dans certaines positions et tout particulièrement celles où un muscle ou un groupe de muscles reste dans un état raccourci des heures durant. Dormir sur le ventre est une cause connue de douleur au bas du dos. Si vous comptez résoudre ce type de problème, ne commencez pas par changer de matelas ou d'oreiller; massez plutôt vos muscles. Il vous faudra peut-être modifier votre manière de dormir, mais il faut généralement compter une bonne semaine avant de parvenir à renoncer à une habitude si familière pour en adopter une nouvelle.

Les longues soirées passées devant la télé ou les trajets de plusieurs heures effectués en voiture sont particulièrement nocifs, surtout en raison de l'immobilité imposée à certains muscles. Passez en revue vos loisirs, vos tâches ménagères et autres activités quotidiennes pour en améliorer l'ergonomie comme vous le feriez pour votre travail ou, par exemple, une partie de golf.

## *Fragilisation musculaire impossible à éviter*

Les muscles qui souffrent lors d'un accident comme une chute ou une collision en voiture risquent fort de se retrouver ensuite avec des *trigger points* pouvant résulter d'un excès de contraction ou d'étirement. Après un traumatisme cervical, les *trigger points* constituent une source importante de douleur. Malheureusement on y pense trop rarement, si bien que le plus souvent personne ne les traite. Par ailleurs, toute blessure physique avec fracture, déchirure d'un muscle, entorse ou luxation d'une articulation s'accompagne généralement d'une conséquence néfaste pour les muscles concernés. Même si ces muscles ne présentent pas forcément une blessure visible, il est certain qu'ils renferment des *trigger points*. Enfin, lorsqu'une blessure est guérie et que votre médecin autorise les massages, recherchez des *trigger points* dans tous les muscles atteints.

## *Fragilisation musculaire inattendue*

D'après Travell et Simons, de nombreux traitements médicaux peuvent s'avérer être une cause méconnue de *trigger points* et de douleur myofasciale. C'est ce qu'on appelle une *douleur iatrogène*, ce qui signifie qu'elle est due à un acte médical. Pour en citer un exemple, l'immobilité imposée par des appareils orthopédiques, des attelles, des orthèses de contention ou des plâtres est souvent responsable de la formation de *trigger points*. L'attelle protectrice qui empêche de bouger un bras blessé est bien connue pour être à l'origine d'une épaule bloquée. Lorsqu'on marche avec un plâtre, le déséquilibre provoqué par la différence de longueur entre les deux jambes favorisera l'apparition de *trigger points* dans les muscles du bas du dos et de la hanche.

Lorsqu'après une intervention chirurgicale, une douleur perdure, il faut soupçonner des *trigger points* dans les muscles qui ont été sectionnés, étirés, contusionnés ou traumatisés. Étant donné que ces *trigger points* sont parfois responsables d'une douleur très éloignée du lieu opéré, les médecins risquent de s'obstiner à traiter la zone douloureuse sans envisager qu'il puisse s'agir d'une douleur référée myofasciale. Ils peuvent alors échouer à soigner la cause véritable, les *trigger points* et le tissu cicatriciel qui découle de l'intervention. Des adhérences risquent de se former dans ce tissu



cicatriciel. Lorsque la plaie sera parfaitement refermée, vous pourrez commencer à masser le tissu cicatriciel. Enfin, il n'est jamais trop tard pour masser également d'anciennes cicatrices.

Une banale piqûre dans la fesse peut entraîner l'apparition de *trigger points* pouvant donner l'impression qu'il s'agit d'une sciatique. Des *trigger points* résultant d'une injection dans le moyen glutéal sont parfois à l'origine d'une douleur dans le bas du dos. De même, une piqûre dans l'épaule risque de créer des *trigger points* dans les deltoïdes.

Des adhérences risquent de se former dans ce tissu cicatriciel. Lorsque la plaie sera parfaitement refermée, vous pourrez commencer à masser le tissu cicatriciel. Enfin, il n'est jamais trop tard pour masser également d'anciennes cicatrices.

Étant donné leur «efficacité» à atténuer la perception de la douleur, les médicaments continuent d'être le traitement de prédilection contre celle-ci. Pourtant, il faudrait toujours considérer la douleur comme un signal que quelque chose pose problème et demande qu'on y prête attention. Tuer le porteur du message avec un antalgique et en ignorer la teneur ne suffit pas.

Travell et Simons citent comme exemple des études indiquant que les inhibiteurs calciques prescrits contre l'hypertension artérielle perpétueraient les *trigger points* sur lesquels ils auraient une action irritante. En d'autres termes, l'antihypertenseur que vous prenez aggrave peut-être votre douleur. De même, les statines, dont le Lipitor (Tahor en France), qui visent à diminuer le taux de cholestérol, sont connues pour provoquer des douleurs et une faiblesse musculaires chez 15% des patients (Dommerholt, Bron et Franssen, 2011; Sirvent, Mercier et Lacampagne, 2008). Dans *Worst Pills, Best Pills* (2005), le Dr Sidney Wolfe et ses collègues ont établi la liste des médicaments connus pour leurs effets indésirables de douleur musculaire. Si, pour une raison ou une autre, on vous a prescrit un médicament, il serait sage d'en vérifier les effets secondaires. Et si, pour l'heure, vous avez besoin d'antalgiques, vous devriez pouvoir vous en passer lorsque vous aurez appris l'automassage des *trigger points*. Au cas où des antalgiques seraient nécessaires pendant que vous explorez vos *trigger points*, massez en restant à un faible niveau d'inconfort, de 3 ou 4 sur une échelle allant de 1 à 10. Et n'oubliez pas qu'un antalgique risque de masquer votre réaction au massage, ce qui peut vous amener à en faire trop sur des *trigger points* douloureux.

Au cas où des antalgiques seraient nécessaires pendant que vous explorez vos *trigger points*, massez en restant à un faible niveau d'inconfort, de 3 ou 4 sur une échelle allant de 1 à 10. Et n'oubliez pas qu'un antalgique risque de masquer votre réaction au massage, ce qui peut vous amener à en faire trop sur des *trigger points* douloureux.

Il est également important d'être conscient que des *trigger points* peuvent être activés par un stress, une anxiété, une infection virale, une maladie de Lyme, une candidose, un problème gastro-intestinal, du diabète, de l'arthrose, un dysfonctionnement articulaire ou un trouble viscéral. Des *trigger points* qui se forment en réponse à un problème systémique comme une infection virale, du diabète ou de l'arthrose résultent peut-être de leurs effets sur le métabolisme musculaire.

## Perpétuation des *trigger points*

Parfois, les *trigger points* sont très difficiles à maîtriser. Alors que vous croyez en être venu à bout, vous constatez qu'ils sont revenus. Par ailleurs, on a tendance à sous-estimer l'influence des facteurs perpétuants sur la douleur myofasciale, même lorsqu'on en connaît l'existence. Des influences non décelables peuvent être de nature chimique et, par conséquent, plutôt subtiles et généralisées dans tout l'organisme, ce qui complique singulièrement la tâche (lire page [49](#)).

Savoir éliminer les facteurs perpétuants est l'aspect majeur du traitement de la douleur chronique due aux *trigger points*. Cela fait toute la différence, car c'est ce qui explique qu'une thérapie par les *trigger points* sera, ou non, efficace et bénéfique sur le long terme. Des facteurs perpétuants sont parfois si importants qu'en les supprimant, un *trigger point* peut disparaître de lui-même ou du moins ne pas se reformer. Certains facteurs systémiques, comme une carence en vitamines, peuvent en fait jouer un rôle initiateur dans la survenue de *trigger points*. Des troubles métaboliques, génétiques et endocriniens (hormonaux) perpétuent parfois des *trigger points*, tout comme un problème psychologique et de nombreuses considérations physiques.

Savoir éliminer les facteurs perpétuants est l'aspect majeur du traitement de la douleur chronique due aux *trigger points*. Cela fait toute la différence, car c'est ce qui explique qu'une thérapie par les *trigger points* sera, ou non, efficace et bénéfique sur le long terme.

## *Facteurs physiques*

Un certain nombre de facteurs physiques peuvent contribuer à perpétuer des *trigger points*: un stress postural, une hyperlaxité articulaire diffuse avec étirement supérieur à la normale, une scoliose, de mauvaises habitudes au travail, une tension trop fréquente, le manque d'exercice physique, des seins volumineux, un déséquilibre musculaire et des anomalies dans la structure osseuse.

### **Asymétries de la structure osseuse**

Certaines personnes naissent avec des anomalies osseuses qui risquent de perpétuer des *trigger points*. Une jambe plus courte que l'autre, un bassin asymétrique, le haut des bras trop court et un second métatarsien trop long dans le pied sont souvent la source de problèmes persistants tels qu'une douleur myofasciale récurrente. Dans ce cas, le corps doit compenser en permanence, ce qui entraîne une tension constante sur des groupes particuliers de muscles. Des jambes de longueur inégale peuvent créer et maintenir des *trigger points* dans les jambes, les fesses, le dos et le cou. Sans correction par une talonnette, la douleur risque de persister ou de revenir dans ces endroits. Et on s'est même aperçu qu'une talonnette efficace supprime des céphalées rebelles à tout traitement. Malheureusement, à moins d'une radiographie, il est difficile de mesurer avec précision la longueur des jambes. Des muscles noués de manière chronique compliquent parfois la situation en provoquant l'apparence raccourcie d'une jambe. Vous avez donc intérêt à trouver un médecin, un kinésithérapeute ou un chiropracteur formé à la détection et à la correction d'une disparité de longueur de jambe structurelle. Une telle différence provisoire, due au port d'un plâtre de marche, risque de provoquer de sérieux dégâts au dos. Dans ce cas, il suffit de mettre une talonnette à la chaussure de la jambe non cassée de la hauteur de la semelle du plâtre de marche.

Parfois, c'est tout un côté du corps qui est plus court que l'autre. La hanche de ce côté semble donc, elle aussi, plus basse, ce qui provoque une bascule du bassin quand vous vous asseyez et par



conséquent une courbure anormale de la colonne. Cela oblige le carré des lombes et les autres muscles du dos à travailler plus, et peut même avoir des conséquences jusqu'aux sterno-cléido-mastoïdiens et aux scalènes du cou. Croiser les jambes avec toujours la même jambe au-dessus de l'autre est parfois le signe que vous essayez de compenser un bassin asymétrique. S'asseoir en plaçant une protection, un magazine ou un fin coussin sous le côté du bassin plus bas peut s'avérer bénéfique.

Des bras trop courts sont plus fréquents qu'on ne croit et ne sont généralement pas reconnus comme une cause potentielle de perpétuation d'une douleur myofasciale. Si c'est votre cas, votre chaise a besoin d'un accoudoir plus haut. Si vos coudes ne sont pas correctement soutenus, une tension s'exercera en permanence sur les muscles du cou ainsi que du haut et du bas du dos. Ajoutez donc une ou deux couches de caoutchouc mousse à votre bureau, vos accoudoirs et aux appui-bras de votre voiture.

Un pied de Morton, une disparité facile à corriger entre la longueur du premier et du second métatarsien du pied, est connu pour être à l'origine de toutes sortes de douleurs. L'instabilité du pied et de la hanche qui en résulte peut rejaillir sur tout le corps. C'est, en outre, souvent le facteur déclencheur d'une tendinite du talon d'Achille. Reportez-vous au [Chapitre 10](#) pour apprendre comment corriger un pied ancestral de Dudley-Morton (voir page [245](#)).

Les quelques thérapeutes formés en *trigger points* myofasciaux et certains thérapeutes neuromusculaires sont capables de détecter ces facteurs structurels perpétuants.

## Stress postural

Au travail, une mauvaise posture, notamment si elle est source de tension, risque de favoriser l'apparition de *trigger points* qu'il sera difficile d'éliminer. Le confort apparent d'une habitude prise de longue date peut vous rendre inconscient de ses effets sur vos muscles. Il serait sage d'examiner comment vous vous asseyez, vous levez, soulevez une charge, etc. afin de trouver la meilleure manière de contrer l'effort auquel sont soumis en permanence certains de vos muscles. Observez si votre tête a tendance à être tournée ou inclinée durant de longues périodes. Coincer le téléphone entre l'épaule et l'oreille épuise les muscles du cou et du haut du dos. Dès que possible, utilisez un kit oreillette ou un dispositif mains libres. Prenez conscience des muscles noués qui indiquent probablement un déséquilibre postural.

Des *trigger points* peuvent être causés et perpétués par du mobilier mal adapté comme un canapé, un fauteuil ou le siège baquet d'une voiture qui risque de malmenager vos muscles en ne soutenant pas correctement votre corps. Vous pouvez y être si habitué que vous avez appris à vivre avec.

Un autre facteur pouvant perpétuer des *trigger points* sans que vous en ayez conscience est l'étranglement de muscles provoqués par un soutien-gorge, une cravate, la lanière d'un sac à main, les sangles d'un sac à dos, un chapeau, une ceinture, des chaussures voire des chaussettes. Tout muscle mal irrigué et, par conséquent, qui manque d'oxygène risque de favoriser la survenue de *trigger points* et si cet étranglement perdure, cela ira de mal en pis. Vous avez peut-être entendu parler de ce type de sciatique causé par un épais portefeuille dans une poche arrière. Cela limite l'afflux de sang dans certains muscles de la fesse et perpétue les *trigger points* qui, à leur tour, entraînent un pincement du nerf sciatique et, par voie de conséquence, une douleur et un engourdissement dans la jambe. Des *trigger points* générés dans le trapèze à cause des sangles d'un sac à dos, d'un soutien-gorge trop serré ou d'un sac à main trop lourd peuvent être des sources insoupçonnées de douleur chronique au cou et de maux de tête.

Un mode de vie sédentaire est, à la fois, une cause et un facteur perpétuant de *trigger points*. Les muscles ont besoin de travailler afin de rester en bonne santé. S'ils restent immobiles ou inactifs, cela favorise leur raidissement et raccourcissement et, par ailleurs, rend leurs *trigger points* résistants au traitement. En règle générale, une posture avachie, la tête, le cou et les épaules étant penchés vers l'avant, risque également de perpétuer les *trigger points* et il sera difficile de venir à bout de la douleur myofasciale de cette partie du corps.

## *Carences en vitamines et en sels minéraux*

Tout ce qui diminue les sources d'énergie aux muscles, dont les carences et les insuffisances en vitamines et en sels minéraux essentiels, rend les *trigger points* plus virulents. Travell et Simons étaient convaincus que près de la moitié des patients qu'ils soignaient pour une douleur chronique manquaient de certaines vitamines ou de certains sels minéraux nécessaires à un métabolisme musculaire équilibré. Le terme «insuffisances» est employé pour indiquer des taux inférieurs à la normale, mais il n'est pas considéré comme suffisamment important d'un point de vue clinique par les médecins peu au fait de la douleur myofasciale. Les nutriments indispensables contre une douleur chronique sont les vitamines hydrosolubles B1, B6, B12, C et l'acide folique (B9), une vitamine liposoluble, la vitamine D (Dommerholt, Bron et Franssen, 2011), et les sels minéraux calcium, fer, magnésium, potassium et zinc. Les groupes de personnes qui manquent le plus souvent de ces sels minéraux sont les personnes âgées, les femmes enceintes, ceux qui suivent un régime, qui sont économiquement défavorisés ou dépressifs ainsi que toute personne gravement malade.

Souvent, le problème n'est pas tant l'inadéquation des apports en vitamines et en sels minéraux, mais plutôt la prise d'autres substances qui entraînent leur élimination. Ainsi, le tabac détruit la vitamine C. L'alcool, les antiacides et les tanins du thé nuisent à l'absorption de la vitamine B1. Les antiacides peuvent également s'opposer au calcium et à l'acide folique. Les contraceptifs oraux nuisent aux vitamines C et B6, tout comme les antituberculeux et les corticostéroïdes. La caféine perpétue les *trigger points*. Mais attention à ne pas tomber dans l'excès inverse, car un excès de vitamine C ou d'acide folique peut diminuer votre taux de vitamine B12.

Un taux suffisant de calcium, magnésium, fer et potassium est nécessaire pour permettre aux muscles de fonctionner normalement. Le calcium est directement impliqué dans la contraction et la relaxation des fibres musculaires. Le magnésium agit en synergie dans le corps avec le calcium et un faible taux de magnésium est associé à une hyperexcitabilité musculaire (notamment contractions, crampes, tension et douleur) et à une faiblesse. Le fer permet au tissu musculaire d'utiliser les nutriments et l'oxygène apportés par le sang, et joue un rôle dans la régulation de la température du corps. Les personnes qui manquent de fer sont particulièrement frileuses. Toutefois, un excès de fer est tout aussi néfaste et aboutit parfois à une décoloration de la peau, une maladie cardiaque et un rétablissement plus lent après un accident vasculaire cérébral. Une carence en potassium affecte le fonctionnement du muscle cardiaque et des autres muscles lisses (Mense et Gerwin, 2010).

Par conséquent, si vos *trigger points* persistent ou si vous souffrez régulièrement de douleur musculaire, vous avez probablement intérêt à demander un bilan sanguin afin de voir si vous ne manquez d'aucun de ces nutriments. Le tableau ci-dessous vous indique le taux de référence des vitamines et des sels minéraux importants.

Bilan biologique utile		
	Hommes	Femmes
	Vos résultats biologiques doivent être au moins égaux à ces constantes :	
Ferritine (protéine qui stocke le fer)	50 ng/ml	50 ng/ml
Vitamine B1 (thiamine)	4.0 µg/l	4.0 µg/l
Vitamine B6	5.4–6.7 µg/l	2.0–2.8 µg/l
Vitamine B12	350 pg/ml	350 pg/ml
Vitamine D	32 ng/ml	32 ng/ml
Acide folique (vitamine B9)	5.4 mg/ml	5.4 mg/ml
	Vos résultats biologiques doivent être compris entre ces constantes :	
Calcium sérique	8.5–10.6 mg/dl	8.5–10.6 mg/dl
Magnésium sérique	1.8–3.0 mg/dl	1.8–3.0 mg/dl
Potassium sérique	3.5–5.2 mmol/l	3.5–5.2 mmol/l
Vitamine C	0.4–2.0 mg/dl	0.4–2.0 mg/dl

Reproduit avec l'autorisation de Sauer et Biancalana, 2010 et adapté avec l'aide de Jan Dommerholt, 2012

## Troubles métaboliques

Vous aurez probablement du mal à vous débarrasser de vos *trigger points* si un déséquilibre chimique ou endocrinien interfère avec le métabolisme des muscles. Les états pathologiques à surveiller sont l'hypothyroïdie, un faible taux de testostérone ou d'œstrogènes, une hypoglycémie, une anémie, un allaitement prolongé et un taux élevé d'acide urique dans le sang (*uricémie*). La nicotine, la caféine et l'alcool perturbent tant le métabolisme qu'il est alors bien difficile d'obtenir que les *trigger points* restent désactivés.

Une thyroïde qui fonctionne au ralenti (hypothyroïdie) peut augmenter l'irritabilité des muscles, ce qui les prédispose à la formation de *trigger points* et a pour conséquence que le soulagement procuré par une thérapie par les *trigger points* est de très courte durée. Des signes typiques d'hypothyroïdie sont des crampes musculaires, une faiblesse, de la raideur et de la douleur. Les autres symptômes sont la fatigue chronique, l'incapacité à supporter le froid, une sécheresse de la peau, de l'hyperactivité, un trouble des règles et une difficulté à perdre du poids. Le lithium semble diminuer la sécrétion d'hormones thyroïdiennes tandis que l'hormonothérapie de substitution (en œstrogènes) l'augmente. Cela signifie qu'indirectement, le lithium peut aggraver vos *trigger points* et que les œstrogènes peuvent les améliorer (Simons, Travell et Simons, 1999; Sonkin, 1994; Bochetta *et al.*, 1991).

Des crises fréquentes d'hypoglycémie (manque de sucre dans le sang) tendent à exacerber les *trigger points* et diminuent l'efficacité de la thérapie par les *trigger points*. Les symptômes d'une hypoglycémie sont une accélération du rythme cardiaque, des sueurs, des tremblements et une augmentation de l'anxiété. Une crise plus sévère peut s'accompagner de troubles visuels, d'agitation, de difficultés à penser et à parler voire d'un évanouissement. Une détresse psychique rend plus fragile vis-à-vis d'un risque d'hypoglycémie. La caféine et la nicotine augmentent toutes deux la production d'adrénaline qui peut intensifier cette pathologie. L'alcool, même en quantités modérées, empêche parfois le foie de stocker du glycogène et vous met en état d'hypoglycémie tant que l'alcool se trouve dans votre organisme, ce qui peut durer un jour ou deux (Simons, Travell et Simons, 1999; Foster et Rubenstein, 1980).

L'hyperuricémie (excès d'urate dans le sang) peut rendre les *trigger points* plus virulents. La goutte (le dépôt de cristaux d'urate dans les articulations) en est la manifestation extrême. Une alimentation trop riche en viande et trop pauvre en eau favorise l'hyperuricémie. La vitamine C aide à combattre ce problème (Simons, Travell et Simons, 1999; Kelley, 1980).

## Facteurs psychologiques

La tension, l'anxiété, une dépression chronique et un excès de nervosité peuvent rendre la thérapie par les *trigger points* inefficace. Un peu comme le refus de s'écouter lorsque l'on a mal, si bien qu'on continue de travailler ou de pratiquer un sport malgré la douleur. À l'opposé, l'hypochondrie ou un sentiment de désespoir risque de nuire au système immunitaire, de diminuer votre résistance et de vous rendre non réceptif à la thérapie par les *trigger points*.

Prenez conscience de toutes les fois où vous adoptez une posture rigide en cherchant le lien avec votre état émotionnel. Vous pouvez respirer superficiellement quand vous rencontrez une difficulté voire retenir de temps à autre votre souffle. Si vous êtes à l'écoute de votre corps lorsque vous êtes tendu, vous apprendrez à détecter les parties de votre corps qui sont alors nouées. Une détresse psychique s'améliore souvent en relâchant les tensions musculaires inutiles ou excessives. Une approche méthodique sera utile pour surmonter efficacement une tension musculaire habituelle. Apprenez la *relaxation progressive*, une méthode qui vous apprend comment détendre systématiquement toutes les parties de votre corps. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet au [Chapitre 12](#) «Tension musculaire et douleur chronique», page [317](#).

## Autres facteurs

Plusieurs autres facteurs peuvent affecter la bonne issue d'une thérapie par les *trigger points*. Une infection bactérienne chronique, dont un abcès à une dent, une sinusite ou une infection urinaire risquent de provoquer des *trigger points* tout comme une maladie virale, par exemple la grippe ou un herpès simplex de type 1. Le manque de sommeil ou un sommeil non réparateur peut également perpétuer des *trigger points*.

Une allergie à des polluants irritants dans l'air qui entraîne une détresse respiratoire rend parfois très difficile la désactivation des *trigger points* dans le cou, le torse et le ventre. En cas d'allergie alimentaire, tous les muscles du corps peuvent devenir plus vulnérables. Une infestation par des parasites dans l'appareil digestif perpétue parfois indirectement des *trigger points* par manque de nutriments essentiels. Cette infestation, parfois insidieuse, est plus fréquente qu'on ne le croit.

Enfin, vous ne pouvez pas dépendre uniquement de la maîtrise des facteurs perpétuants pour éliminer les *trigger points* et la douleur myofasciale. Vous devrez probablement effectuer également des automassages, même si rien n'exclut que vous ne découvriez *le* facteur qui fera toute la différence en venant à bout de votre problème de douleur et en prévenant ceux qui, sinon, risqueraient de survenir.

## Se prendre en charge

De nombreuses causes de *trigger points* peuvent s'avérer difficiles à supprimer ou à modifier. Les mouvements répétitifs inévitables au travail en sont un parfait exemple. Heureusement, l'automassage régulier de vos *trigger points* devrait vous permettre d'en contrer les effets délétères. Le chapitre suivant vous initiera aux techniques de l'automassage des *trigger points* et vous serez étonné de sa simplicité et de son efficacité.

# Chapitre 3

## Recommandations préalables

Certes, un professionnel vous débarrassera avec succès de vos *trigger points*, mais l'automassage présente de nombreux avantages. Il est inutile d'attendre pour un rendez-vous, un soulagement est possible dès que le besoin s'en fait sentir et, cerise sur la gâteau, c'est gratuit. Mais avant tout, vous ne dépendez de personne pour savoir d'où provient une douleur et ce qu'il faut faire. C'est vous l'expert.

Quand vous avez mal, personne mieux que vous ne sait ce que vous ressentez. Vous en connaissez l'endroit précis et l'intensité, et savez si un traitement est, ou non, efficace. L'automassage des *trigger points* vous donne le contrôle sur le traitement et, en règle générale, vous éprouverez un sentiment très gratifiant à l'idée d'être capable de supprimer vous-même vos douleurs.

Cela étant, il faut avoir conscience qu'un automassage n'est pas, en soi, si évident. Il y a des difficultés à surmonter. S'il est possible de faire disparaître très rapidement certains types de douleurs, un problème chronique en place depuis des lustres peut demander deux bons mois de traitement parce que les *trigger points* existent depuis longtemps et ont par conséquent établi des circuits neuronaux de renforcement qui ont tendance à les perpétuer (Simons, Travell et Simons, 1999; Yaksh et Abram, 1993). Vous souffrez peut-être également d'une *déficience posturale*, d'une variation anatomique ou d'une carence nutritionnelle qui perpétue vos *trigger points*. (Une déficience posturale est une mauvaise habitude – comme par exemple être assis avachi devant l'ordinateur – à l'origine d'un raccourcissement chronique d'un groupe de muscles, ce qui désaxe les articulations, dont la colonne vertébrale, par rapport à leur alignement normal. Les muscles raccourcis s'adaptent à cette position plus courte, créant un déséquilibre musculaire permanent, même lorsque vous n'êtes pas dans cette position.)

Une autre réalité est que le massage des *trigger points* peut s'avérer douloureux, même s'il est correctement exécuté, mais l'inconfort ressenti doit toutefois rester à un niveau qui vous permette de vous détendre. L'objectif est d'exercer une pression «délicieusement thérapeutique» ou «à la douleur exquise». Si cela fait trop mal, il vaut mieux l'éviter. Par ailleurs, si vous massez avec trop de vigueur et si vous pratiquez des automassages trop souvent, votre corps réagira en s'y opposant, ce qui accentuera la douleur pendant un jour ou deux. Un excès d'enthousiasme ou d'utilisation d'appareils de massage durs risque de meurtrir, non seulement la peau, mais également les tissus plus profonds comme les muscles et les nerfs. Si vos *trigger points* sont nombreux et très actifs, et si vous les massez trop longtemps, il est possible que vous vous sentiez vaseux ou nauséeux. En cas de douleur étendue, n'essayez pas de tout résoudre d'un coup. Commencez par vous occuper de ce qui est le plus problématique et efforcez-vous de faire preuve de patience avec cette méthode et avec vous-même. Dans un premier temps, décidez de consacrer deux semaines à ce type de massothérapie. Lisez les trois premiers chapitres puis, en vous aidant des [chapitres 4 à 10](#), identifiez les trois ou quatre muscles à traiter en priorité et massez-les chaque jour à raison de trois séances par jour. Vous n'aurez peut-être pas besoin d'autant de temps. Au bout de deux semaines, réévaluez la situation. Si vous constatez une amélioration, poursuivez! En revanche, si ce n'est pas le cas, lisez la section «Ça ne marche pas. Pourquoi?» qui figure vers la fin de ce chapitre.

Vous devez également prendre conscience que certains des *trigger points* en lien avec vos plus grandes tensions auront tendance à revenir. Il n'est donc pas raisonnable de s'attendre à ne plus jamais avoir mal. Mais il n'empêche que, si vous devenez compétent en massothérapie des *trigger points*, vous serez bien armé contre la douleur. Décidez donc d'ajouter une nouvelle corde à votre arc en devenant habile dans l'automassage des *trigger points*.

## Comment trouver l'origine de la douleur

Un automassage efficace des *trigger points* dépend avant tout de votre capacité à reconnaître lorsqu'il s'agit bien d'une douleur référée et à découvrir le ou les *trigger points* en cause. On a trop souvent tendance à s'attaquer à une douleur sans se préoccuper de ce qui l'a provoquée. S'il est vrai que certains *trigger points* entraînent une douleur locale, ce serait une erreur de partir du principe que le problème vient de l'endroit où ça fait mal. Vaincre la douleur impose de porter une grande attention aux schémas de douleur référée.

Au début des [chapitres 4 à 10](#), vous trouverez un «Guide des douleurs» et un «Guide des autres symptômes» qui vous indiquent les muscles connus pour provoquer une douleur dans des parties spécifiques du corps. Afin de trouver le ou les *trigger points* à l'origine d'une douleur en un lieu donné, passez en revue, l'un après l'autre, les muscles appropriés à votre situation sur ces listes. Le «Guide illustré des *trigger points*», lui aussi au début de chacun des chapitres sur les muscles, vous aidera à identifier rapidement les muscles à connaître. Regardez les dessins et lisez la description des symptômes afin de trouver quel schéma de douleur correspond à votre recherche. Nous avons choisi de simplifier les dessins sur la douleur référée en n'indiquant que les parties du schéma les plus intenses et les plus fréquentes — en d'autres termes, le schéma de douleur primaire. Une douleur «qui déborde» ou moins courante sera décrite dans le texte. Dans le «Guide des douleurs», les termes en gras indiquent des muscles avec un schéma de douleur référée primaire. Les autres muscles ont un schéma de débordement de la douleur pour cette zone. Vous devez toujours envisager la possibilité qu'un muscle en bas de la liste soit le responsable de votre douleur. Par ailleurs, il n'est pas rare que votre problème résulte de *trigger points* présents dans plusieurs muscles. Le numéro de la page suit le nom du muscle. Le «Guide des douleurs», le «Guide des autres symptômes» et le «Guide illustré des *trigger points*» (dessins montrant la douleur référée) sont adaptés de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (Travell et Simons, 1992; Simons, Travell et Simons, 1999). Enfin, il est utile de connaître le nom des muscles. Cela vous aidera à en connaître l'emplacement et, par conséquent, à les trouver. Du reste, vous serez certainement capable de repérer un muscle avant d'en détecter les *trigger points*.

Ce serait une erreur de partir du principe que le problème vient de l'endroit où ça fait mal.

## Notions de biomécanique

Dans les chapitres sur les muscles des différentes parties du corps, vous découvrirez le rôle de chacun d'eux. Comprendre comment fonctionne un muscle aide à trouver les *trigger points* responsables de votre douleur et posséder des notions de biomécanique vous permettra de savoir quoi faire pour empêcher votre problème de revenir. En effet, il suffit rarement de se débarrasser d'une douleur. Il faut, plus que tout, savoir éviter sa réapparition.



Grâce à la connaissance de vos muscles et à un minimum d'expérience sur la manière d'en trouver les *trigger points*, vous constaterez peut-être que vos mains se posent exactement là où il faut sans avoir besoin de consulter les schémas. La prise de conscience de votre corps et la compréhension du fonctionnement des muscles amélioreront votre capacité à déceler d'où provient votre problème. Ainsi, vous aurez plus de facilités pour éliminer les *trigger points*.

## Trouver les trigger points

Se tromper sur l'origine de votre douleur risque fort d'entraver vos efforts pour en venir à bout, la zone de projection d'une douleur étant la donnée essentielle à connaître à propos des *trigger points*. En effet, si vous massez le mauvais endroit, ce sera peut-être agréable mais dépourvu de la moindre efficacité. Il se peut même que votre douleur empire. Pour vaincre une douleur référée, vous devez remonter à sa source. Les illustrations du schéma de douleur référée propre à chaque muscle sont la solution pour trouver les *trigger points*. La [figure 3.1](#) montre comment sont indiqués les muscles, les *trigger points* et la douleur référée sur les illustrations. Une zone de douleur référée est représentée en hachuré par de fines lignes parallèles en diagonale vers le haut, de la gauche à la droite. D'autres lignes parallèles représentent un muscle mais, dans ce cas, elles sont toujours délimitées par les contours de celui-ci. Un point noir signale l'emplacement d'un ou de plusieurs *trigger points* dans cette zone. Afin de simplifier la lecture d'une illustration, les *trigger points* sont généralement montrés sur un seul côté du corps, mais on peut bien évidemment les rencontrer sur l'autre côté ou sur les deux. En règle générale, les *trigger points* provoquent une douleur du même côté du corps, mais il arrive, plus rarement, que la douleur siège du côté opposé. Vous remarquerez que les *trigger points* ont tendance à entraîner une douleur à distance du milieu du corps, mais ce n'est pas toujours le cas.

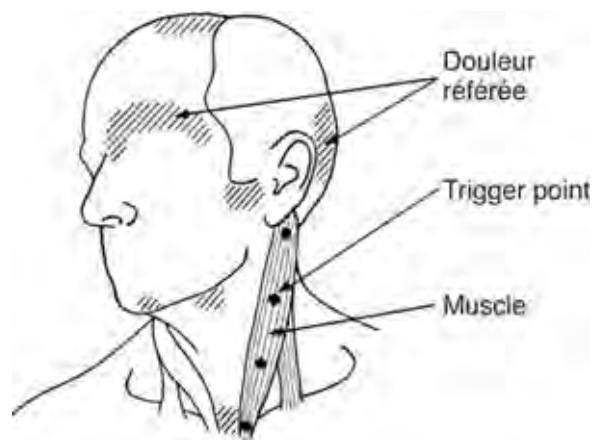


Figure 3.1 Clés pour comprendre un dessin. Parfois, on ne voit qu'une partie de la zone de projection d'une douleur. Les schémas de douleur référée moins fréquents sont indiqués dans le «Guide des douleurs», le «Guide des autres symptômes» et le texte

Parfois une illustration ciblera très précisément l'endroit où vous avez mal, mais parfois encore, l'indication ne sera qu'approximative. Enfin, vous devez vous concentrer sur ce que vous ressentez pour trouver un *trigger point*. L'objectif des illustrations est de vous amener au bon endroit. À vous ensuite de chercher un point «à la douleur exquise». Et ne vous découragez pas si vous ne trouvez pas de petits nodules dans les muscles (un *trigger point* est plus semblable à une zone de muscle noué qu'à un nœud en trois dimensions; c'est le point le plus sensible d'une zone à masser). Vous n'aurez pas toujours la certitude d'avoir trouvé le bon endroit et seul le soulagement de vos symptômes vous prouvera que c'était bien le cas. Le critère le plus fiable pour identifier un *trigger point* est son extrême sensibilité. Recherchez donc le point le plus douloureux à la compression, même s'il ne faut

pas exclure que la cause, dans un muscle ou un autre tissu mou, puisse être d'origine médicale. Un bon indicateur est la capacité de maintenir l'inconfort ressenti, avec un massage léger, à une intensité modérée. Au fur et à mesure des traitements, un *trigger point* doit devenir moins sensible. Si vos symptômes ne s'améliorent pas et si le point demeure aussi douloureux, vous devriez consulter un médecin, de préférence quelqu'un qui connaisse les *trigger points* et la douleur myofasciale.

## Contre-indications

Plusieurs raisons justifient la prudence lorsqu'on effectue de vigoureux mouvements de va-et-vient. Voici tout d'abord une règle à laquelle il ne faut pas déroger: ne «jamais masser un pouls», c'est-à-dire là où l'on perçoit la pulsation d'une artère sous les doigts. Les artères amènent le sang oxygéné dans toutes les parties du corps et aux différents organes. En cas d'excès de mauvais cholestérol, il y a un risque de formation, sur la paroi des artères, de plaques d'athérome. Afin d'éviter de détacher une de ces plaques, ce qui l'enverrait en des endroits à risque comme le cerveau, ne massez pas au niveau d'une grande artère. On peut trouver des *trigger points* près d'une artère, mais non à son niveau (artère carotide sur l'avant du cou, aorte descendante dans l'abdomen et artère fémorale au pli de l'aîne). Avant de vous occuper des muscles de ces parties du corps, commencez par trouver le pouls en posant légèrement le bout des doigts sur la peau. Vous n'aurez plus qu'à chercher des *trigger points* de part et d'autre de ce pouls, ce qui vous permettra d'éviter l'artère. Pour chaque muscle, nous avons indiqué, si nécessaire, des instructions spécifiques pour les zones à risque. Enfin, si vous souffrez d'athérosclérose, demandez à votre médecin son accord avant n'importe quel type de massage.

Faites également attention au système lymphatique (dans lequel circulent les cellules du système immunitaire). Pendant un automassage, vous pouvez tomber sur des ganglions lymphatiques enflés. Si un ganglion lymphatique est sain, il est plus petit qu'une cacahuète et passe généralement inaperçu tandis que s'il est enflammé, il est plus gros, plus ou moins ferme et sensible. Si vous en percevez un, n'appuyez pas dessus et ne le pincez pas. Lorsque vous voulez massez un muscle, vous devez éviter les ganglions. Le système lymphatique contribuant à la lutte contre les infections, les champignons (mycoses), les virus, les bactéries et les cellules cancéreuses, mieux vaut consulter un médecin si vous sentez un ganglion lymphatique qui reste enflé plus de deux jours. En cas de problème de circulation lymphatique lié, par exemple, à une intervention chirurgicale pour un cancer du sein (lymphœdème), il faut peut-être consulter un spécialiste en drainage lymphatique ou un massothérapeute formé à ce type de drainage avant une massothérapie sur plusieurs parties de votre corps. Ils pourront vous enseigner des techniques faciles à utiliser avant et après un automassage en profondeur des *trigger points*.

Les *trigger points* sont généralement montrés sur un seul côté du corps, mais on peut bien évidemment les rencontrer sur l'autre côté ou sur les deux.

Plusieurs autres maladies contre-indiquent la massothérapie, dont l'automassage des *trigger points*. La liste qui suit cite les plus évidentes, comme une fièvre, une infection cutanée, un eczéma de contact, une infection généralisée aiguë, virale par exemple, ou une insuffisance rénale. Un état pathologique sérieux nécessite la consultation préalable de votre médecin. Il s'agit notamment d'un anévrisme, d'une athérosclérose, d'un cancer, d'une insuffisance cardiaque congestive, d'une insuffisance coronarienne, d'une péritonite ou d'une polykystose rénale. Les autres contre-indications médicales sont, pour n'en citer que quelques-unes, une cirrhose, un œdème des membres inférieurs



par rétention d'eau, des caillots sanguins, une fracture, une thrombose veineuse profonde, une embolie, des pertes de connaissance, une hypertension artérielle non jugulée, une occlusion intestinale, une lymphangite, une myocardite, une polyarthrite rhumatoïde, un cancer, des crises d'épilepsie et une tuberculose (Werner, 2013).

Certaines de ces affections ont un rapport avec le mouvement de liquides et de substances dans le corps, or le massage en augmente la circulation. Étant donné que l'automassage d'un *trigger point* a ce même effet à une plus petite échelle, il vaut toujours mieux vérifier avec votre médecin que vous pouvez masser les tissus profonds du corps. Quelques livres et sites indiqués dans la section «Pour aller plus loin» vous apporteront des informations complémentaires.

## Technique de massage

Un massage effectué correctement respecte deux principes: la sécurité et l'efficacité. Vous devez être capable de vous masser sans froisser ni épuiser les muscles de vos bras et de vos mains, et d'une manière qui donne des résultats sur un *trigger point*.

Le tableau ci-dessous énumère les neuf règles pour un automassage des *trigger points* efficace et sans risque. Ce récapitulatif définit le mouvement de va-et-vient utilisé n'importe où sur le corps. Le massage de chaque *trigger point* devrait être relativement bref, inférieur à une minute. C'est ce qui constitue un traitement. Il est inutile d'en faire plus. Ensuite, vous pouvez passer au *trigger point* suivant. Un automassage excessif risque de causer plus de tort que de bien. En médecine, un principe de base est de toujours créer un état qui permette de promouvoir la guérison. C'est le corps lui-même qui soigne et vous devez faire confiance à la capacité de votre organisme à réagir pour faire ce qu'il faut.

N'essayez pas de forcer un *trigger point* à disparaître. Cela surviendra si vous effectuez fréquemment l'automassage quotidien qui respecte les principes généraux indiqués plus loin. Soyez patient — vous serez surpris des résultats obtenus grâce à cette méthode. Un échec est généralement la conséquence d'un massage trop agressif ou, tout simplement, d'un traitement au mauvais endroit.

Un échec est généralement la conséquence d'un massage trop agressif ou, tout simplement, d'un traitement au mauvais endroit.

Les recommandations sont particulièrement utiles pour ceux qui effectuent des automassages sans la supervision d'un thérapeute compétent. Il vaut toujours mieux y aller en douceur et constater une amélioration progressive qu'être trop agressif et provoquer une crise de douleur.

Guide récapitulatif de l'automassage
1. Utilisez si possible un appareil afin de préserver vos mains.
2. Effectuez de profonds mouvements de va-et-vient.
3. Massez en effectuant de brefs mouvements répétés de va-et-vient d'un côté à l'autre du point douloureux.
4. Effectuez les mouvements de va-et-vient dans une seule direction pour une meilleure ergonomie.

5. Effectuez lentement les mouvements de va-et-vient.

6. Visez une intensité de douleur de 5 sur une échelle de 1 à 10.

7. Limitez le massage à dix ou douze mouvements lents de va-et-vient par *trigger point*.

8. Massez un *trigger point* trois à six fois par jour.

9. Si vous ne constatez aucune amélioration, vous massez peut-être au mauvais endroit.

## Mouvements profonds de va-et-vient

L'approche traditionnelle à la thérapie manuelle par les *trigger points* est appelée *compression ischémique*: vous appuyez sur un *trigger point* et maintenez la pression durant un nombre spécifique de secondes ou jusqu'à leur disparition. En fait, vous chassez le sang hors du tissu. Le problème, avec cette compression ischémique, est que cela risque de devenir inutilement douloureux si le but est d'obtenir l'élimination d'un *trigger point*. Cela demande en outre la contraction soutenue des épaules, des bras et des mains de la personne qui réalise le traitement, ce qui peut très vite devenir épuisant. Heureusement, il existe un autre moyen, tout aussi efficace, pour désactiver les *trigger points*.

Au lieu d'une compression ischémique statique, effectuez plusieurs mouvements de va-et-vient sur le *trigger point*. Ce type de massage donne de bons résultats avec moins d'irritation au niveau du *trigger point*, moins de dommages à vos mains et moins de risques de contusion de la peau et du muscle. Comprimer un *trigger point* est indéniablement une bonne idée, mais le «pétrissage» répété d'un *trigger point* fait circuler plus efficacement le sang et la lymphe.

La lymphe véhicule les déchets de l'activité des fibres musculaires constamment contractées. Représentez-vous en train de laver à la main un vêtement sale. Il ne suffit pas de le rincer et de l'essorer pour qu'il devienne propre, quel que soit le temps que vous y passiez ni l'énergie dépensée. Vous avez besoin d'eau qui coule, encore et encore, jusqu'à ce que toutes les saletés soient éliminées et que la dernière eau soit propre. Avec un *trigger point*, c'est le même principe qui prévaut.

L'autre avantage de petits mouvements répétés de va-et-vient par rapport à une compression statique est que la douleur intermittente est plus facile à supporter qu'une douleur constante. Exercer une pression discontinue vous permet de masser plus profondément le point et ne suscite que le petit surplus douleur que vous pouvez tolérer par rapport à ce que vous ressentiriez en cas de compression maintenue d'un *trigger point*. Effectuez de tout petits mouvements lents et profonds (jamais plus d'un mouvement par seconde). Il suffit pour cela de bouger d'un côté du point douloureux à l'autre et, plutôt que de faire glisser vos doigts sur la peau, de mobiliser la peau avec les doigts. Cela aidera à libérer le fascia sous-jacent, cette fine membrane qui enveloppe les muscles et qui est parfois une partie du problème lorsque celui-ci est noué. Massez selon votre degré de tolérance, en appuyant le *trigger point* vers ou contre l'os situé en dessous. Libérez la pression à la fin du mouvement de va-et-vient, reprenez d'où vous êtes parti et recommencez. À chaque fois que vous relâchez la pression, du sang oxygéné et riche en nutriments vient irriguer ce point. Le *trigger point* en a été privé parce que la pression provenant des fibres musculaires contractées a provoqué une constriction des capillaires qui apportent ces substances essentielles. Et même si vous avez entendu dire qu'il faut toujours faire circuler le sang vers le cœur, c'est sans conséquence ici en raison de la faible quantité de liquide impliquée. L'idéal serait d'effectuer ce mouvement de va-et-vient dans n'importe quelle direction et, si vous le souhaitez, d'en changer au milieu du massage, l'essentiel étant de veiller à l'ergonomie. Trouvez la manière la plus facile pour vous car, sinon, vous serez épuisé et n'aurez plus envie de recommencer.

De profonds mouvements de va-et-vient présentent un autre avantage. Ils aident les fibres musculaires concernées par le *trigger point* à s'allonger pour retrouver leur étirement normal. Imaginez ce type de massage sur une boule d'argile: elle s'étalerait dans la direction dans laquelle vous la poussez. L'effet sur les fibres musculaires est similaire, même si c'est moins visible. Pensez-y en termes de microétirement, contrairement au macroétirement de tout un muscle comme c'est le cas lors d'exercices d'étirement. Ce microétirement s'applique directement sur le *trigger point*, juste là où c'est nécessaire. Ainsi, vous ne courrez pas grand risque d'étirer de manière excessive les bandes de tension des fibres musculaires allant d'un côté du *trigger point* au point d'insertion du muscle sur l'os (ce qui pourrait irriter le *trigger point* et, de ce fait, le maintenir contracté).

Il existe plusieurs théories sur la manière de traiter un *trigger point*. La meilleure semble être de faire ce qui semble le mieux à la personne qui reçoit ce traitement, ce qui peut varier d'une séance à une autre, voire d'un muscle à un autre. Chaque individu doit être considéré comme une personne à part. L'essentiel est d'agir afin de diminuer la douleur et de rétablir un bon fonctionnement, sans créer plus de problèmes ni causer du tort à celui qui effectue le traitement. Essayez plusieurs manières de masser. Nos principes généraux vous aideront à vous lancer.

Il existe plusieurs théories sur la manière de traiter un *trigger point*. La meilleure semble être de faire ce qui fait le plus de bien à la personne qui reçoit le soin. Chaque individu doit être considéré comme une personne à part. L'essentiel est d'agir afin de diminuer la douleur et de rétablir un bon fonctionnement, sans créer plus de problèmes ni causer du tort à celui qui effectue le traitement.

## Délicieusement thérapeutique: quelle pression faut-il exercer?

Lorsqu'on appuie dessus, un *trigger point* est hypersensible et vous pouvez être très réticent à la perspective de le masser par crainte de vous nuire ou d'intensifier la douleur. En fait, celle-ci est généralement limitée, car vos mécanismes de défense naturelle ne vous permettront pas de vous infliger plus de douleur que vous ne pouvez en supporter. Et il est très improbable que vous vous fassiez vraiment mal, sauf si vous essayez de masser trop en profondeur ou trop longtemps avec des appareils durs (Simons, Travell et Simons, 1999). Au préalable, lisez toutefois la section «Contre-indications» page 37 sur les raisons d'éviter un massage.

Le degré d'inconfort causé par le massage est, en fait, une mesure d'efficacité bien utile: pour en tirer le meilleur profit, la pression doit être suffisante pour le rendre «délicieusement thérapeutique». Ce doit être un type de douleur agréable (une intensité de douleur à 5 sur une échelle de 1 à 10, 1 étant l'absence de douleur et 10 le seuil intolérable). Dans les éditions américaines précédentes de ce livre, nous préconisions un degré d'inconfort supérieur sur cette échelle de douleur. Depuis, j'ai pris conscience de l'intérêt à être détendu pendant le traitement. Si vous grimacez ou retenez votre souffle, cela signifie que vous appuyez trop fort or, parfois, moins est mieux.

En vous appuyant sur l'intensité de la douleur, poursuivez les automassages quotidiens du *trigger point* plusieurs fois par jour jusqu'à ce qu'elle ne soit plus que de 2 ou de 3. Mais ne vous attendez pas à atteindre cet objectif en une seule séance. Faites de courtes séances répétées et laissez votre corps agir entre chacune d'elles. Lorsqu'un *trigger point* actif a cessé d'entraîner une douleur

référé, vous devez encore le masser durant plusieurs séances. Un *trigger point* passif continue lui de maintenir le muscle raccourci et vulnérable.

## *Préserver ses mains et ses doigts: les appareils conseillés*

Vu les risques inhérents à une sollicitation excessive de vos mains et de vos doigts pendant un automassage, vous avez tout intérêt à éviter de les utiliser. Vous n'avez peut-être jamais pensé à employer les articulations de vos doigts, genoux, talons ou coudes pour vous masser alors que c'est tout à fait possible (voir les [figures 6.7 p. 138](#), [10.7 p. 259](#) et [10.27 p. 269](#)).

On trouve également dans le commerce plusieurs appareils de massage ergonomiques et conçus pour optimiser la sécurité et l'efficacité. Tous les appareils ne conviennent pas, toutefois, dans des zones aussi sensibles que l'avant du cou. Lorsque votre unique choix est d'utiliser vos doigts, vous devez tout faire pour éviter de les blesser.

Quand on masse avec les mains, le principe de base est d'appliquer le maximum de force avec le minimum d'efforts. Si l'on se sert du pouce, soutenez-le avec les autres doigts ([figure 3.2](#); c'est ce qui est appelé *avec le pouce* dans les illustrations). N'utilisez le pouce en opposition aux autres doigts que si vous ne pouvez pas faire autrement. Serrer ou pétrir semble peut-être la solution la plus naturelle, mais c'est en fait épuisant et doit être réservé aux endroits où vous ne pouvez pas faire autrement.



Figure 3.2 Avec le pouce

Lorsque vos mains font office d'appareil de massage, travaillez si possible avec les deux, en utilisant la main opposée pour soutenir les doigts qui massent ([figure 3.3](#); c'est ce qui est appelé *avec les doigts* dans les illustrations). La main seule du dessin montre le poignet, la main et les doigts tendus et pourtant le plus relâchés possible. Cela permet de solliciter au minimum les muscles de la main et du bras, la force provenant surtout des muscles plus importants des épaules, du torse et du haut du dos. Vous disposez ainsi d'un outil très pointu, efficace avec peu d'efforts. Remarquez que la main du dessus recouvre complètement les ongles des doigts qui massent. La main du côté du petit doigt doit être en contact avec la peau de l'endroit massé. Remarquez également que la main du dessus aide à bouger le bout des doigts de la main qui masse.



Figure 3.3 Avec les doigts (remarquez que la main du dessus recouvre les ongles des doigts qui massent; les deux mains effectuent des mouvements de va-et-vient)

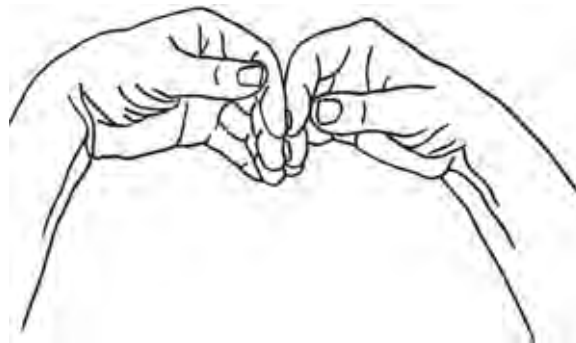


Figure 3.4 Avec les doigts, mains dos-à-dos

La [figure 3.4](#) illustre une manière subtile de soutenir les doigts, mains dos-à-dos, pour un automassage abdominal. Les autres possibilités pour que les mains soutiennent les doigts sont montrées [figures 7.7 p. 165](#), [7.24 p. 176](#) et [10.25 p. 269](#).

Plutôt que de vous servir de la main pour pincer, presser et pétrir, utilisez le pouce ou les autres doigts comme s'il s'agissait de l'extrémité d'un bâton que vous enfoncez dans la chair. Pour un avantage mécanique maximal, les pouces ou les autres doigts doivent être presque perpendiculaires à la peau ([figure 3.5](#)). Cela permet à la force de s'exercer en ligne droite, du coude en passant par l'avant-bras, le poignet et la main jusqu'au bout du pouce ou des autres doigts. Vous constaterez immédiatement que si vos ongles ne seraient-ce que modérément longs, vous n'arriveriez pas à utiliser vos mains.



Figure 3.5 Avec les doigts presque à la verticale de la peau

Un massage effectué avec la pulpe des doigts est si anti-ergonomique que vos mains et vos doigts seront fatigués avant d'en avoir tiré le moindre profit. Parfois, l'inefficacité imposée par des ongles longs contribue de manière significative à la formation de *trigger points* dans les avant-bras et les mains parce que les muscles doivent travailler nettement plus afin de surmonter ce handicap. Les massothérapeutes professionnels liment leurs ongles le plus possible et vous devriez penser à les imiter, du moins tant que vos *trigger points* ne sont pas désactivés.

Si vous ne pouvez admettre l'idée d'avoir les ongles coupés à ras, envisagez d'utiliser les articulations des doigts comme sur la [figure 3.6](#). Remarquez que ce sont le majeur et l'annulaire qui font office d'appareil de massage. Le poignet et le poing fermé restent droits pour un meilleur transfert de la force à partir des épaules. Masser avec ces articulations est en fait un puissant outil, mais qui manque de finesse par rapport aux doigts qui permettent d'exercer une pression très précise demandant une profonde pénétration.

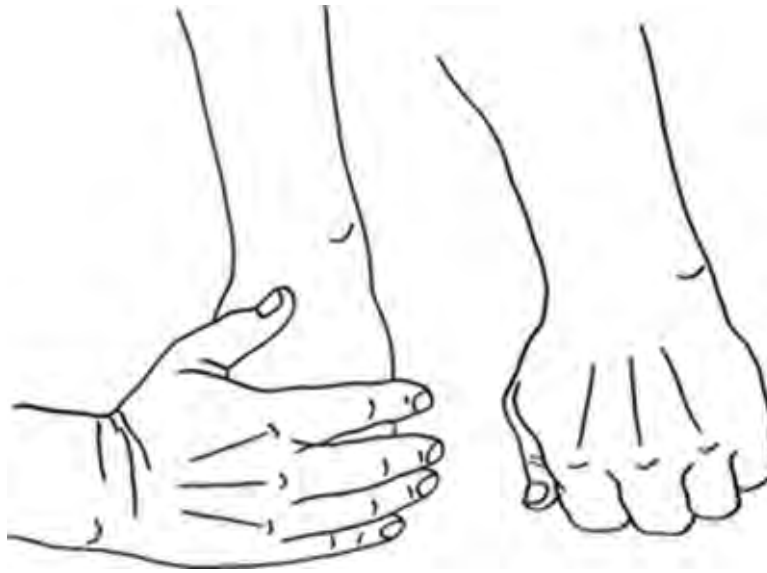


Figure 3.6 Avec les articulations des doigts

Une grande diversité d'appareils de massage permet de préserver vos mains, d'amplifier votre force et d'atteindre des endroits difficiles d'accès. Nombre d'entre eux sont bien conçus, notamment la Thera Cane ([figures 3.7](#) et [3.8](#)), le Backnobber ([figures 3.9](#) et [3.10](#)), le Body Back Buddy ([figure 3.11](#)), le Knobble ([figure 3.12](#)) et les Shemala Fingers ([figure 3.13](#)). Tous sont disponibles sur des sites en ligne ou, parfois, auprès de massothérapeutes. Vous trouverez à la fin de ce livre, dans la section «Pour aller plus loin», des sites pour vous les procurer. Il existe de nombreuses variantes de cannes avec une crosse. La Thera Cane est la plus polyvalente tandis que le Backnobber possède une petite boule idéale pour pénétrer en profondeur et se transporte facilement dans le sac fourni à l'achat. On trouve également une nouvelle version de la Thera Cane conçue pour les déplacements. Le Body Back Buddy se présente sous plusieurs versions. Celle montrée [figure 3.11](#) est un peu plus grande que les deux autres et comporte des boules pointues idéales pour une pression profonde. Pressure Positive, le fabricant du Backnobber, propose une variante pour les personnes plus corpulentes appelée Big Bend Backnobber. De nombreuses illustrations de ce livre montrent la Thera Cane, mais les autres cannes de massage conviennent tout aussi bien. Sur la plupart des dessins, vous verrez la Thera Cane posée sur la peau nue. Ce choix résulte d'un souci de clarté mais, dans la réalité, vous n'aimeriez pas qu'elle soit à même la peau. Pour un meilleur confort et pour éviter une irritation et des contusions, ces appareils de massage s'utilisent sur un vêtement.





Figure 3.7 Thera Cane



Figure 3.8 Massage avec une Thera Cane avec la main du côté opposé sur la crosse



Figure 3.9 Backnobber



Figure 3.10 Massage avec un Backnobber

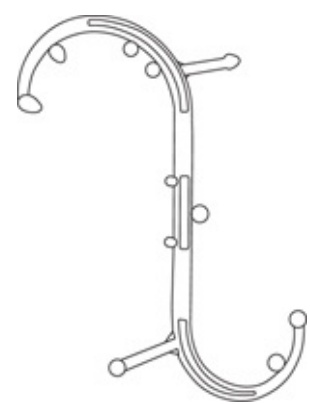
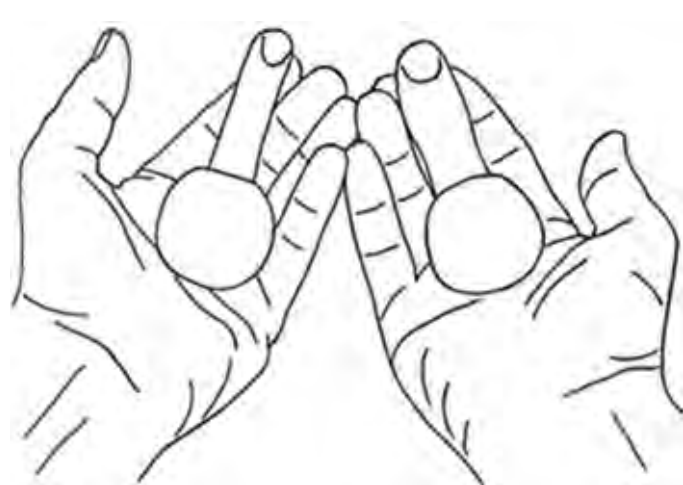


Figure 3.11 Body Back Buddy



Figure 3.12 Knobble



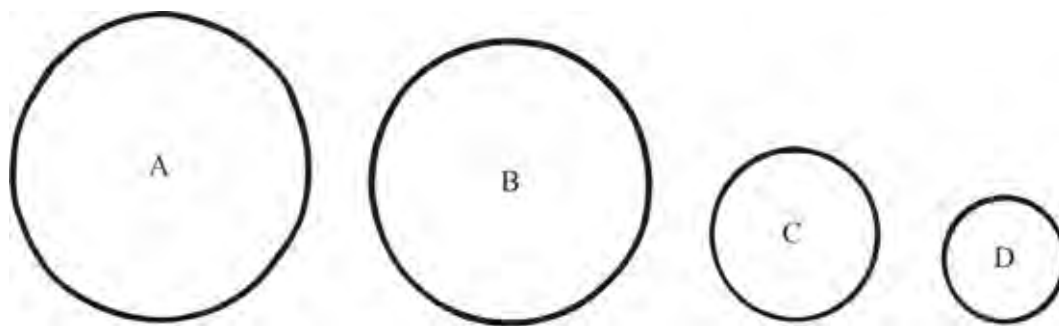


Figure 3.14 Balles pour le massage contre un mur (pas à leur taille réelle): (A) balle de tennis ou rebondissante (60-64 mm); (B) rebondissante (45 mm); (C) rebondissante (35 mm); et (D) rebondissante (24 mm)

Pour un nombre étonnamment grand de muscles, le meilleur appareil de massage est tout simplement une balle pressée entre le corps et un mur ([figure 3.15](#)). Vous pouvez prendre une balle de tennis ou une balle en caoutchouc dur de la même taille ou plus petite si vous devez masser plus profondément. Mettre une balle de tennis dans une chaussette ou un collant permet de positionner la balle plus bas dans le dos sans risquer de la laisser tomber ou de manquer de contrôle quant à son emplacement ([figure 8.6](#) p. 197). Une chaussette est bien commode pour manipuler la balle et la placer où vous le souhaitez. On trouve parfois dans les boutiques de sport, les grandes surfaces, les animaleries et chez des détaillants des balles plus ou moins rebondissantes en caoutchouc. Elles sont dures sans trop l'être et constituent un excellent appareil de massage. La [figure 3.14](#) montre la taille relative des balles adaptées à l'automassage de divers endroits. La balle de tennis ou rebondissante va de 60 mm à 64 mm (A). Elle sert à masser contre un mur les bras, les épaules, le torse, les hanches, les jambes, le dos et les fesses. La balle de 45 mm (B) permet de s'asseoir dessus pour le massage contre un mur des muscles des fesses, du plancher pelvien et des avant-bras. La balle de 35 mm (C) sert pour la plante des pieds contre le sol ou les muscles de part et d'autre de la colonne contre un mur. La balle de 24 mm (D) est idéale pour la main et la base du pouce contre un mur. (Le [Chapitre 8](#) comporte une description détaillée de la manière d'utiliser la technique de la balle contre un mur à la section «Traitement des muscles spinaux superficiels».) Le problème avec les balles rebondissantes est qu'il s'agit de jouets qu'on ne trouve qu'à certaines périodes de l'année et il peut être difficile de s'en procurer en automne et en hiver. La solution peut être d'aller dans une animalerie au rayon des balles pour chiens ou, sinon, d'acheter sur l'un des nombreux sites en ligne qui proposent toutes sortes de modèles. La balle rebondissante Pinky est une balle en mousse dense un peu moins dure qu'une balle rebondissante en caoutchouc, mais plus qu'une balle de tennis. Elle est caoutchoutée sur l'extérieur, ce qui évite le besoin d'une chaussette comme pour une balle de tennis plus glissante. Vous la trouverez sur de nombreux sites. Vous préférerez certainement une balle rebondissante à une balle de tennis, car elle pénètre avec moins d'efforts et ne glisse pas sur un mur. Reportez-vous à la section «Pour aller plus loin» à la fin de ce livre ou, si vous lisez l'anglais, allez sur le site [www.triggerpointbook.com](http://www.triggerpointbook.com) afin de vous procurer les balles de massage mentionnées ici.



Figure 3.15 Massage avec une balle en mousse contre un mur

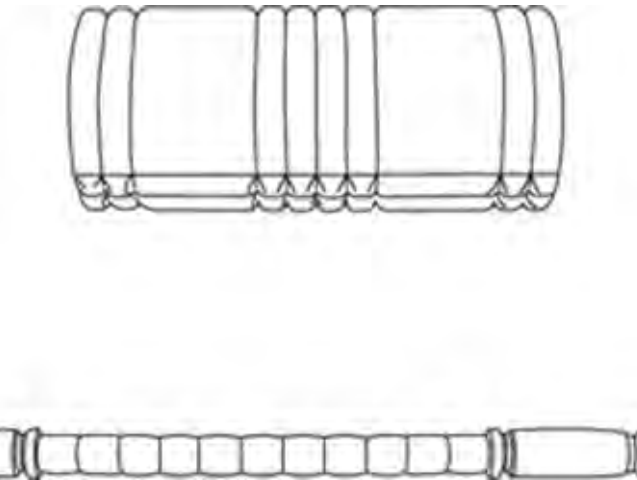


Figure 3.16 Rouleau en mousse (Grid) et The Stick

Les autres appareils de massage utiles comprennent un épais rouleau de mousse dont la surface a parfois la forme d'un grillage avec des espaces plus ou moins longs (Grid) et un bâton appelé The Stick ([figure 3.16](#)). Tous deux ont de multiples utilisations, mais sont particulièrement adaptés aux jambes. Il existe des variantes de ce bâton de massage, notamment le Tiger Tail, vendu par Pressure Positive, rembourré et rigide. Toutefois, un simple manche à balai ou un bâton en bois, comme ceux utilisés dans les arts martiaux, fait tout autant l'affaire. Même un rouleau à pâtisserie convient. En effet, il est inutile de dépenser beaucoup d'argent pour se débarrasser de sa douleur. Quelques balles en caoutchouc et un bâton au bois lisse suffisent pour des automassages.

Le [chapitre 8](#) comporte une description détaillée de la manière d'utiliser la technique de la balle contre un mur à la section «Traitement des muscles spinaux superficiels».

## *Traitement d'une foulure ou d'une douleur très localisée*

Parfois, la douleur est très localisée (on peut l'indiquer d'un doigt) au niveau du point d'insertion d'un muscle. Par ailleurs, n'oubliez pas que, comme les tendons fixent les muscles aux os et que les ligaments attachent les os à d'autres os, on peut donc avoir une foulure à un tendon ou une entorse à un ligament. Dans cette section, vous apprendrez comment soigner une foulure à un tendon ou à la jonction muscle-tendon ainsi qu'une douleur très localisée. Une foulure est similaire à une déchirure au premier ou au second degré et il faut faire très attention aux mouvements qui contractent et qui

étirent des muscles spécifiques. Si ce livre ne vous apporte pas suffisamment d'informations, une bonne description d'anatomie fonctionnelle vous aidera. Reportez-vous à la section «Pour aller plus loin» pour des suggestions de lecture.

Souvent, les médecins posent sur une douleur le diagnostic d'inflammation ou d'un de ces termes en «ite» comme, par exemple, tendinite ou épicondylite latérale. Si une inflammation est vraiment présente, il y a inmanquablement des symptômes de type chaleur localisée, rougeur, gonflement, douleur et parfois perte de la fonction. Un diagnostic de tendinite est très fréquent, mais il peut s'agir de tout autre chose. Les études sur la tendinite montrent qu'il n'y a souvent aucune inflammation (Khan *et al.*, 2000), ce qui a récemment incité à la rebaptiser en *tendinose*. Ce nouveau terme veut dire, en fait, que la douleur ne siège ni au point d'insertion du tendon sur l'os ni à la jonction entre un muscle et son tendon.

Une douleur très localisée avec une mobilité active ou qui offre une résistance signifie généralement qu'un excès de tension tire sur le tendon. N'oubliez pas que c'est le muscle qui est le tissu contractile de l'unité, et non le tendon et pourtant, l'essentiel du traitement est axé sur le site du symptôme (le point d'insertion). Dans le cas d'une tendinose, une thérapie plus appropriée consiste à dénouer les muscles raccourcis à l'origine d'une tension au point d'insertion. Cela inclut de masser tout le muscle et le ventre des fibres musculaires où se sont formés des *trigger points*. Après un automassage consciencieux de tout le muscle, massez le point douloureux très localisé en effectuant pendant vingt à trente secondes une friction dans toutes les directions. Concrètement, vous appuyez sur ce point, allez à gauche, à droite, puis en haut, en bas et enfin en diagonale sans trop vous attarder. Peu à peu, vous pourrez masser plus en profondeur en veillant toujours à ce que cela reste *légèrement* inconfortable. Le stade suivant sera de retrouver la pleine mobilité du muscle en lui faisant effectuer le mouvement qu'il accomplissait auparavant. Voyez si ça fait mal. Si ce n'est pas le cas, introduisez un peu de résistance au mouvement en exerçant avec la main une pression forte. Si tout se passe bien, augmentez la résistance. Dès que vous avez mal, recommencez la friction multidirectionnelle pendant vingt à trente secondes (répétez cela jusqu'à trois fois par séance). Si le site de la douleur se déplace légèrement, massez ce nouvel endroit en vérifiant où en est votre douleur (Waslaski, 2012).

Lorsque vous aurez retrouvé votre pleine mobilité, sans avoir mal, vous pourrez alors allonger et contracter, en même temps, le muscle avec beaucoup de délicatesse. C'est ce qu'on appelle une *contraction excentrique*. L'unité muscle-tendon qui vient d'être massée se contracte un peu tout en étant activement étirée, ce qui éloigne les insertions musculaires. Prenons l'exemple d'un tennis elbow où l'un des muscles extenseurs de l'avant-bras (côté poilu) est à l'origine d'une tension au niveau de l'épicondyle latéral (face externe du coude). Afin de traiter cette douleur très localisée, vous allez maintenir le poignet droit, paume vers le sol, puis appuyer doucement le dos de la main avec la main opposée afin d'incliner le poignet vers la face fléchisseuse (imberbe) du bras. Faites cela lentement en exerçant juste un peu de résistance. Tandis que la main opposée allonge doucement les extenseurs de l'avant-bras (côté poilu), résistez un peu au mouvement. Cela s'apparente à une lutte: contracter et allonger en même temps tout en laissant l'étirement l'emporter progressivement. Répétez cette contraction excentrique plusieurs fois, en augmentant peu à peu la résistance. Cela ne devrait pas faire mal. Si vous ressentez une douleur très localisée en bougeant de manière active ou en portant une charge (mouvement qui oppose une résistance), frictionnez à nouveau dans toutes les directions jusqu'à ne plus éprouver de douleur. Répétez cette séquence de frictionnement, de mouvement actif ou qui offre une résistance et de contraction excentrique jusqu'au moment où toute douleur aura disparu. N'oubliez pas qu'avant de traiter le site de la tension, vous devez masser le muscle ou le groupe de muscles sans en oublier les *trigger points*. Un protocole d'étirement des muscles raccourcis et de renforcement des muscles opposés, allongés et affaiblis, peut faire

progresser la thérapie et empêcher ce problème de revenir (Waslaski, 2012). Il peut être adapté à n'importe quelle tension exercée sur un muscle ou un tendon. Étudier comment bougent les muscles permet de comprendre la manière d'effectuer une contraction excentrique ou contraction d'allongement.

## Étirement

L'étirement est l'un des principes de base du traitement de la douleur myofasciale. Un étirement thérapeutique peut toutefois avoir une issue négative, surtout en cas de pathologie avec une douleur chronique. Si un kinésithérapeute a échoué à soulager votre douleur ou l'a augmentée, c'est peut-être parce qu'il n'a pas soigné les *trigger points*. On a recours, dans de nombreux centres de soins, à la chaleur, puis à l'étirement des muscles noués et raccourcis, et au renforcement des muscles excessivement étirés et affaiblis. L'idée est bonne, mais si des *trigger points* sont présents dans un muscle noué et raccourci, il ne parviendra pas à s'étirer correctement. Si vous avez l'habitude de vous étirer grâce à la pratique du yoga, d'une activité athlétique ou d'exercices physiques, vous devriez réagir plus favorablement à cette thérapie par l'étirement.

Le principe propre au traitement des *trigger points*, la compression ischémique, utilise également l'allongement en douceur du muscle après une désactivation, complète ou partielle, d'un *trigger point*. Les précédentes éditions de ce livre préconisaient une approche plus prudente avec juste des mouvements de va-et-vient sans étirement ultérieur. Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette méthode est parfaitement adaptée aux personnes qui travaillent sans bénéficier du traitement d'un professionnel ou de sa supervision. Nombreux sont ceux qui ont l'impression que tout étirement est contre-productif et produit l'inverse de l'effet escompté. Ils se trompent. L'étirement est important, même s'il ne suffit pas. Ce livre a été conçu pour mettre l'accent sur la pièce manquante du traitement de la douleur: les *trigger points*. Lorsque ceux-ci ont été correctement traités, il est alors approprié d'allonger le muscle. Ce qui suit est une brève description des trois types d'étirement que vous pourriez trouver utiles.

L'automassage préalable des *trigger points* améliore grandement les chances de succès.

## Principes généraux pour l'étirement

Il existe toutes sortes de méthodes d'étirement et il est difficile de savoir qui écouter ou en quelle théorie croire, mais voici quelques principes généraux:

- L'étirement doit être agréable et non douloureux.
- Il est important que l'étirement soit lent, fluide et dépourvu de douleur.
- Le résultat devrait être une augmentation de la mobilité et un bien-être accru.

Si un étirement provoque une douleur, cela signifie qu'il était trop intense, trop précoce ou tenu trop longtemps. Des articulations qui sont limitées par le fascia à l'intérieur de la capsule articulaire butent peut-être l'une contre l'autre et, par conséquent, l'amplitude du mouvement s'interrompt de manière abrupte lors d'un étirement. Il est alors impossible d'aller plus loin et l'articulation elle-même risque de devenir douloureuse. La plupart des articulations devraient résister quelque peu lorsqu'un mouvement est à son maximum d'amplitude. Il n'est donc pas sage d'essayer d'aller au-



delà. Cela ne vous mènera nulle part et risque même d'entraîner encore plus de limitations dans l'articulation. Tendre le coude est idéal pour percevoir cette butée normale des articulations. Un thérapeute professionnel aura peut-être besoin de libérer le fascia profond à l'intérieur de l'articulation avant que cette dernière puisse gagner en amplitude (Waslaski, 2011). Certains massothérapeutes orthopédiques et kinésithérapeutes pratiquent cette technique.

L'étirement doit être agréable et non douloureux.

## Étirement statique

Un *étirement statique* (également appelé «étirement passif») utilise tout simplement la gravité du poids d'une autre partie du corps pour entraîner l'allongement soutenu du tissu mou. Les avis divergent sur le temps durant lequel doit durer un étirement statique. Cela va de quelques secondes à plusieurs minutes comme dans le cas du hatha yoga. La longueur idéale d'un étirement est fonction du type de muscle traité. Les *muscles posturaux* qui permettent au corps de se tenir droit pendant la marche peuvent supporter un étirement plus long que les *muscles phasiques* qui sont associés à des mouvements dynamiques, car leur tissu conjonctif s'étend plus vite. On considère généralement que, pour obtenir les meilleurs résultats, un étirement doit être tenu durant quinze à vingt secondes (Lowe, 2009).

## Étirement balistique

L'*étirement balistique* est l'utilisation du rebond pour accroître un étirement. C'est du reste pour cette raison qu'on parle également d'étirement par rebond. Beaucoup le considèrent dangereux et s'y opposent, mais d'autres pensent que, pour une activité athlétique, les avantages peuvent être exceptionnels. Un mouvement rapide qui allonge les muscles, comme c'est le cas dans de nombreux sports, peut s'avérer bénéfique au tissu musculaire. Or on obtient justement ce résultat avec l'étirement balistique qui augmente l'élasticité du muscle, du tendon et du fascia. Mais il vaut peut-être mieux encore associer l'étirement balistique à un étirement statique ou à l'une des méthodes d'étirement actif aidé (Lowe, 2009).

## Étirement actif aidé

L'expression *étirement actif aidé* recouvre différentes méthodes d'étirement reposant sur les principes neurologiques de la relaxation post-isométrique (RPI) et de l'inhibition réciproque. On contracte un muscle durant trois à dix secondes et, lorsqu'il se relâche, on cherche à l'étirer un peu plus. *Isométrique* se dit des mouvements ayant lieu sans raccourcissement du muscle, où seule la tension augmente. Cette contraction peut être conjuguée à une résistance comme, alors que vous êtes assis, vous raidissez les muscles du mollet tout en enfonçant les orteils dans le sol. Les méthodes qui utilisent ce principe sont appelées facilitation neuromusculaire proprioceptive (FNP), technique d'énergie musculaire (TEM), contracté-relâché-étiré et étirement facilité (Lowe, 2009).

L'étirement isolé actif (EIS) contracte les muscles opposés, antagonistes, afin d'activer le mécanisme de relaxation du corps, qu'on appelle *inhibition réciproque*, qui permet à un groupe de muscles de se détendre complètement pour permettre aux muscles antagonistes de se contracter. Ce type d'étirement, à répéter plusieurs fois, maintient juste deux secondes la contraction et l'étirement avant le relâchement. Par exemple, pour étirer les muscles du torse, vous contractez dans le haut du dos les rhomboïdes et le faisceau moyen des trapèzes afin de rapprocher les omoplates. Vous étirez

ensuite un peu plus en vous penchant contre l'embrasure d'une porte afin de pousser le plus possible les bras.

## Étirement après le massage de *trigger points*

Nous venons de voir plusieurs manières de s'étirer. Les avis divergent également sur le moment propice. L'aspect le plus important d'un étirement est qu'il ne soit pas douloureux. Un muscle qui n'est pas prêt à s'allonger enverra un signal de douleur. Si vous avez un mauvais souvenir d'une séance de thérapie par l'étirement, cela vous aidera d'y penser comme d'un simple allongement plutôt que d'un étirement en force. Notre approche à ce sujet se veut prudente, à savoir que quelle que soit la manière dont vous vous étirez, l'essentiel est de commencer par traiter les *trigger points*. L'étirement peut avoir lieu juste après l'automassage d'un muscle et de ses *trigger points* ou plutôt à la fin d'une séance de soins ou d'automassage.

Le protocole qui suit utilise une combinaison de la relaxation post-isométrique et de l'étirement isolé actif décrits précédemment. Il est très efficace chez la plupart des personnes. Notre exemple sera l'étirement du grand pectoral du torse.

Commencez par explorer et par traiter tous les *trigger points* dans le muscle jusqu'à la disparition de la douleur référée, les *trigger points* étant alors localement nettement moins douloureux. Reportez-vous si besoin à la section précédente «Technique de massage».

1. Mobilisez trois fois le muscle et son articulation jusqu'à son amplitude maximale. Pour le grand pectoral, cela signifie amener le bras sur l'avant du corps, puis vers l'extérieur et enfin au-dessus de la tête puis en bas.
2. Lorsque vous n'avez plus mal en bougeant ainsi, essayez d'allonger le muscle. Si c'est douloureux, cherchez d'autres *trigger points* dans ce muscle ou dans d'autres. Parfois, cela demande plusieurs traitements pendant des jours voire des mois avant que l'amplitude du mouvement ne s'accompagne plus de douleur. Écoutez votre corps. En cas de douleur très localisée, reportez-vous à la section «Traitement d'une foulure et d'une distension ou d'une douleur très localisée», page 44. Effectuez une contraction isométrique du muscle pendant sept à dix secondes avec environ 20% de votre capacité musculaire (raidissez le muscle sans le raccourcir). Cela se pratique souvent en utilisant la résistance d'un mur, du sol ou d'une autre partie du corps. Si vous avez un doute sur l'action du muscle à étirer, relisez-la en allant voir la première section du texte sous le nom du muscle. S'étirer contre l'embrasure d'une porte est un moyen efficace pour notre exemple, le grand pectoral. Commencez par vous tenir debout au milieu du cadre d'une porte ouverte. Pliez un bras au niveau du coude (comme quand on lève la main en classe) et posez la paume de cette main et l'avant-bras sur le cadre extérieur de la porte. Pour une contraction isométrique du grand pectoral, appuyez tout l'avant-bras sur l'embrasure comme pour la faire tomber devant vous (mais avec seulement 20% de votre capacité musculaire). Tenez cette contraction durant sept à dix secondes.
3. Sans changer de position, relâchez la contraction et respirez à fond.
4. À l'expir, allongez le muscle en contractant pleinement son muscle antagoniste. Cela consiste tout simplement à effectuer le mouvement opposé. Par conséquent, si vous venez de vous étirer, amenez le bras et l'épaule en arrière comme pour lancer une balle. Tout en poursuivant cette contraction des muscles antagonistes (rhomboïdes et faisceau moyen et inférieur des trapèzes dans ce cas), allongez un peu plus en accentuant l'étirement contre un objet (ici l'embrasure d'une porte). Tenez cet étirement juste deux secondes — sans inconfort! Pour comprendre la contraction des muscles antagonistes, comparez le corps à un système de leviers et de poulies. Si

le muscle que vous voulez étirer plie une articulation, raidissez-la afin d'allonger ce muscle tandis que si le muscle ramène l'articulation en dedans, vers l'avant du corps, allez dans l'autre sens, vers l'extérieur du corps.

5. Répétez trois ou quatre fois cette séquence jusqu'à l'amplitude maximale du mouvement.

Ce protocole marche avec n'importe quel muscle. Ce livre ne cherche pas à copier l'excellent travail d'autres ouvrages qui traitent de ce sujet. Lorsque vous serez prêt à vous étirer, vous avez intérêt à consulter un kinésithérapeute, un coach personnel, un massothérapeute compétent ou l'un des nombreux livres ou sites sur l'étirement.

## Comment améliorer l'efficacité de la méthode

Même si l'automassage des *trigger points* vous permet de vous débarrasser de vos *trigger points* et de la douleur référée, ne soyez pas surpris si vous rencontrez des problèmes. En effet, la santé actuelle de vos muscles, et de votre corps en général, est la résultante de tout ce que vous avez vécu ou fait jusque-là: accidents, blessures, grossesses, interventions chirurgicales, mauvaises habitudes, état de votre condition physique, manière de s'alimenter et de faire face au stress, prise de vitamines... Cette liste est infinie. Nous le savons, mais cela ne nous empêche pas de débiter un nouveau régime, de prendre un nouveau traitement en espérant des résultats immédiats... Parfois pourtant, il faut un peu de temps pour comprendre comment fonctionne le corps, comment effectuer les automassages, leur fréquence quotidienne idéale, la meilleure manière de s'étirer et, enfin, comment modifier les habitudes à l'origine de troubles. Soyez indulgent envers vous-même. Rome ne s'est pas faite en un jour et il en va de même pour votre santé. Donnez à cette thérapie la possibilité de réussir tout en restant ouvert à la perspective d'en tirer des leçons.

### *Évitez les contusions et une douleur nouvelle ou plus intense*

Un massage profond entraîne parfois des contusions dans les parties tendres du corps. Il n'y a généralement pas de quoi s'inquiéter, mais vous devez peut-être atténuer un peu l'intensité de la pression exercée. Des contusions sont le signe que vous massez trop vigoureusement ou, peut-être aussi, que vous massez au mauvais endroit, surtout si vous êtes très assidu et n'obtenez que peu de résultats. Certains médicaments, comme les antiagrégants plaquettaires destinés à fluidifier le sang (aspirine, ibuprofène, clopidogrel, warfarine, etc.) et les anti-inflammatoires stéroïdiens (cortisone, hydrocortisone, prednisone, etc.) risquent alors d'augmenter le risque de contusion tout comme des compléments alimentaires à base d'huiles de poisson, de *Ginkgo biloba*, de gingembre, de Dong quai et d'ail. Les antalgiques et les anti-inflammatoires peuvent diminuer la conscience de vos sensations et on risque alors de masser des muscles endoloris en faisant preuve d'un excès de zèle (Smith et Lal, 2009).

Si une douleur nouvelle ou plus intense apparaît après le massage d'un *trigger point*, mettez de la glace sur cette région, dix à quinze minutes plusieurs fois dans la journée. Et, si vous n'avez pas de glace, massez simplement le *trigger point* avec beaucoup de douceur, comme s'il s'agissait d'un bébé. Ces deux solutions devraient apaiser rapidement la douleur (sans intervention, le pire pouvant arriver est que les *trigger points* activés demeurent irrités pendant deux à trois jours). Dans ce cas, posez-vous les questions suivantes. Quel est le problème? Le massage a-t-il été trop long, trop intense ou trop fréquent? A-t-il été effectué au mauvais endroit? S'agissait-il d'une zone satellite où d'autres *trigger points* sont souvent à l'origine d'une douleur? (Reportez-vous au «Guide des autres

symptômes», au «Guide des douleurs» et au «Guide illustré des *trigger points*» pour les parties du corps traitées.) Le massage a-t-il été effectué sur un muscle antagoniste trop étiré? Parfois, un muscle étiré de manière excessive s'affaiblit, ce qui entraîne la formation de *trigger points* en une réaction de défense. Un bon exemple en est la relation entre les grands pectoraux et les petits pectoraux du torse, raccourcis et noués, alors que les rhomboïdes et les trapèzes du haut du dos sont, eux, souvent trop étirés et affaiblis. Des *trigger points* et une douleur locale seront présents dans ces muscles du haut du dos, trop étirés, tandis que les muscles du torse ne présenteront aucun symptôme douloureux. Dans ce cas, ce sont les pectoraux raccourcis et noués qui posent problème et les muscles du dos trop étirés qui sont le symptôme. Afin de soulager la douleur au dos, vous devez masser et étirer les pectoraux. Pour de plus amples informations sur les muscles antagonistes anormalement étirés, lisez au [chapitre 2](#) les sections «*Trigger points* primaires et satellites» et «Les victimes pleurent et non leurs agresseurs — *trigger points* dans les antagonistes».

Reportez-vous aux sections «Guide des douleurs» et «Guide des autres symptômes» pour identifier et situer les *trigger points* que vous devez traiter. N'oubliez pas que dans certaines zones comme les mains, les épaules et le bas du dos, la douleur peut être la conséquence de douleurs référées issues de plusieurs muscles.

## *Pourquoi ça ne marche pas?*

Si vous vous massez sans trop y croire, cela ne vous mènera pas bien loin. Il en ira de même si vous vous contentez d'une à deux séances par semaine. Lorsque vous n'obtenez pas les résultats espérés, demandez-vous si vous vous massez assez souvent. Les *trigger points* les plus virulents devraient être traités au moins trois fois par jour. Et n'oubliez pas qu'un automassage doit durer moins d'une minute. Cela ne vous prend donc qu'une infime partie de votre temps, pas assez pour entraver vos activités quotidiennes. Toutefois, si vous en faites moins, vous serez déçu. À chaque séance, dix à douze mouvements de va-et-vient suffisent par *trigger point* pour obtenir un effet bénéfique. Par ailleurs, outre vos traitements durant la journée, veillez à masser vos *trigger points* les plus problématiques juste avant d'aller vous coucher et, à nouveau, lorsque vous vous levez. Si la douleur vous réveille la nuit, relevez-vous et faites une séance. En règle générale, des massages fréquents sont plus bénéfiques que des massages trop vigoureux ou trop longs. Et si vous trouvez un kiné qui connaît bien les *trigger points*, quelques séances avec lui vous feront le plus grand bien. Lorsqu'un déséquilibre musculaire ou une asymétrie structurelle est la cause de votre douleur, vous passez peut-être à côté d'un schéma postural dysfonctionnel (voir la section «Perpétuation des *trigger points*» au [chapitre 2](#) page 30).

L'automassage des *trigger points* est extrêmement efficace pour une douleur musculaire. Effectué correctement, il aboutit souvent à des résultats nets en une semaine voire, parfois, en un jour ou deux. Une douleur chronique demandera plus de temps, mais vous devriez constater un lien entre le traitement et la diminution progressive des symptômes. Donnez-vous deux semaines, puis faites le bilan sans oublier qu'une douleur qui persiste peut être d'origine organique ou systémique. Si votre douleur est survenue après un accident ou une chute, vous souffrez peut-être de blessures aux os ou aux tissus qui nécessitent des soins médicaux. Au cas où le massage est douloureux ou inefficace ou encore s'il semble aggraver la douleur (même si vous y allez très légèrement), il existe peut-être un autre problème systémique pour lequel vous devez rechercher un remède différent.

## *Les facteurs qui prédisposent aux trigger points*

Si vous réussissez à désactiver vos *trigger points*, mais que votre douleur ne tarde pas à revenir, des facteurs qui prédisposent vos muscles au développement et à la perpétuation de *trigger points* sont probablement impliqués. Nous en parlons en détail au [chapitre 2](#), mais pour en savoir plus sur les facteurs perpétuants, le [chapitre 4](#) du tome 1 de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (Simons, Travell et Simons, 1999) est la référence incontournable.

Envisagez la possibilité de manquer de vitamines B, C ou D, de calcium, de magnésium, de folates (vitamine B9), de fer ou de potassium. Le tabac, l'excès d'alcool, les contraceptifs oraux et d'autres médicaments entraînent une carence en ces nutriments. Recherchez également une insuffisance thyroïdienne. L'hypoglycémie aggrave parfois les *trigger points*. Voyez si vous buvez assez d'eau. L'hyperuricémie (un excès d'acide urique dans le sang), une maladie où votre organisme manque d'eau ou souffre d'une insuffisance rénale, peut empêcher la disparition des *trigger points*. Des organes malades ou au fonctionnement anormal entravent parfois l'élimination des *trigger points* dans les muscles externes. Une infection chronique, un cancer ou une allergie peuvent perpétuer les *trigger points*. Il faut également savoir qu'une allergie alimentaire joue parfois un rôle dans un syndrome de douleur myofasciale ainsi que dans une fibromyalgie.

Une déficience posturale, notamment une scoliose, une jambe plus longue que l'autre, un bras trop court, un héli-bassin petit ou un pied ancestral de Dudley-Morton, peuvent entraîner un dysfonctionnement, parfois juste mécanique et non structurel, et une douleur myofasciale. Une jambe peut sembler longue lorsqu'un côté du bassin est tiré vers l'avant par les ilio-psoas, les droits antérieurs et les tenseurs du fascia-lata. La scoliose qui en résulte se traite par des techniques de massothérapie auxquelles vous pouvez contribuer en participant activement. Il peut alors être important de trouver un thérapeute compétent qui vous apprendra comment vous aider.

## *Objectivement, que peut-on attendre?*

Vous vous demandez peut-être ce que vous pouvez attendre de l'automassage des *trigger points*. Vous aimeriez savoir combien de séances seront nécessaires pour faire disparaître votre douleur et si vos *trigger points* vont revenir. Est-ce que ce sera vraiment sans douleur? Toutes ces questions dépendent dans une certaine mesure de votre volonté et de votre implication.

Soyez réaliste en ce qui concerne votre désir de voir la *thérapie par les trigger points* couronnée de succès. Et même si vous aurez peut-être parfois la chance de venir à bout d'un *trigger point* en une seule fois, n'espérez pas que cela se reproduise. Le corps a de grandes facultés d'autoguérison si on lui donne le bon stimulus. Cela survient le plus souvent avec une douleur récente. En revanche, les *trigger points* présents depuis longtemps demanderont une attention considérable, que vous pratiquiez vous-même le massage ou que ce soit un professionnel qui s'en charge.

Beaucoup de personnes ont tendance à abandonner trop vite. Vous serez tenté d'arrêter l'automassage à la minute où un *trigger point* actif cessera d'entraîner une douleur à distance. Et n'oubliez pas que si un *trigger point* continue de faire mal si vous appuyez dessus, c'est que vous l'avez atténué en une forme passive. Or si vous laissez un *trigger point* passif, vous courrez le risque qu'il soit rapidement réactivé par une sollicitation excessive du muscle, par une blessure ou une tension. L'automassage doit être poursuivi jusqu'à ce que le *trigger point* ne soit plus du tout douloureux à la compression. L'automassage réalise des miracles avec les *trigger points* à la condition qu'il soit effectué correctement et jusqu'au bout.



## Un long apprentissage

Vous allez être étonné de la rapidité avec laquelle vous allez oublier tout ce que vous découvrez de plus utile sur la douleur myofasciale. Un cahier où vous noterez chaque jour ce que vous avez appris, avec les astuces et les appareils de massage les plus efficaces, sera très utile. Ensuite, quand un problème réapparaîtra, vous n'aurez qu'à le consulter pour retrouver la solution et n'aurez pas besoin de «réinventer la roue».

Afin que cette méthode soit couronnée de succès, une règle prévaut: essayez encore et encore. Lorsque vous serez confronté à un problème difficile, lisez plusieurs fois chaque passage de ce livre qui s'y réfère. N'hésitez pas à en souligner et à écrire des remarques dans les marges. Toutes les informations anatomiques et toutes les ramifications concernant la douleur myofasciale sont si nouvelles pour vous que vous risquez de vous sentir parfois perplexe et dépassé. Pourtant, l'automassage est bien plus simple qu'il n'y paraît de prime abord et, peu à peu, vous dépasserez cet éventuel blocage. Ne renoncez pas! Continuez!

Même si une longue période d'apprentissage sera nécessaire pour arriver à maîtriser tout le contenu de ce livre, vous pouvez vous attendre à voir des résultats positifs dès le début. L'automassage des *trigger points* est une compétence essentielle. Apprenez à connaître les muscles et les os. Il est important de comprendre ce qui se trouve sous la surface de la peau. Afin d'aller plus loin, vous pouvez consulter l'*Atlas d'anatomie humaine* de Frank Netter et étudier ses magnifiques illustrations. Et si vous n'êtes pas rebuté par la vue de corps disséqués, le DVD en anglais de Robert Acland, en six parties, *Atlas of Human Anatomy* apporte un éclairage unique. Le Dr Robert Acland utilise une technique de caméra en mouvement pour obtenir des images en 3D qui révèlent la structure de l'anatomie. On trouve par ailleurs de nombreuses applications d'anatomie de qualité et bon marché pour smartphone et autres appareils mobiles. Il existe un grand nombre de documentation sur les *trigger points*. Je vous incite à consulter d'autres ouvrages qui les expliquent d'une manière différente (voir «Pour aller plus loin» à la fin de ce livre). Quel que soit votre type de démarche, continuez d'explorer et d'apprendre, car rien ne justifie que vous ayez mal.

L'automassage des *trigger points* est une compétence essentielle.

## Les autres bienfaits du massage

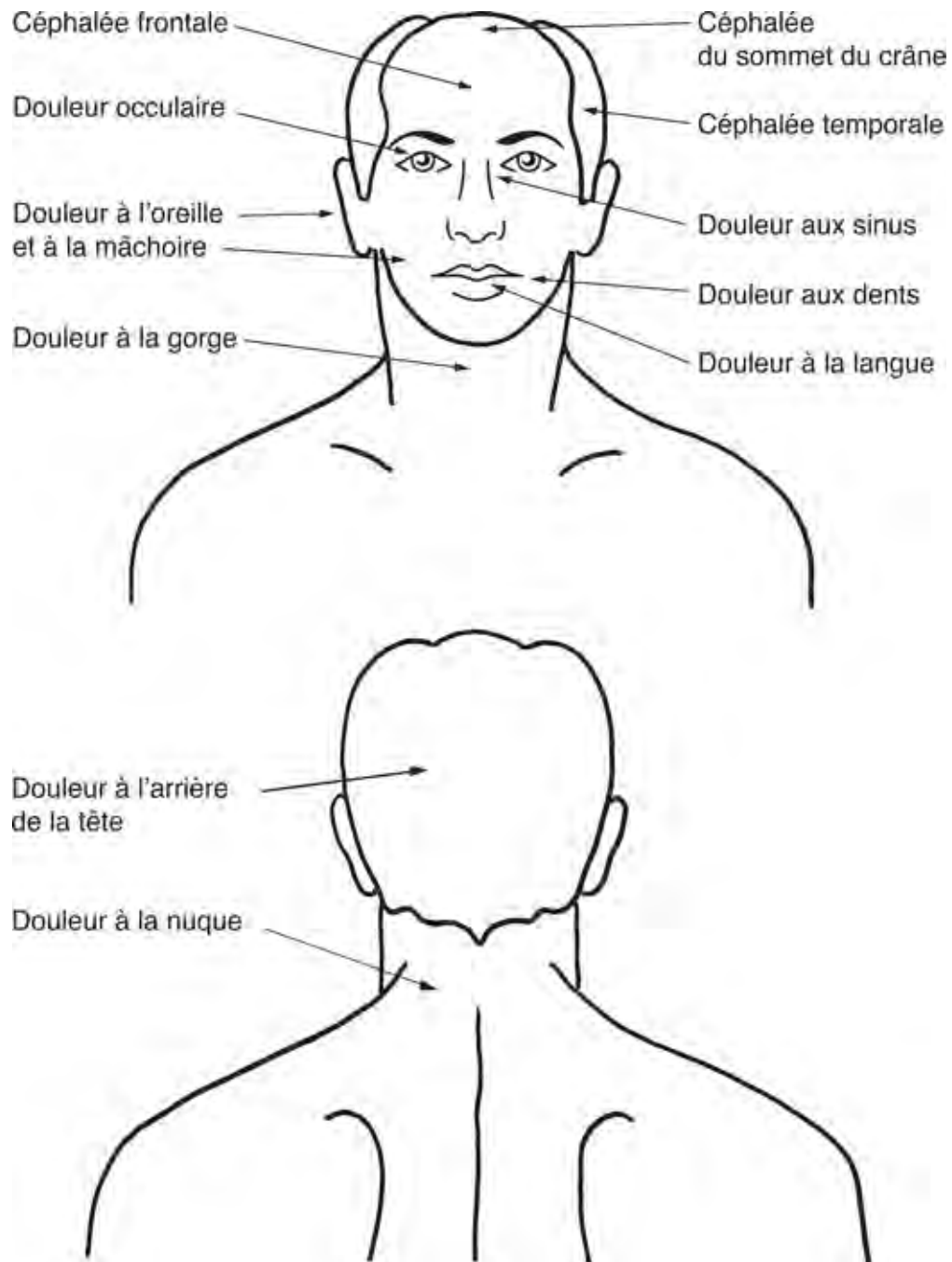
Effectué par un professionnel, le massage peut être profondément relaxant. Il ralentit le rythme cardiaque et respiratoire, abaisse la tension artérielle et diminue la tension musculaire. Il n'est peut-être pas raisonnable d'en espérer autant de bienfaits qu'avec un automassage, mais l'effet délassant demeure considérable. Vous pouvez également recourir à des séances d'automassage pour lever le pied et vous apaiser. Efforcez-vous de bien relâcher chaque muscle sur lequel vous travaillez. Quand vous y parvenez, c'est tout votre corps qui se détend.

Lorsque vous réduisez intentionnellement la tension de vos muscles, vous parvenez également à atténuer la douleur résultant de *trigger points*. Avec un peu de dextérité, le résultat sera presque équivalent à la prise d'un antalgique. Lisez le [chapitre 12](#), «Tension musculaire et douleur chronique», pour de plus amples informations sur la relaxation. Celle-ci ne vous débarrassera pas de vos *trigger points*, mais peut rendre la douleur plus supportable tant que l'automassage des *trigger points* ne donne pas encore de grands résultats.



## Chapitre 4

### Douleur à la tête, à la face et au cou



# Guide des douleurs

## Tête, face et cou

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes» page suivante. Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Sommet du crâne

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. 62)

splénus de la tête (p. 74)

### Front

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. 62)

semi-épineux (p. 74)

**frontal** (p. 88)

**grand zygomatique** (p. 87)

### Tempes

**trapèze** (p. 66)

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. 62)

**temporal** (p. 81)

splénus du cou (p. 75)

sous-occipital (p. 78)

**semi-épineux** (p. 74)

### Œil et sourcil

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. 62)

**temporal** (p. 81)

**splénus du cou** (p. 75)

**masséter** (p. 82)

sous-occipital (p. 78)

**occipital** (p. 88)

**orbiculaire de l'œil** (p. 87)

trapèze (p. 67)

# Sinus

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. [62](#))

**masséter** (p. [82](#))

**ptérygoïdien latéral** (p. [83](#))

**orbiculaire de l'œil** (p. [87](#))

**grand zygomatique** (p. [87](#))

# Oreille et mâchoire

**ptérygoïdien latéral** (p. [83](#))

**masséter** (p. [82](#))

**ptérygoïdien médial** (p. [83](#))

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. [62](#))

**trapèze** (p. [66](#))

**soléaire** (p. [270](#))

# Dents

**temporal** (p. [81](#))

**masséter** (p. [82](#))

**digastrique** (p. [85](#))

# Langue

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. [62](#))

**ptérygoïdien médial** (p. [83](#))

**mylo-hyoïdien** (p. [86](#))

# Gorge/Pharynx

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. [62](#))

**digastrique** (p. [85](#))

**ptérygoïdien médial** (p. [83](#))

**long du cou** (p. [88](#))

**peaucier du cou** (p. [88](#))

# Arrière de la tête

**trapèze** (p. [66](#))

**sterno-cléido-mastoïdien** (p. [62](#))

**semi-épineux** (p. [74](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

occipital (p. [88](#))

digastrique (p. [85](#))

temporal (p. [81](#))

## Nuque

**trapèze** (p. [66](#))

**transversaire épineux** (p. [78](#))

angulaire de l'omoplate (p. [59](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-épineux (p. [94](#))

**digastrique** (p. [85](#))

# Guide des autres symptômes

## Tête, face et cou

### **Acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles)**

masséter (p. [82](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

### **Congestion de l'oreille**

masséter (p. [82](#))

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

### **Congestion des sinus avec écoulement nasal**

masséter (p. [82](#))

### **Déséquilibre**

sterno-cléido-mastoïdien ([62](#))

### **Difficulté à avaler**

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

long du cou (p. [88](#))

### **Diminution de l'amplitude du mouvement**

#### **Mâchoire**

masséter (p. [82](#))

temporal (p. [81](#))

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

digastrique (p. [85](#))

#### **Cou (flexion/extension)**

semi-épineux (p. [74](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

### **Cou (rotation)**

angulaire de l'omoplate (p. [59](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

trapèze (p. [66](#))

### **Cou (flexion latérale)**

trapèze (p. [66](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

splénus du cou (p. [75](#))

scalène (p. [96](#))

sous-occipital (p. [78](#))

## **Douleur ou trouble lors du mouvement**

### **Tête (en position allongée)**

semi-épineux (p. [74](#))

### **Dents (en mordant)**

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

### **Gorge (en avalant)**

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

digastrique (p. [85](#))

mylo-hyoïdien (p. [86](#))

## **Engourdissement**

### **Tête**

splénus du cou (p. [75](#))

semi-épineux (p. [74](#))

## **Étourdissement**

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

## **Excès de mucus**

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

zygomatique (p. [87](#))

releveur naso-labial (p. [87](#))



# Hypersensibilité

## Arrière de la tête

semi-épineux (p. [74](#))

## Cuir chevelu

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Larmolement

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Mal à la gorge

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

long du cou (p. [88](#))

# Malocclusion dentaire (implantation anormale de certaines dents)

temporal (p. [81](#))

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

digastrique (p. [85](#))

# Migraine

trapèze (p. [66](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

temporal (p. [81](#))

# Nausée

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Névralgie du trijumeau

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Paupière tombante

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

orbiculaire de l'œil (p. [87](#))

## **Perte d'audition**

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

## **Prurit (démangeaison) de l'oreille**

masséter (p. [82](#))

## **Raideur du cou**

trapèze (p. [66](#))

angulaire de l'omoplate (p. [59](#))

semi-épineux (p. [74](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

sous-occipital (p. [78](#))

## **Sensibilité dentaire**

masséter (p. [82](#))

temporal (p. [81](#))

digastrique (p. [85](#))

## **Spasme des paupières**

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

orbiculaire de l'œil (p. [87](#))

## **Syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-maxillaire (ATM)**

masséter (p. [82](#))

ptérygoïdien latéral (p. [83](#))

ptérygoïdien médial (p. [83](#))

temporal (p. [81](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

## **Tension vocale/laryngée**

masséter (p. [82](#))

mylo-hyoïdien (p. [86](#))

long du cou (p. [88](#))

# Toux

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Troubles visuels

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

# Vertige

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Vision floue

splénus du cou (p. [75](#))

sous-occipital (p. [78](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Yeux rouges

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

# Guide illustré des *trigger points*

## Tête, face et cou



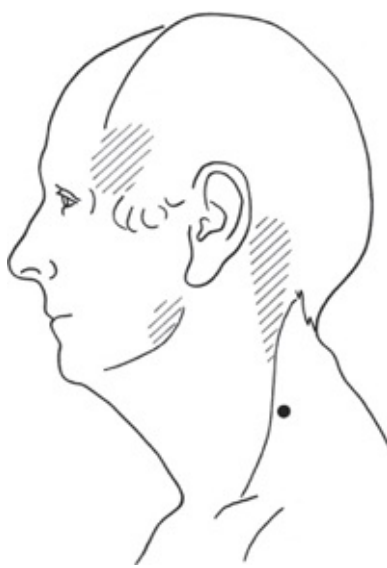
Sterno-cléido-mastoïdien, branche sternale: *trigger points* et schéma de douleur référée (p. [63](#))



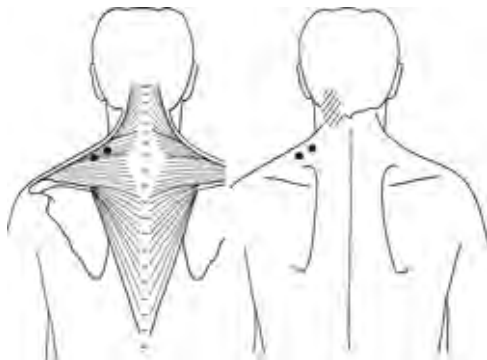
Sterno-cléido-mastoïdien, branche claviculaire: *trigger points* et schéma de douleur référée (p. [63](#))



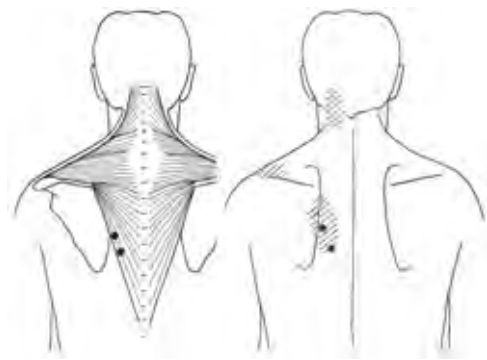
*Trigger point* numéro 1 du trapèze et schéma de douleur référée, vue de face (p. [67](#))



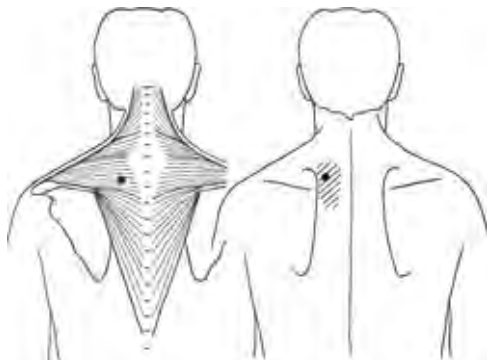
*Trigger point* numéro 1 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée, vue de profil (p. 73)



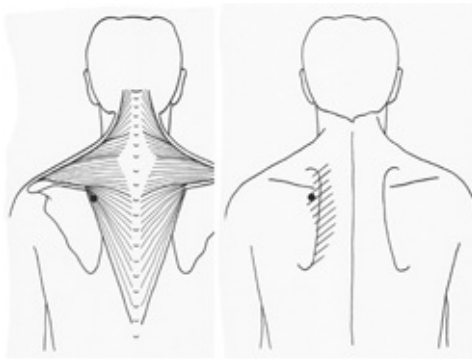
*Trigger points* numéro 2 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée (p. 67)



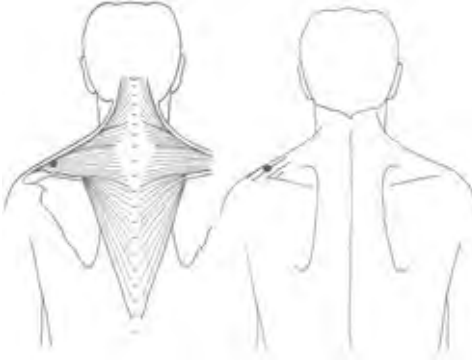
*Trigger points* numéro 3 du faisceau inférieur du trapèze et schéma de douleur référée (p. 68)



*Trigger point* numéro 4 du trapèze et schéma de douleur référée (p. 68)

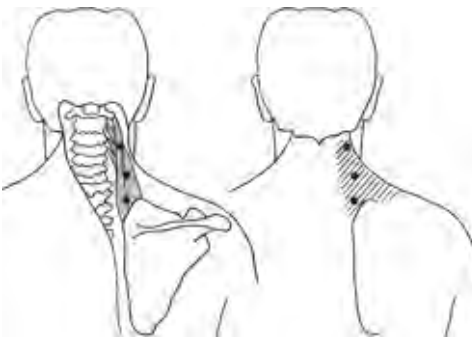


*Trigger point* numéro 5 du faisceau moyen du trapèze et schéma de douleur référée (p. 68)

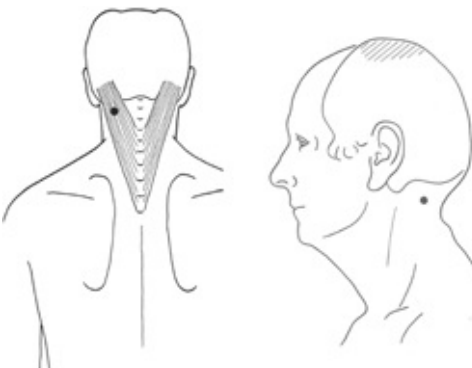


*Trigger point* numéro 6 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée (p. 69)

*Avertissement: pour chaque muscle, lisez toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*

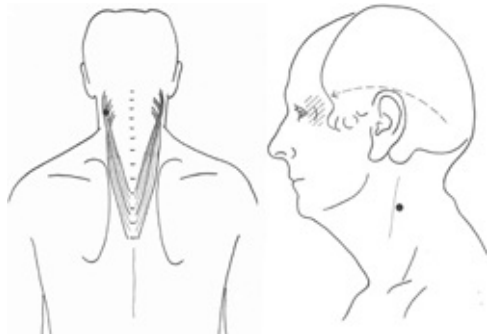


*Trigger points* de l'angulaire de l'omoplate et schéma de douleur référée (p. 72)

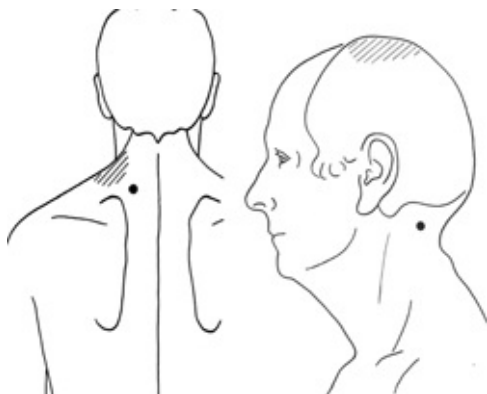


*Trigger point* du splénius de la tête et schéma de douleur référée (p. 75)

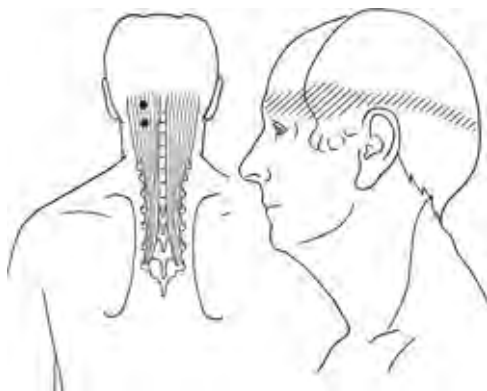




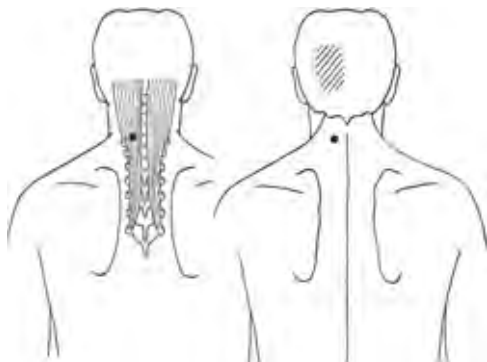
*Trigger point* numéro 1 du splénius du cou et schéma de douleur référée, à travers la tête comme une lance jusqu'à l'arrière de l'oeil (p. 75)



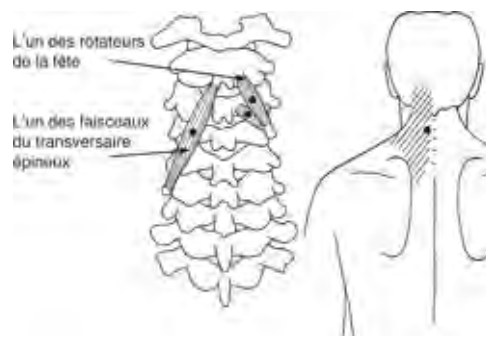
*Trigger point* numéro 2 du splénius du cou et schéma de douleur référée (p. 76)



*Trigger points* numéro 1 d'un des semi-épineux et schéma de douleur référée (p. 77)



*Trigger points* numéro 2 d'un des semi-épineux et schéma de douleur référée (p. 77)



*Trigger points* du transversaire épineux et du rotateur de la tête, et schéma de douleur référée (p. 78)

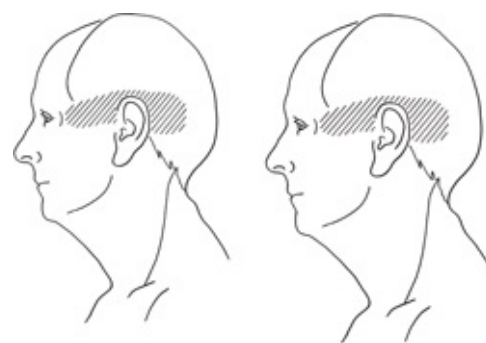
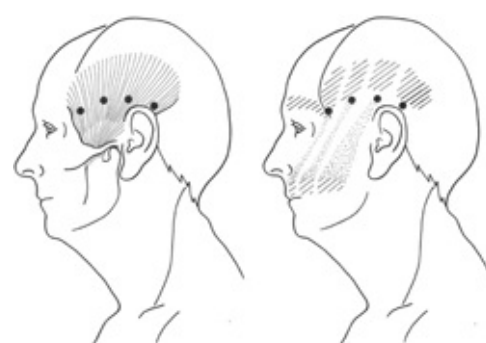
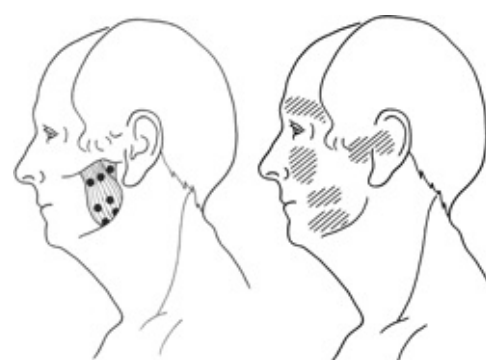


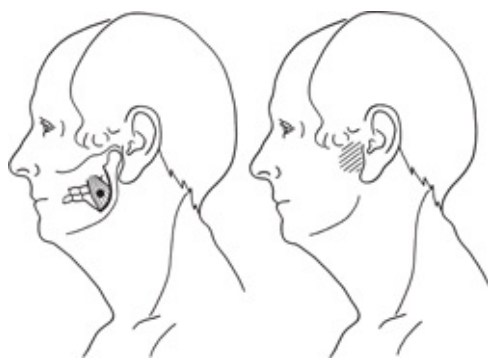
Schéma de douleur référée du sous-occipital (p. 79)



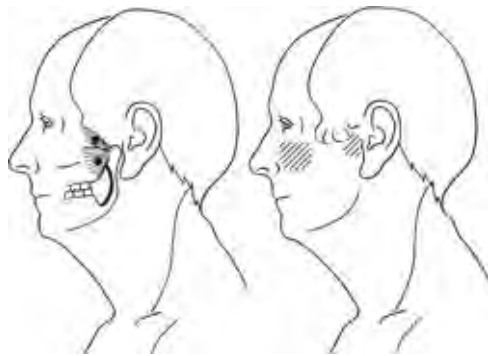
*Trigger points* du temporal et schéma de douleur référée (p. 81)



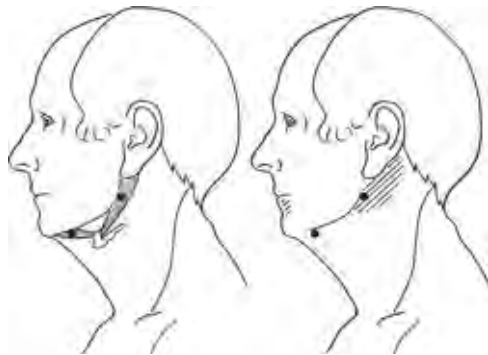
*Trigger points* du masséter et schéma de douleur référée (p. 82)



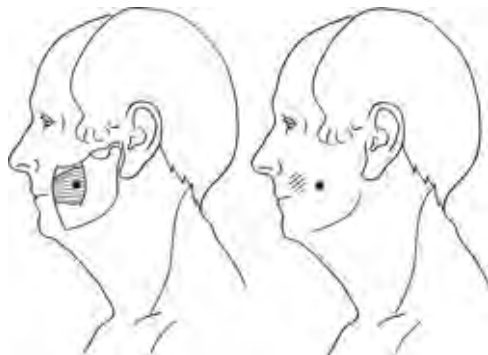
*Trigger point* du ptérygoïdien médial et schéma de douleur référée (afin de montrer ce muscle, l'os de la mâchoire n'est pas représenté) (p. 83)



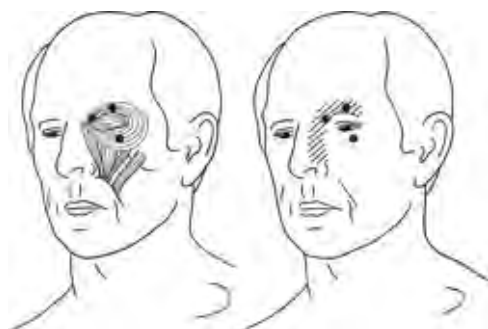
*Trigger points* du ptérygoïdien latéral et schéma de douleur référée (p. 84)



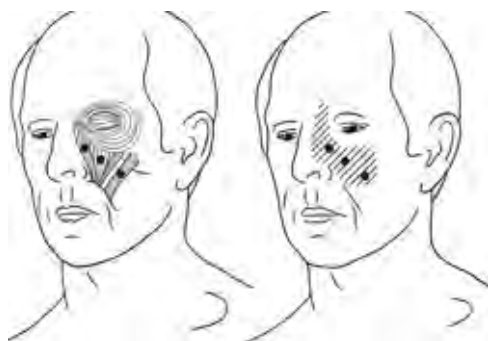
*Trigger points* du digastrique et schéma de douleur référée. La douleur indiquée sous la lèvre inférieure est en fait perçue dans les dents du bas (p. 85)



*Trigger point* du buccinateur et schéma de douleur référée (p. 86)



*Trigger points* de l'orbiculaire de l'oeil et schéma de douleur référée (p. 87)



*Trigger points* du zygomatique et du releveur naso-labial, et schéma de douleur référée (p. 87)

## Douleur à la tête et au cou

Des *trigger points* peuvent causer un nombre incroyable de symptômes dans la région de la tête et du cou, certains de leurs effets contredisant parfois ce que vous avez toujours cru. Les *trigger points* sont connus pour être à l'origine de douleur et d'hypersensibilité aux dents, de douleur et de congestion aux oreilles, de douleur et de rougeur aux yeux, de douleur et de congestion des sinus, de raideur du cou, de toux chronique et de mal de gorge. Ils peuvent entraîner des problèmes d'étourdissement et d'équilibre, rendre la vision floue et provoquer une difficulté à lire, un engourdissement des lèvres, une douleur à la langue ou un affaissement des paupières.

Ils sont en outre responsables de la plupart des signes douloureux associés au syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-maxillaire (ensemble de symptômes caractérisé par des douleurs de chaque côté de la bouche en haut des joues) et sont fortement impliqués dans d'autres symptômes de ce trouble perturbant, comme un mâchoire qui craque, qui claque ou qui grince, la luxation de cette dernière, une ouverture limitée et un trouble de l'occlusion dentaire.

Et, si cela ne suffisait pas, Travell et Simons ont montré que les *trigger points* sont souvent la cause masquée et inattendue de nombreux maux de tête, quel que soit leur nom: céphalée de tension, céphalée cervicogénique (mal de tête associé à un problème au niveau du cou), algie vasculaire de la face (violente douleur touchant la moitié de la tête près de l'œil, du nez ou de la tempe et durant quinze minutes à trois heures), céphalée vasculaire ou migraine. Beaucoup reconnaissent que les «déclencheurs de céphalée» agissent en favorisant la présence de *trigger points* passifs. Une mauvaise toux peut avoir cet effet, tout comme une infection virale, une gueule de bois, un épuisement, un phénomène de rebond dû à un analgésique et une consommation excessive de sucre. Les *trigger points* sont l'un des facteurs déclencheurs d'un mal de tête suite à une réaction allergique, un sevrage, un traumatisme physique et une tension psychique. Même les maux de tête inexplicables, si contrariants, qui accompagnent une fibromyalgie peuvent résulter de la présence de *trigger points*.

En ce qui concerne les céphalées, le paradoxe est que l'origine du problème se trouve rarement dans la partie douloureuse de la tête. La plupart proviennent de *trigger points* présents dans les muscles de la mâchoire, du cou et du haut du dos. Les muscles du haut du dos causent une douleur au cou puis, à leur tour, les muscles du cou causent une céphalée. Cette distance physique entre la cause et son effet explique pourquoi les maux de tête peuvent être si mystérieux et difficiles à traiter.

Les muscles du haut du dos causent une douleur au cou, puis les muscles du cou causent un mal de tête.

Ce qui est déroutant à propos d'une douleur au cou, c'est qu'elle concerne souvent des *trigger points* dans le haut du dos et les épaules. On se sent bien mieux après un bon massage du cou, mais c'est le haut des épaules et du dos qu'il faut masser pour guérir une douleur au cou. Masser le cou soigne, lui, une céphalée. Les *trigger points* dans les muscles de la nuque contribuent parfois à une douleur au cou, mais il ne s'agit généralement que de *trigger points* satellites de *trigger points* primaires présents dans le trapèze. En raison de ce phénomène satellite, la recherche de la cause première d'une céphalée chronique peut aboutir à ce muscle, le trapèze.

Bien évidemment, la douleur et les autres symptômes dans la région de la tête et du cou ne résultent pas forcément de *trigger points* myofasciaux, mais ceux-ci devraient toujours être l'une des premières causes à rechercher, car elle est très simple à vérifier. Vous devez juste savoir où chercher. Au début de ce chapitre, le «Guide des douleurs», le «Guide des autres symptômes» et le «Guide illustré des *trigger points*» vous y aideront.

## *Traumatisme cervical dit «coup du lapin»*

*Nicole, une infirmière diplômée d'État de 46 ans, roule sur l'autoroute lorsqu'un semi-remorque percute sa voiture. Sans être gravement blessée, elle souffre des répercussions d'un coup du lapin provoquant une vive douleur derrière un œil et un mal de tête constant en deux endroits, au-dessus des sourcils et à la base du crâne. Un médecin lui prescrit un antidouleur opiacé très efficace, de l'hydrocodone. Cependant, vu son métier, Nicole en connaît le risque addictif. Elle n'en prend donc que pour parvenir à s'endormir. Elle prend rendez-vous avec un thérapeute qui, lorsqu'il exerce une pression sur certains points de son cou et du haut de son dos, parvient à reproduire exactement ses symptômes. Il lui montre comment masser elle-même plusieurs points. Grâce à cela et à des séances de massage chaque semaine, ses symptômes ont complètement disparu en six semaines.*

Même un accident de voiture mineur peut causer un coup du lapin qui résulte typiquement d'un étirement extrême et soudain des muscles du thorax, du haut du dos, de l'avant du cou et de la nuque. Un coup du lapin peut entraîner, outre une douleur étendue dans la tête, le cou, le thorax et le haut du dos, un engourdissement, des picotements et un gonflement de toute la main. Sans traitement approprié des *trigger points* myofasciaux dans les muscles meurtris, les effets d'un coup du lapin durent souvent plusieurs mois voire plusieurs années.

Deux muscles, de part et d'autre de l'avant du cou, les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes, peuvent être responsables de nombreux symptômes d'un coup du lapin. Les autres muscles souvent impliqués sont le trapèze, l'angulaire de l'omoplate, le grand pectoral, le petit pectoral, le muscle

sternal, certains muscles de la mâchoire, les muscles cervicaux profonds de la partie antérieure du rachis et les muscles spinaux de la nuque et du haut du dos.

## Trois muscles particuliers du cou

Les muscles trapèzes, angulaires de l'omoplate et sterno-cléido-mastoïdiens ne relèvent pas d'une zone spécifique, unique, du corps. En effet, le trapèze est si vaste qu'il recouvre le haut du dos, toute la nuque et une partie de chaque épaule. De même, l'angulaire de l'omoplate est, comme son nom l'indique, un muscle de l'omoplate (par son insertion sur l'angle supérieur) mais aussi du cou. Quant au sterno-cléido-mastoïdien, il part du sternum pour remonter lui aussi obliquement vers l'arrière du cou. On peut donc considérer qu'il fait partie soit de l'avant du cou soit du côté du cou. De plus, ces trois muscles sont si importants, de part leurs fonctions multiples, qu'ils rentrent dans une catégorie à part.

### *Sterno-cléido-mastoïdiens (SCM)*

*Sterno-cléido-mastoïdien* vient du nom anatomique des trois os sur lesquels se fixe ce muscle ([figure 4.1](#)): *sterno* en référence au sternum, *cléïdo* à la clavicule et *mastoïdien* à l'apophyse mastoïde, cette saillie osseuse située derrière l'oreille. Ne soyez pas intimidé par ce mot si long. Il possède un rythme communicatif que vous apprendrez à aimer. Et vous avez tout intérêt à être en bons termes avec ces sterno-cléido-mastoïdiens capables de causer des torts qu'on ne soupçonne même pas.

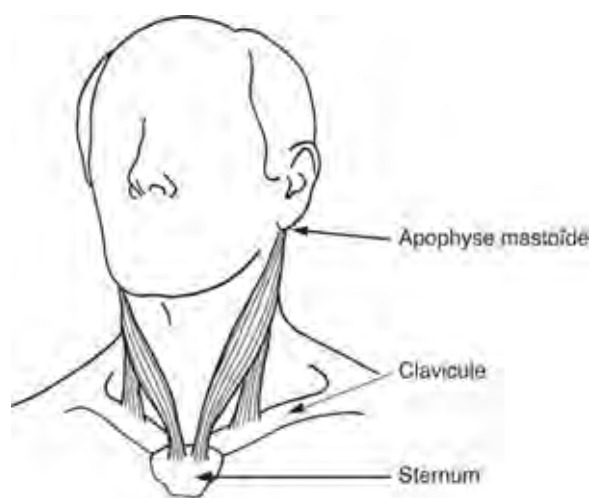


Figure 4.1 Les trois points d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien

Étant donné que les sterno-cléido-mastoïdiens se trouvent à l'avant du cou et sur le côté, vous n'y avez probablement jamais pensé ni ne les avez remarqués, d'autant qu'une douleur à l'avant du cou est rare — et siège plutôt dans la nuque. Si des *trigger points* sont présents dans les sterno-cléido-mastoïdiens, vous aurez mal en toutes sortes d'endroits, mais toujours à distance, dans un endroit éloigné. Peu importe le problème qui s'y trouve ou qu'ils provoquent, les sterno-cléido-mastoïdiens en eux-mêmes font rarement mal si on ne les touche pas. Toutefois, si ces muscles sont noués ou raides, cela peut indiquer la présence de *trigger points*.

*Le cas de Catherine, âgée de 51 ans, illustre les effets inattendus des trigger points du muscle sterno-cléido-mastoïdien et le soulagement rapide et spectaculaire que l'on peut obtenir avec un*



*traitement approprié. Elle souffre d'un syndrome algodysfonctionnel (lire page précédente) des deux articulations temporo-maxillaires depuis l'âge de 9 ans lorsqu'elle s'est fait retirer plusieurs dents afin de compenser l'étroitesse de sa mâchoire. Elle a également de fréquents maux de tête et des douleurs à l'intérieur de l'oreille gauche. Un jour, alors qu'elle lit un article sur la douleur myofasciale suggérant que les muscles du cou sont la cause de nombreux symptômes mystérieux, elle se met à palper les muscles de son cou. À son grand étonnement, elle découvre la présence d'un nœud important sur le côté gauche. Pendant qu'elle masse le muscle, elle sent un soulagement si soudain et intense dans sa mâchoire gauche que cela l'effraie. Elle a l'impression que ce côté de son cou enfle comme un ballon. Elle court à la salle de bain pour se regarder dans le miroir. Tout est normal. Il n'y a ni gonflement ni rien d'anormal. Puis elle remarque que la douleur dans son oreille et ses mâchoires a disparu et qu'elle bouge différemment la mâchoire, comme si celle-ci avait changé de position. Son dentiste, après avoir examiné ce changement, lui dit que son syndrome algodysfonctionnel des articulations temporo-maxillaires a d'une manière ou d'une autre disparu et qu'elle peut désormais mordre et mastiquer normalement.*

D'un point de vue myofascial, les importants *trigger points* chroniques dans les sterno-cléido-mastoïdiens de Catherine étaient directement à blâmer pour ses céphalées et sa douleur à l'oreille. Ils avaient en outre provoqué l'apparition de *trigger points* secondaires dans les muscles de la mâchoire responsables de sa douleur maxillaire et du mauvais alignement de ses articulations temporo-maxillaires. Elle a appris que quelques minutes de massage de ses muscles sterno-cléido-mastoïdiens suffisent à la débarrasser de ses symptômes lorsqu'elle les sent revenir.

## Symptômes

Alors que leurs effets peuvent être incroyablement divers, on a rarement conscience des *trigger points* dans les sterno-cléido-mastoïdiens. Les *trigger points* sont parfois si sensibles à la pression qu'il est facile de les confondre avec des ganglions lymphatiques enflés et douloureux. Toutefois, de tels ganglions sont comme de petites cacahuètes avec leur coque flottant juste sous la peau. Ils glissent si facilement qu'il est impossible de les pincer avec deux doigts. Les symptômes résultants des *trigger points* des sterno-cléido-mastoïdiens se divisent en six groupes différents: douleur référée—branche sternale, douleur référée—branche claviculaire, problèmes d'équilibre, troubles auditifs, troubles visuels et symptômes systémiques (c'est-à-dire affectant tout l'organisme). Pour les deux branches du muscle sterno-cléido-mastoïdien, il existe des différences importantes dans le schéma de douleur référée même si, dans les deux cas, les symptômes s'expriment généralement dans le crâne, le visage et les mâchoires ([figures 4.2](#) et [4.3](#)).

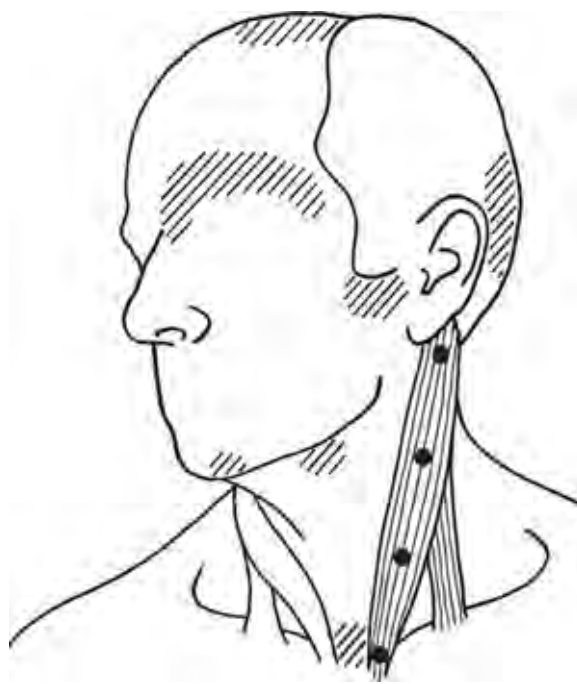


Figure 4.2 Sterno-cléido-mastoïdien, branche sternale: *trigger points* et schéma de douleur référée

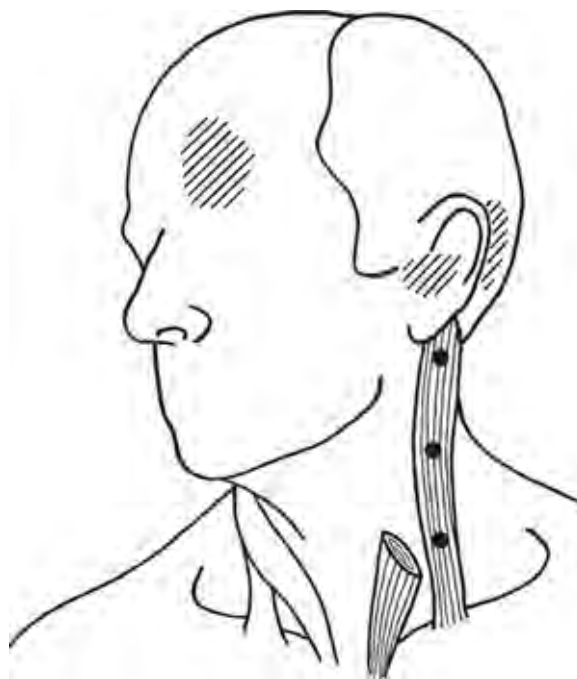


Figure 4.3 Sterno-cléido-mastoïdien, branche claviculaire: *trigger points* et schéma de douleur référée

**Douleur référée – branche sternale (figure 4.2).** Les *trigger points* de la branche sternale peuvent causer une douleur intense aux yeux et à la langue lors de la déglutition ainsi qu’une céphalée au-dessus des yeux, derrière l’oreille et en haut de la tête. Ils contribuent parfois à une articulation temporo-maxillaire douloureuse et à l’apparition de *trigger points* satellites dans les muscles de la mâchoire. La douleur peut irradier dans la nuque et en haut du sternum. Ce qui n’est pas montré dans la figure 4.2, c’est la possibilité d’une extension de la zone de douleur dans le côté du visage qui imite une névralgie du trijumeau, un trouble caractérisé par de brèves crises d’élancements dus à l’irritation du nerf trijumeau. Cette douleur dans la joue peut également être confondue avec une sinusite.

**Douleur référée – branche claviculaire (figure 4.3).** La douleur provenant de la branche claviculaire, plus profonde, peut entraîner un mal de tête sur le côté opposé du front, une otalgie, un

mal de dents aux molaires du fond ou encore une raideur du cou indolore qui fait pencher la tête sur un côté.

**Problèmes d'équilibre – branche claviculaire (figure 4.3).** Une autre particularité des *trigger points* dans la branche claviculaire est qu'ils peuvent provoquer des vertiges, rendre nauséux et faire vaciller ou tomber voire s'évanouir sans signe annonciateur. Cet étourdissement est parfois soudain, mais il peut durer plusieurs minutes, heures ou jours. Un diagnostic de vertige de Ménière (trouble associant vertige, surdité et acouphènes par crise) est souvent posé et, vu l'absence de traitement et d'explication médicale, la personne se retrouve condamnée à aller de crise en crise.

D'un point de vue myofascial, les différences de tension dans la branche claviculaire des muscles sterno-cléido-mastoïdiens contribuent à l'orientation spatiale en fonction de la position de la tête. Lorsque des tensions anormales dans les muscles sont provoquées par des *trigger points*, des signaux déroutants sont alors envoyés au cerveau. D'après le docteur Travell, cette perception déformée due aux *trigger points* dans les sterno-cléido-mastoïdiens serait une cause trop souvent méconnue de chutes et d'accidents de voiture.

**Troubles auditifs – branche claviculaire (figure 4.3).** Les *trigger points* dans la branche claviculaire peuvent entraîner une diminution de l'ouïe ou une surdité unilatérale, du côté où ils sont présents. L'oreille moyenne comprend le tympan ainsi que trois petits os appelés le marteau, l'enclume et l'étrier, qui sont reliés à des muscles. La diminution de l'ouïe ou la surdité serait due à une tension dans le minuscule muscle de l'étrier et dans celui du marteau ou muscle tenseur du tympan qui se fixe aux os, eux aussi minuscules, de l'oreille moyenne. Une tension dans ces petits muscles inhiberait les vibrations dans l'oreille interne. Lorsque des *trigger points* sont en cause, masser les muscles de la mâchoire et les sterno-cléido-mastoïdiens permettrait de retrouver une ouïe normale. Les acouphènes, ou bourdonnements d'oreilles, peuvent également résulter de *trigger points* dans le sterno-cléido-mastoïdien, le ptérygoïdien latéral ou le masséter de la mâchoire.

**Troubles visuels – branche sternale (figure 4.2).** Les *trigger points* dans la branche sternale sont parfois à l'origine d'une vue estompée, floue ou double. Des yeux rouges ou larmoyants ainsi qu'un nez qui coule sont également possibles, tout comme un affaissement des paupières dû à un spasme du muscle orbiculaire qui entoure l'œil. Pour cette même raison, les yeux ou les paupières peuvent être sujets à des mouvements brefs et saccadés. Lorsqu'on lit un livre, on a alors l'impression que les mots bougent.

**Symptômes systémiques – les deux branches (figures 4.2 et 4.3).** Un sixième groupe de symptômes dus à des *trigger points* dans le sterno-cléido-mastoïdien englobe une perception déformée du poids porté par les mains, une sueur froide au front et un excès de mucus dans les sinus, les cavités nasales et la gorge. C'est parfois l'explication toute simple d'une congestion des sinus, avec ou sans écoulement, de mucosités dans la gorge, d'une toux chronique et d'incessants symptômes de rhume des foins ou de rhume classique. Une toux sèche qui persiste guérit souvent grâce à un massage de la branche sternale près de son point d'insertion au sternum.

## Causes

La principale fonction des sterno-cléido-mastoïdiens est de permettre de tourner la tête de chaque côté et vers le bas. En se contractant, le sterno-cléido-mastoïdien *gauche* oriente la tête vers la *droite* en amenant son point d'attache sur le côté gauche du crâne vers l'avant. Ces muscles contribuent également à conserver une position stable de la tête durant un mouvement du corps. Des *trigger points* peuvent par conséquent résulter de postures qui maintiennent les sterno-cléido-mastoïdiens contractés

pour empêcher la tête de changer de position — par exemple lorsqu'on regarde l'écran d'un ordinateur ou lorsqu'on conduit. Tenir la tête vers l'arrière, par exemple lorsqu'on travaille à un ouvrage situé en hauteur au dessus de soi, est particulièrement néfaste. De même, conserver la tête sur un côté, pour une raison ou une autre, ne peut qu'entraîner des problèmes. Des *trigger points* dans la moitié inférieure du corps, un déséquilibre musculaire et un dysfonctionnement postural aboutissent souvent à une mauvaise position du corps que les muscles du cou s'épuisent à compenser en permanence. Parfois, il faut traiter la partie inférieure du corps pour qu'ensuite les muscles du cou et du haut du dos réagissent bien au traitement. Si vous n'obtenez que de piètres résultats en massant le haut du dos et le cou, c'est qu'il faut probablement se pencher sur la totalité du corps. Un thérapeute compétent pourra vous y aider.

### *Migraines*

Une migraine est soit simple soit complexe, avec de multiples facteurs parmi lesquels une éventuelle présence de *trigger points*. Si ce livre ne suffit pas à vous délivrer de votre migraine et si vous lisez l'anglais, investissez dans l'achat de *Migraine Brains and Bodies: A comprehensive Guide to Solving the Mystery of your Migraines* par C. M. Shifflet. Il aborde la migraine sous tous les angles: neurologique, vasculaire, musculaire, structurel et biochimique. C'est un ouvrage bien documenté pour les professionnels comme pour ceux qui en souffrent.

Il suffit de soulever une seule fois un objet lourd pour froisser les sterno-cléido-mastoïdiens. Une chute ou un coup du lapin entraîne de sévères étirements et crispations de tous les muscles du cou, dont les sterno-cléido-mastoïdiens. En outre, la présence d'autres *trigger points* dans le grand pectoral, un col qui serre, une jambe trop courte, une courbure anormale du rachis, de l'emphysème, de l'asthme, une toux chronique, de l'hyperventilation, un stress psychique et une tension musculaire constante favorisent l'apparition de *trigger points*. Les sterno-cléido-mastoïdiens ont pour fonction auxiliaire de soulever le sternum lorsqu'on inspire. Une respiration par la poitrine peut leur être néfaste, tandis que celle par le ventre (respiration diaphragmatique) protège les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes en empêchant ces muscles accessoires de l'appareil respiratoire de trop travailler.

Afin d'éviter aux sterno-cléido-mastoïdiens des tensions inutiles, ne restez pas assis trop longtemps avec la tête tournée sur un côté, ne lisez pas au lit et ne dormez pas sur le ventre. Quand vous êtes assis sur une chaise ou un divan, ne soyez pas avachi. Ne tenez pas le téléphone contre l'oreille avec votre épaule. Apprenez à respirer avec le diaphragme et non la poitrine. Lors d'une respiration normale, le ventre doit se soulever, tandis que le haut de la poitrine bouge le moins possible.

### **Traitement**

Ce qui est positif dans les symptômes si «désorientants» générés par la présence de *trigger points* au niveau des sterno-cléido-mastoïdiens, c'est que vous pouvez les résoudre vous-même d'une manière toute simple.

En massothérapie, l'une des premières règles est de ne «jamais masser un pouls» c'est-à-dire là où l'on perçoit la pulsation d'une artère sous les doigts. En la respectant, vous éviterez toute complication. Commencez par localiser l'artère carotide afin d'éviter de la masser. Assis ou allongé, utilisez le bout des doigts pour percevoir le pouls sur un des côtés du cou, juste sous la mâchoire et à l'extérieur de la trachée. Agissez délicatement, car une pression trop forte risquerait d'entraîner de

sérieux problèmes. De part et d'autre de la trachée se trouvent l'artère carotide et le sinus carotidien. Ce dernier renferme des barorécepteurs (sensibles à la pression) qui réagissent aux modifications de la pression sanguine. Le massage ou la compression d'un des sinus carotidiens peut faire baisser brutalement la tension artérielle et provoquer des étourdissements, une chute ou un évanouissement. Une pression trop forte sur d'autres endroits des carotides risque de détacher une plaque d'athérome et d'aboutir à un accident vasculaire-cérébral. Il se peut également qu'une artère soit bouchée (athérosclérose) et qu'en massant la bonne artère ou l'opposée, vous entraîniez un arrêt de la circulation du sang au cerveau ce qui provoquerait là aussi des étourdissements, une chute ou un évanouissement. Le corps possède de nombreux vaisseaux qui amènent le sang au cerveau, au cas où l'un d'eux serait bouché ou endommagé. Il est toutefois toujours plus sage d'éviter d'appuyer sur l'un d'eux. Si vous avez la tête qui tourne lorsque vous vérifiez votre pouls ou que vous massez le muscle sterno-cléido-mastoïdien, arrêtez immédiatement et consultez un médecin. Si vous ne parvenez pas à percevoir votre pouls parce que vos doigts ne sont pas assez sensibles (à cause de cals aux mains, d'un diabète ou d'un manque de sensibilité), évitez l'avant du cou.

La première règle en massothérapie est de ne «jamais masser un pouls»

Il est possible, en faisant attention aux artères, de masser sans risque cet important muscle. Après avoir trouvé l'artère carotide, remplacez juste les doigts par le pouce, déplacez légèrement le pouce vers l'extérieur et saisissez tout le tissu musculaire en dehors du pouls. Si vous pincez le sterno-cléido-mastoïdien plutôt que d'exercer une pression contre le côté du cou, vous resterez éloigné des artères. Traitez un seul côté à la fois et restez vigilant sur la nécessité d'éviter le pouls.

### *Conseils de massage*

Identifiez avec douceur le sterno-cléido-mastoïdien en évitant le pouls dans le cou comme indiqué au début du livre.

Saisissez-le avec le pouce et les doigts en forme de «C» plutôt que de «V». N'utilisez que le bout des doigts.

Malaxez-le avec de brefs mouvements de va-et-vient de haut en bas. Allégez la pression si vous dérapez et heurtez le muscle.

Pendant le massage, gardez la tête vers l'avant et penchez-la légèrement vers le bas, du même côté.

En vous regardant dans un miroir, tournez la tête vers le côté opposé et vous verrez la branche sternale se contracter. Pincez-la avec tous les doigts, puis tournez la tête pour qu'elle retrouve une position neutre afin de détendre le muscle pour le massage. Exercez juste une pression suffisante pour que cela soit confortable lorsque vous essayez de distinguer les deux branches du muscle. La branche sternale est superficielle par rapport à la branche claviculaire. Chacune est à peu près de la grosseur de l'index. Si vous êtes très attentif, vous devriez les sentir séparément. Afin de serrer la branche claviculaire, plus profonde, saisissez une plus grande partie latérale du cou. Beaucoup commettent l'erreur de bouger les doigts trop loin en arrière, incluant alors la nuque. Pensez que la tête de la clavicule se trouve «en profondeur de» et non «derrière» la branche sternale. Pour vous assurer que vous êtes toujours sur le sterno-cléido-mastoïdien, tournez à nouveau la tête du côté opposé. Ce

muscle est pratiquement la seule chose que vous pouvez pincer sur le côté du cou. En le malaxant vers l'avant, vous ferez rouler la branche profonde. Vous devriez alors pouvoir sentir une légère dépression entre cette branche et la branche sternale, plus superficielle. Après ce travail sur la branche sternale, vous ne percevrez plus que la peau et le muscle peaucier. Pour chercher les *trigger points* dans chaque branche, commencez au milieu puis progressez jusqu'à l'arrière du lobe de l'oreille et enfin en direction de la clavicule (figures 4.4, 4.5 et 4.6). Utilisez la main du même côté pour accéder plus facilement à la branche claviculaire, plus profonde. Pendant ce temps, l'autre bras peut soutenir votre coude, ce qui rendra la technique facile et relaxante.

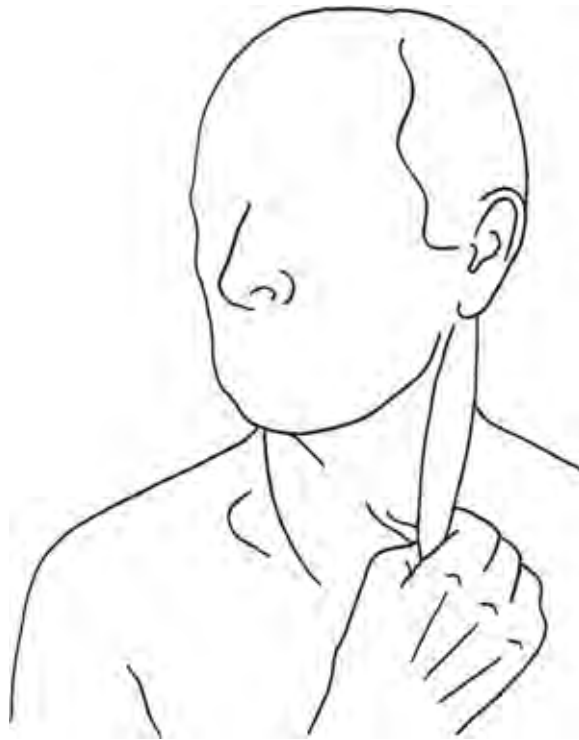


Figure 4.4

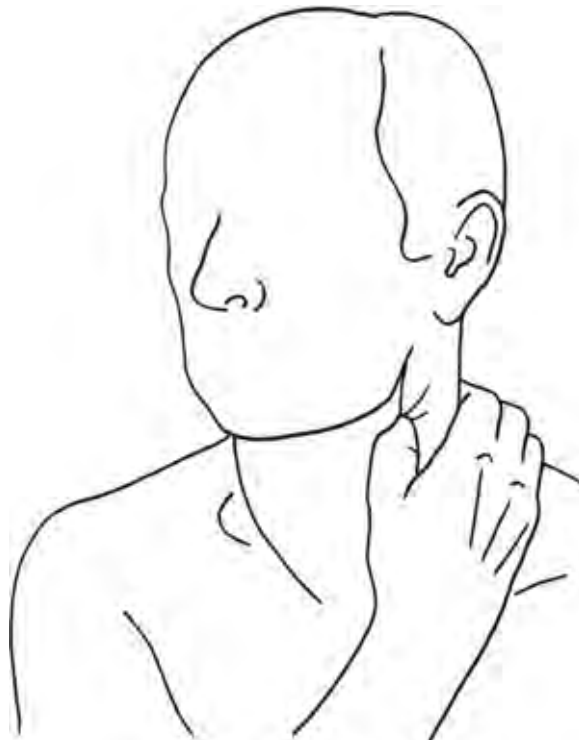


Figure 4.5





Figure 4.6

Massage du sterno-cléido-mastoïdien entre le pouce et les autres doigts (Important! Lisez bien la section «Traitement» avant de commencer.)

Si vos muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont douloureux quand vous exercez une pression, ils sont très certainement impliqués dans une céphalée chronique ou un autre symptôme dont vous souffrez à la tête, à la face ou aux mâchoires. Si les *trigger points* d'un sterno-cléido-mastoïdien sont très impliqués, une légère pression reproduira ou accentuera une céphalée frontale, une démonstration fort convaincante du rôle des *trigger points*.

N'ayez pas peur de ces muscles quand vous les massez. Au début, ils peuvent être très sensibles, mais vous ne pouvez pas leur faire de mal. Au contraire, chaque pression légère leur apporte un mieux-être. Cela peut sembler idiot de masser une zone aussi sensible, mais il suffit d'y aller doucement au début et d'exercer une pression agréable ou «délicieusement thérapeutique». Vos symptômes peuvent disparaître très rapidement, mais poursuivez patiemment durant plusieurs jours le travail sur les *trigger points* jusqu'à ne plus trouver le moindre endroit douloureux. Le massage du sterno-cléido-mastoïdien élimine souvent presque immédiatement un mal de tête, tout comme des étourdissements et de nombreux symptômes liés aux sterno-cléido-mastoïdiens.

## Trapèzes

Le mot trapèze vient du grec *trapezion* qui signifie «table à quatre pieds» en raison de sa forme relativement aplatie et dotée de quatre angles. Bien que le trapèze se trouve dans le haut du dos et que sa principale fonction soit de mobiliser l'épaule, il figure dans ce chapitre parce que ses *trigger points* sont une cause essentielle de céphalées et de douleur au cou.



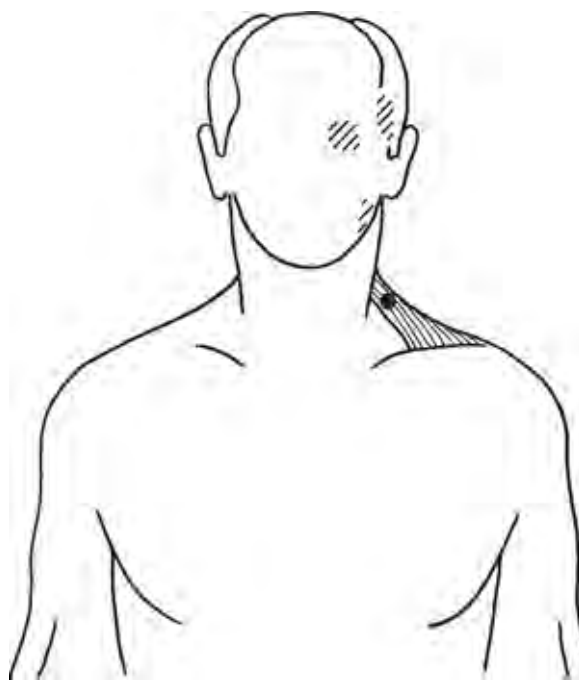


Figure 4.7 *Trigger point* numéro 1 du trapèze et schéma de douleur référée, vue de face

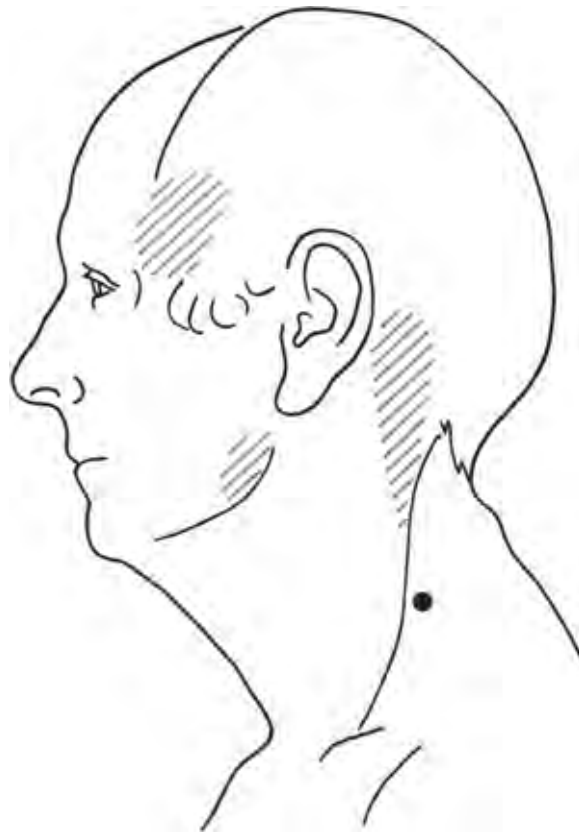


Figure 4.8 *Trigger point* numéro 1 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée, vue de profil

## Symptômes

**Trapèze numéro 1 (figures 4.7 et 4.8)** Ce *trigger point* se trouve dans les fibres tout en haut du faisceau de muscle sur le dessus de l'épaule, en superficie du corps de ce muscle. La plupart des gens le trouvent en pinçant un peu de chair là où l'épaule rejoint le cou (l'angle du cou). Avec un corps plus massif ou puissant, ce faisceau de muscle est aussi gros qu'un feutre type marqueur. Ce *trigger point* est présent chez pratiquement tout le monde. Il est la principale cause de douleur dans les tempes, mais ce point irradie parfois jusqu'au muscle masséter à l'angle de la mâchoire, dans le cou

en direction de l'arrière de l'oreille et en profondeur derrière les yeux. Parfois encore, la douleur apparaît à l'arrière de la tête et dans une bosse au-dessus de l'oreille (non montré). Son effet est le plus souvent une douleur par tension du cou. Ce point peut limiter l'amplitude de la rotation et de la flexion latérale de la tête du côté opposé. Parfois aussi, il favorise l'apparition de *trigger points* satellites dans les muscles temporaux et maxillaires, entraînant indirectement une douleur à la mâchoire et aux dents.

**Trapèze numéro 2 (figure 4.9)** Ces deux *trigger points* sont distants de moins de 5 cm en profondeur du faisceau de muscle sur le dessus de l'épaule. On peut en avoir un ou les deux. Ils sont la cause principale de douleur à la nuque et à la base du crâne pouvant s'exprimer sous forme de céphalée ou de crispation du cou. Cette douleur référée induit souvent des *trigger points* satellites dans les muscles de la nuque. Lorsqu'un massage du cou fait du bien mais n'élimine pas la douleur, le problème résulte peut-être des trapèzes et non du cou. En outre, ces points limitent parfois la rotation et la flexion latérale de la tête du côté opposé.

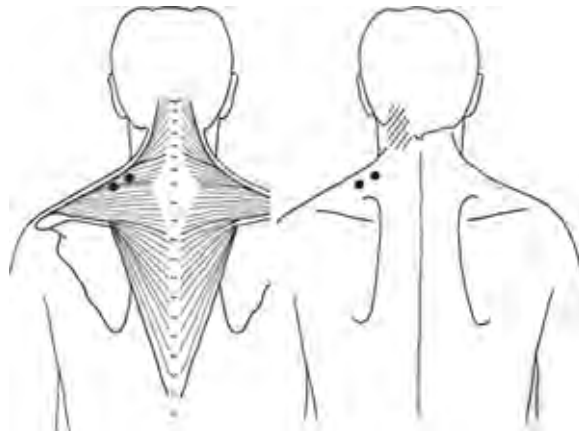


Figure 4.9 *Trigger points* numéro 2 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée

**Trapèze numéro 3 (figure 4.10)** Ces deux *trigger points* sont présents le long du bord interne de l'omoplate, juste en dessous de l'endroit où le bord du muscle croise l'omoplate, à mi-chemin environ de l'angle inférieur.

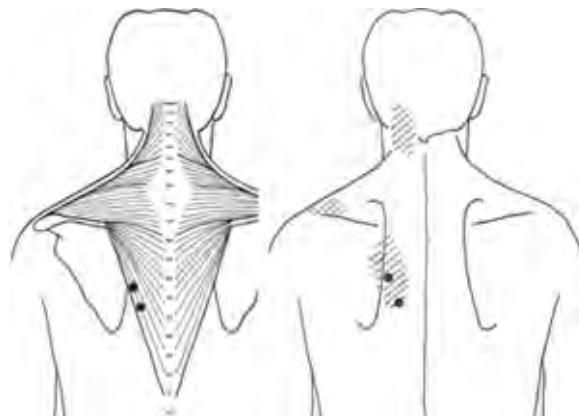


Figure 4.10 *Trigger point* numéro 3 du faisceau inférieur du trapèze et schéma de douleur référée

Le *trigger point* du dessus est un *trigger point* primaire très commun, source de douleur à la nuque et à la base du crâne tout comme les *trigger points* du faisceau supérieur du trapèze. C'est l'une des nombreuses causes de raideur du cou. Parfois, la douleur est présente dans le faisceau supérieur du trapèze lui-même. Les *trigger points* satellites induits dans ces deux endroits peuvent à leur tour entraîner une céphalée. Cet effet en cascade, ou domino, des *trigger points* myofasciaux est l'une des

raisons qui explique que les céphalées soient si difficiles à comprendre et à traiter efficacement. Le point du dessous peut lui aussi provoquer une douleur accablante ou de type brûlure au milieu du dos et une douleur persistante du haut de l'épaule. Cette dernière résulte parfois aussi du *trigger point* numéro 6 (voir [figure 4.13](#)). Lorsque les *trigger points* affaiblissent les muscles du faisceau inférieur du trapèze, ils peuvent contribuer à figer les omoplates vers l'arrière, un problème appelé «omoplate ailée».

**Trapèze numéro 4 ([figure 4.11](#))** Ce *trigger point* est situé sur l'omoplate même, au-dessus du muscle sous-épineux. Il peut entraîner une douleur persistante juste à l'extérieur du bord interne de l'omoplate.

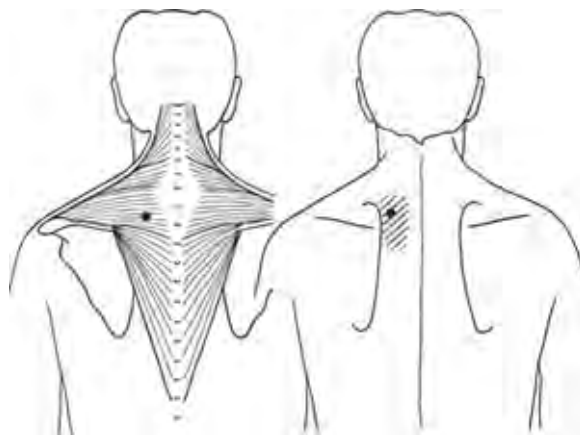


Figure 4.11 *Trigger point* numéro 4 du trapèze et schéma de douleur référée

**Trapèze numéro 5 ([figure 4.12](#))** Ce *trigger point* se trouve à côté du bord interne de l'omoplate, dans le faisceau moyen du trapèze. Il provoque une douleur de type brûlure dans la région voisine, le long du rachis. Des *trigger points* superficiels dans cet endroit donnent parfois la chair de poule sur l'arrière du bras et parfois, étonnamment, sur les cuisses.

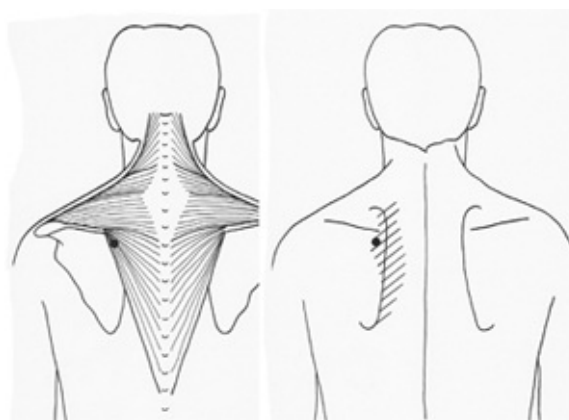


Figure 4.12 *Trigger point* numéro 5 du faisceau moyen du trapèze et schéma de douleur référée

En traitant ces *trigger points*, vous finirez par vous sentir si bien que vous en oublierez de vous soigner. C'est bon signe, mais attention car la douleur peut revenir à cause de *trigger points* passifs non éliminés.

**Trapèze numéro 6 ([figure 4.13](#))** Ce *trigger point* est situé en haut de l'épaule au niveau de l'acromion, la partie extérieure de l'omoplate. Tantôt il se trouve au-dessus du *trigger point* dans le

muscle sus-épineux tantôt il apparaît indépendamment. Remarquez qu'il provoque une douleur locale et peut être un point satellite du numéro 3 du faisceau inférieur du trapèze.

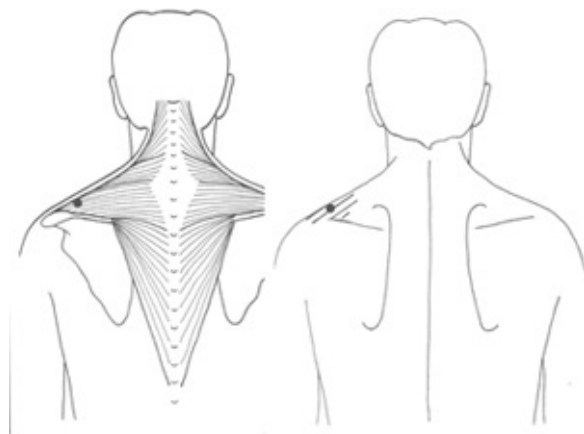


Figure 4.13 *Trigger point* numéro 6 du faisceau supérieur du trapèze et schéma de douleur référée

Les symptômes résultants des *trigger points* du trapèze sont souvent mal interprétés, donnant lieu à toutes sortes de diagnostics erronés et de traitements inappropriés. On peut vous dire que vos symptômes sont dus à la compression d'un disque vertébral, à la sténose du canal lombaire, à une bursite de l'épaule ou à une névralgie. Lorsque leur véritable cause est incomprise, les maux de tête dus aux *trigger points* du trapèze peuvent être pris pour une céphalée de tension, une céphalée cervicogénique, une algie vasculaire de la face, une céphalée vasculaire ou une migraine. S'il s'agit bien d'un mal de tête pour raison médicale, la recherche de *trigger points* devrait figurer pratiquement en haut de la liste d'un médecin.

## Causes

Le trapèze s'étend sur une grande partie de la moitié supérieure du dos, allant vers le haut pour couvrir la partie centrale de la nuque. C'est cette partie du trapèze en haut qui donne sa forme à la nuque. Le trapèze se fixe sur la base du crâne, le rachis, la clavicule et les omoplates. Ce muscle soutient le poids des épaules et doit se contracter fortement pour faire tourner l'omoplate à chaque fois que l'on lève le bras au-dessus de l'épaule. Son autre fonction importante est de maintenir solidement l'omoplate en place pour tous les mouvements fins du bras et de la main.

La partie la plus haute du trapèze soutient le poids de la tête et du cou lorsqu'on se penche vers l'avant ou sur le côté. Elle se contracte également lorsqu'on lève l'épaule vers l'oreille ou que l'on abaisse l'oreille vers l'épaule tout comme lorsqu'on est allongé sur le côté opposé. Une mauvaise posture, comme une position assise avachie ou la tête constamment vers l'avant, sollicite inutilement les muscles du trapèze, ce qui génère l'apparition de *trigger points*. Des muscles pectoraux raccourcis, visibles avec un dos rond, exercent une traction constante sur les épaules que les trapèzes doivent contrer en permanence. Cela peut provoquer un étirement et un affaiblissement des trapèzes et, par conséquent, de possibles *trigger points* satellites en raison de la tension mécanique produite par des muscles pectoraux noués et raccourcis. Des muscles abdominaux raccourcis peuvent également tirer la poitrine vers le bas, entraînant un dos rond avec la tête penchée vers l'avant. La présence de *trigger points* dans le muscle grand droit de l'abdomen peut alors être le siège de points primaires à l'origine de céphalée. Incroyable, non? Si le massage du trapèze ne vous soulage pas durablement, massez et étirez les muscles abdominaux et pectoraux pour soigner votre mal de tête.

Lorsque les bras se retrouvent devant le corps durant des périodes de temps prolongées, des *trigger points* apparaissent dans toutes les parties du trapèze. En effet, si l'on est assis sans que les coudes ne soient soutenus, on soumet les muscles du trapèze à un effort permanent. Pour tout travail

administratif ou sur ordinateur, utilisez si possible une chaise avec des accoudoirs, car poser les bras sur le bureau ne suffit pas. Les femmes à la forte poitrine sont particulièrement vulnérables à chacun des nombreux symptômes dus au trapèze. L'effort requis pour soutenir des seins lourds peut rendre difficile la disparition des *trigger points* dans le trapèze. Le port d'un sac lourd sur le dos ou à l'épaule peut suffire à expliquer la récurrence de migraine ou de raideur du cou.

Une autre cause fréquente de la présence de *trigger points* dans le trapèze est la tension psychique qui fige les épaules vers le haut. Prenez l'habitude d'abaisser intentionnellement vos épaules plusieurs fois par jour. Pour parvenir à ne pas oublier, vous pouvez recourir à des pense-bêtes, tels que des Post-it que vous placerez à un endroit visible. Au [chapitre 12](#), la partie sur les tensions musculaires présente une approche méthodique, à intégrer à votre vie quotidienne, pour se détendre volontairement.

## Traitement

**Trapèze numéro 1** Il est important de comprendre que ce *trigger point*, dans l'angle du cou, se trouve souvent juste sous la peau. La bande musculaire tendue qui renferme ce *trigger point* ressemble sous les doigts à une aiguille à tricoter. Un pincement superficiel suffit généralement pour la saisir. Les personnes très musclées et de forte carrure trouveront au même endroit ce *trigger point* dans une bande plus grande et dense, grosse comme un marqueur. Massez le trapèze avec la main opposée en le faisant rouler entre le pouce, l'index et le majeur ([figure 4.14](#)). Un fort pincement de ce point peut reproduire ou accentuer une céphalée temporale, ce qui en valide la cause. Presque tout le monde possède ce *trigger point* qui entraîne un nombre incroyable de problèmes. Si cette technique est trop difficile avec les mains, essayez une variante de pincement en vous aidant d'une balle contre un mur ([figure 4.15](#)).

### *Conseils de massage*

Pour que le faisceau supérieur du trapèze soit plus facile à saisir, détendez-le en mettant la main dans votre poche ou ceinture.

Penchez la tête du même côté quand vous massez pour détendre ce muscle.

Posez la Thera Cane sur un vêtement et non à même la peau.

Appuyez les coudes sur un bureau ou une table quand votre bras passe derrière l'épaule pour masser le trapèze.

**Trapèze numéro 2** Ces deux *trigger points* ([figure 4.9](#) page 67) se pincent également avec la main opposée. Vérifiez que le pouce est bien devant et sous la grosse bande de muscle en haut de l'épaule. En d'autres termes, pincez fortement depuis l'avant, à 3 cm environ de la clavicule. Le premier point, plus interne, est juste au milieu tandis que le second, latéral, se trouve à moins de 5 cm de l'extérieur. N'oubliez pas qu'interne signifie vers le plan médian et que latéral signifie vers l'extérieur du corps. Le point interne est plus profond dans le corps et demande un pincement plus fort que le trapèze numéro 1. Afin de trouver et de traiter le *trigger point* extérieur, cherchez plus latéralement vers l'épaule avec un mouvement de pincement. Parcourez tout le trapèze jusqu'à toucher la clavicule avec le pouce. En laissant le pouce à l'intérieur de la clavicule, massez la bande du trapèze vers le haut et l'extérieur. Les autres doigts rencontreront le pouce de l'autre côté quand vous pincerez la bande.

Vous masserez ainsi l'avant du trapèze juste avant qu'il se fixe latéralement à la clavicule. Le muscle vous semblera épais et dense.



Figure 4.14 Massage du trapèze numéro 1 avec le pouce et les autres doigts



Figure 4.15 Massage du trapèze numéro 2 avec l'aide du pouce contre une balle sur un mur ou un lit

Si le massage avec le pouce et les autres doigts est trop fatiguant pour votre main, essayez d'exercer une pression sur les *trigger points* du faisceau supérieur du trapèze contre une balle sur un mur en vous aidant du pouce, du bout des doigts ou d'un appareil de massage pointu ([figure 4.15](#)). Chacun des *trigger points* du trapèze peut être massé avec une Thera Cane, un Backnobber ou un Body Back Buddy (lire page [42](#)). La [figure 4.16](#) montre comment tenir la Thera Cane pour masser le trapèze numéro 2. On obtient une pression et un contrôle optimaux quand la main du côté opposé de celui massé est posée sur l'arc de la canne. Cela permet en outre au muscle traité de se détendre. Le bas de la canne est incliné contre le corps vers la hanche opposée. Ainsi, la tête reste droite et ne s'éloigne pas de l'appareil de massage en se penchant. Voir la [figure 4.21](#) qui montre la position idéale pour les mains. Si vous ne possédez pas d'appareil de massage avec une crosse, penchez-vous vers l'avant contre le cadre d'une porte ou un angle de mur pour placer la balle sur le haut de l'épaule ([figure 4.17](#)). Revoyez les recommandations du [chapitre 3](#) (voir le tableau page [38](#)) pour vous assurer d'exécuter correctement les mouvements de massage.



Figure 4.16 Massage du trapèze numéro 2 avec la Thera Cane

**Trapèze numéro 3** Se pencher contre une balle (de la taille d’une balle de tennis) sur un mur est particulièrement efficace pour ce *trigger point* dans le faisceau inférieur du trapèze ([figure 4.18](#)). Remarquez que vous avez le choix entre deux directions pour bouger la balle: de bas en haut ou horizontalement vers le rachis. En passant verticalement le long du bord de l’omoplate, vous sentirez peut-être la balle surmonter le bord du muscle orienté en diagonale. En passant horizontalement sur l’omoplate, vous aurez l’impression de pousser le muscle devant la balle. Il existe probablement plus d’un *trigger point* à cet endroit, un sur chaque côté du bord de l’omoplate. Une balle en caoutchouc dur comme une balle rebondissante offrira une pression plus forte. La [figure 4.19](#) montre la position de la Thera Cane pour masser ce *trigger point*. Pour de meilleurs résultats, les *trigger points* du trapèze devraient être massés trois à six fois par jour, mais limitez chaque séance à dix ou douze mouvements de va-et-vient par *trigger point*. Ne cherchez pas à les éliminer. Contentez-vous d’améliorer la circulation sanguine. Laissez votre corps se soigner lui-même.

Ne cherchez pas à éliminer les *trigger points*. Contentez-vous d’améliorer la circulation sanguine. Laissez votre corps se soigner lui-même.



Figure 4.17 Massage du faisceau supérieur du trapèze numéro 2 avec une balle contre une porte ou un angle de mur



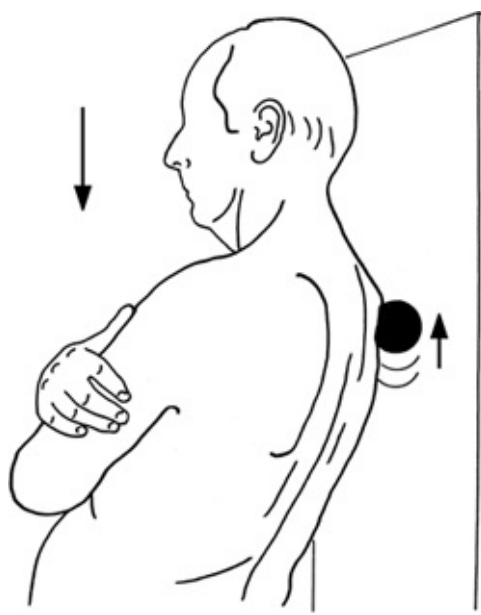


Figure 4.18 Massage du faisceau inférieur du trapèze numéro 3 avec une balle contre un mur

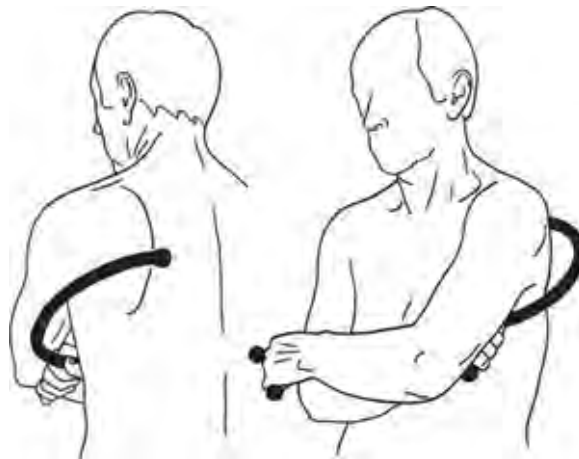


Figure 4.19 Massage du trapèze numéro 3 avec la Thera Cane

Une description détaillée de la technique avec une balle contre un mur figure au [chapitre 8](#) dans la section «Traitement des muscles spinaux superficiels» (page [195](#)).

## Angulaires de l’omoplate

L’*angulaire de l’omoplate* est un autre muscle très sollicité, posant problème à tout le monde, qui permet de lever l’épaule. On l’appelle parfois aussi *élevateur de la scapula*, scapula étant l’autre terme pour omoplate.

## Symptômes

Les *trigger points* dans les muscles angulaires de l’omoplate provoquent une douleur et une raideur à l’angle du cou et du haut du dos ([figure 4.20](#)). Lorsqu’ils sont suffisamment actifs, ils induisent également une douleur de degré moindre le long du bord interne de l’omoplate et à l’arrière de l’épaule (non montré). Un *trigger point* de l’angulaire de l’omoplate empêche de tourner la tête derrière soi lorsqu’on fait marche arrière en voiture. Il se peut que vous ne puissiez pas tourner la tête du côté où siège un tel *trigger point* et que de la tourner de l’autre côté soit douloureux.

## Causes

L'extrémité inférieure de chaque muscle angulaire de l'omoplate se fixe sur le bord interne de l'angle supérieur de l'omoplate correspondante. Son extrémité supérieure s'insère sur les côtés des quatre premières vertèbres du cou ([figure 4.20](#)). Cette configuration permet à l'angulaire de l'omoplate de contribuer à lever l'omoplate et, par conséquent, l'épaule. C'est cette fonction qui pose problème. Lorsqu'une tension ou une mauvaise posture fige les épaules vers le haut, vous pouvez être certain que les muscles angulaires de l'omoplate sont très sollicités.

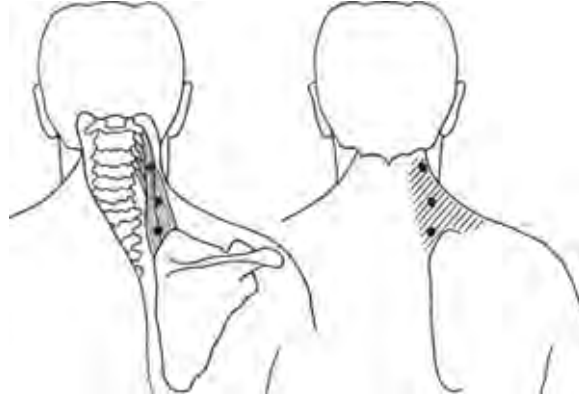


Figure 4.20 *Trigger points* de l'angulaire de l'omoplate et schéma de douleur référée

De nombreuses raisons peuvent expliquer une souffrance de l'angulaire de l'omoplate, comme dormir sur le côté sans soutien pour la tête, écrire à l'ordinateur tout en regardant sa copie sur un côté, être assis en plein courant d'air et tenir le téléphone coincé entre la tête et l'épaule. Les sacs à dos et les sacs à main sur l'épaule font autant de tort à l'angulaire de l'omoplate qu'au trapèze. Tous deux doivent rester fortement contractés pour contrer la poussée vers le bas.

Les muscles angulaires de l'omoplate souffrent également en cas d'exercice trop intense, de tension psychique et lorsque les accoudoirs sont placés trop haut ou trop bas. L'angulaire de l'omoplate est l'un des nombreux muscles qui sont traumatisés lors d'un coup du lapin. Les *trigger points* provoqués par un accident de voiture ou une chute peuvent persister de nombreuses années sans jamais être détectés et être à l'origine de douleurs chroniques et de handicaps dont on ne trouve pas la cause.

En tant que muscles allant par paire, l'angulaire de l'omoplate fait office de rênes pour la tête lorsqu'elle penche vers l'avant. Ils sont par conséquent trop sollicités lorsque cette mauvaise posture devient une habitude. Les muscles angulaires de l'omoplate et trapèzes souffrent également lorsqu'ils sont obligés de résister à l'effort requis en cas de lecture d'un livre, papier ou numérique, posé à plat, car tous les muscles du cou et du haut du dos doivent rester contractés tant que la tête est dans cette position. Pour éviter ce problème, lorsque vous lisez, posez votre livre sur d'autres ouvrages afin de garder la tête droite. Les lecteurs de livres numériques s'équiperont d'un accessoire de type plan incliné afin de mieux utiliser la liseuse. Les libraires et les sites en ligne proposent plusieurs types de plans inclinés. Enfin, un usage trop fréquent du téléphone portable ou du smartphone tenu au niveau de la poitrine est également néfaste aux muscles angulaires de l'omoplate. Levez régulièrement les épaules vers les oreilles puis abaissez-les afin de laisser ces muscles se contracter puis s'étirer pleinement. Cela contribuera à éviter l'apparition de *trigger points* si vous ne pouvez pas vous passer de votre smartphone.

## Traitement

Le *trigger point* le plus accessible de l'angulaire de l'omoplate se trouve juste au-dessus de celle-ci, là où le muscle se fixe à son angle supérieur. Afin de bien trouver cet endroit, il faut d'abord localiser l'angle supérieur. Pour sentir bouger sous les doigts cet angle supérieur, posez la paume de la main sur la clavicule opposée (voir [figure 5.11](#) page 102), les doigts étant détendus sur le haut du corps. N'en détachez plus la main qui doit rester bien en place, puis bougez le bras librement d'avant en arrière. En faisant ce mouvement, vous sentirez la saillie de l'angle supérieur de l'omoplate sous l'index ou le majeur. Avec votre main, vous ne pourrez pas masser efficacement ce *trigger point*. L'idéal est d'utiliser une Thera Cane ou un Backnobber. Posez les doigts sur la partie supérieure de l'extrémité de l'appareil. Exercez une pression avec la boule ou faites de minuscules mouvements de va-et-vient sur ce *trigger point* douloureux. Voir la [figure 4.21](#) pour la position de la main et la [figure 4.22](#) pour un traitement spécifique du *trigger point* inférieur dans l'angulaire de l'omoplate. Vous trouverez plus haut une description sur la manière d'utiliser les appareils en forme de crosse, dans la partie «Traitement» de la section sur le *trigger point* numéro 2 du trapèze (lire page 70).

Malheureusement, le *trigger point* inférieur de l'angulaire de l'omoplate n'est pas le plus problématique. Il est bon de masser ce point, mais cela peut être insuffisant pour vous débarrasser de toute votre douleur et raideur au cou. En revanche, le *trigger point* du milieu (central) est important. Il se trouve à la base du cou juste devant le faisceau supérieur du trapèze. Touchez l'avant du cou avec la main opposée. Posez les doigts précisément au milieu de l'angle où le cou rencontre le reste du corps. Appuyez le majeur sur la base du cou juste devant le trapèze, ce grand muscle que vous sentez se contracter quand vous levez l'épaule. Si vous frottez à cet endroit d'avant en arrière, vous devriez percevoir une bande musculaire en forme de corde tendue monter sur le côté du cou. Appuyez sur cette bande musculaire pour trouver en dessous l'apophyse transverse (le côté de la vertèbre en dessous) à la base même du cou. Si vous ne la trouvez pas immédiatement, recherchez attentivement ce minuscule point. Cela peut surprendre de découvrir que les bosses dures sous vos doigts sont les os de votre cou. Vous n'avez pas l'habitude de les percevoir. Vous ne sentez que les muscles tendus et les os. Vous pouvez masser ce point avec le bout des doigts. Soutenez l'appareil avec l'autre main pour exercer une pression supplémentaire. Une Thera Cane ou un Backnobber est également efficace (voir [figure 4.23](#)). Si vous ne possédez pas d'appareil en forme de crosse, penchez-vous vers l'avant contre le cadre d'une porte ou l'angle d'un mur pour placer une balle sur le haut de l'épaule ([figure 4.17](#)). Cette technique avec une balle peut également être utilisée pour le *trigger point* inférieur. Ne négligez pas pour autant le *trigger point* le plus haut, dans la partie supérieure du côté du cou, juste derrière le haut du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Massez avec les doigts ou un appareil en forme de crosse.



Figure 4.21 Position des mains et Thera Cane pour traiter les muscles du haut du dos



Figure 4.22 Massage du *trigger point* du bas de l'angulaire de l'omoplate avec une Thera Cane



Figure 4.23 Massage du *trigger point* du milieu de l'angulaire de l'omoplate avec une Thera Cane

## Muscles de la nuque

Hormis les muscles sous-occipitaux qui constituent une classe à part, quatre couches de muscles couvrent la nuque. Représentez-vous les différentes épaisseurs d'un pneu: la couche extérieure est la partie la plus haute du faisceau supérieur du trapèze; les trois couches plus profondes ont pour certaines les inévitables noms dérivés du grec ou du latin qui les décrivent ou donnent une indice sur leur fonction.

Immédiatement sous le trapèze se trouvent les fins muscles splénus aplatis qui recouvrent les autres comme de minces sangles. Le mot «splénus» dérive du grec *splênion* qui signifie «compresse». Puis viennent les muscles semi-épineux (anciennement grand complexus) qui, comme le nom l'indique, sont presque parallèles au rachis. On trouve enfin les rotateurs de la tête et le transversaire épineux, parfois appelé multifide, une multitude de muscles très courts qui relient les vertèbres du cou, aident à tourner le cou et à le pencher sur le côté («multifide» signifie littéralement «divisé en nombreuses parties»). Nous abordons ci-dessous chaque muscle, ses symptômes, ses causes et sa palpation spécifique. À la fin de cette section, une partie sur le traitement général décrira les techniques curatives pour tous les muscles de la nuque.

## Splénius de la tête

Les muscles *splénius de la tête* sont de larges bandes qui relient les vertèbres du cou à l'arrière du crâne. Leur orientation diagonale en fait une force majeure pour tourner la tête. Ces muscles attirent également la tête vers l'arrière.

### Symptômes

Les *trigger points* du splénius de la tête provoquent des douleurs en haut de la tête ([figure 4.24](#)) et sont une cause courante de mal de tête (Simons, Travell et Simons, 1999; Jaeger, 1989).

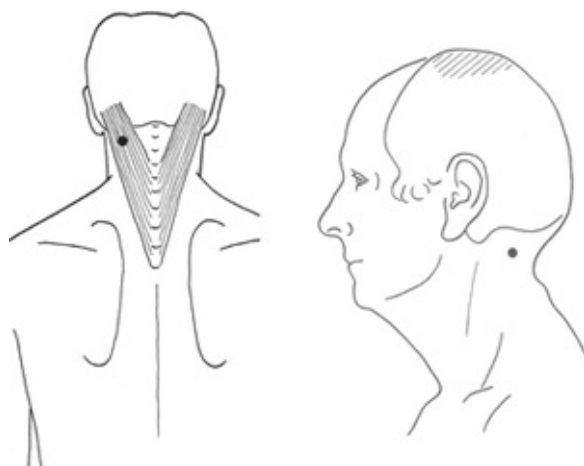


Figure 4.24 *Trigger point* du splénius de la tête et schéma de douleur référée

### Causes

Les *trigger points* dans la nuque surviennent, comme pour le trapèze et l'angulaire de l'omoplate, en cas d'utilisation musculaire abusive et excessive. Les blessures par coup du lapin, une tension psychique, la tête penchée vers l'avant, une tension posturale due, par exemple, au fait de tourner la tête pour lire quelque chose sur le côté, et être assis en plein courant d'air sont parmi les déclencheurs de *trigger points* dans le cou les plus fréquents. Le splénius de la tête est souvent blessé lors d'un accident de voiture. Tirer une corde ou porter un poids trop lourd peut également favoriser la survenue de *trigger points* dans ce muscle.

### Conseils de palpation

La tête étant en position neutre, le *trigger point* siège à environ 3 cm sous le crâne et, latéralement, à 3 cm des apophyses épineuses (les saillies osseuses du rachis). Pour sentir se contracter le splénius de la tête, posez les doigts juste sous le crâne et derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien (voir [page 65](#) la section sur ce muscle pour des conseils de palpation). Tournez la tête du même côté que celui que vous voulez traiter. Penchez la tête légèrement en arrière afin de percevoir la résistance de l'autre main, placée sur l'arrière du crâne. Suivez ce muscle en descendant d'environ 3 cm, en direction du rachis, pour trouver le *trigger point*. Massez-le en recourant à l'une des méthodes décrites à la fin de la section sur les muscles du cou.

## Splénius du cou

Les muscles *splénius du cou* relient les vertèbres du haut du dos à celles du cou. Ils permettent de bouger uniquement le cou, et non la tête. La flexion latérale, l'extension et la rotation du cou sont toutes des actions de ce muscle.

## Symptômes

**Splénius du cou numéro 1** Ce *trigger point* supérieur cause une douleur qui débute à la base du crâne et irradie vers l'avant par la tête jusqu'à l'arrière des yeux ([figure 4.25](#)). C'est une douleur qui pulse à l'intérieur du crâne ou dans les yeux, une sensation douloureuse familière derrière les yeux lors d'une migraine. Ce *trigger point* est capable de rendre la vision floue.

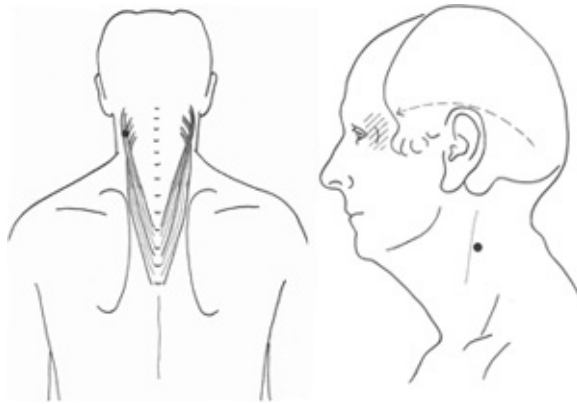


Figure 4.25 *Trigger point* numéro 1 du splénius du cou et schéma de douleur référée: à travers la tête comme une lance jusqu'à l'arrière des yeux

**Splénius du cou numéro 2** Ce *trigger point* inférieur du splénius du cou entraîne une douleur à l'angle du cou ([figure 4.26](#)). Ce point est souvent activé par les *trigger points* de l'angulaire de l'omoplate. Les *trigger points* supérieur et inférieur du splénius du cou peuvent causer des engourdissements et une pression à l'arrière de la tête (Simons, Travell et Simons, 1999; Graff-Radford, Jaeger et Reeves, 1986).

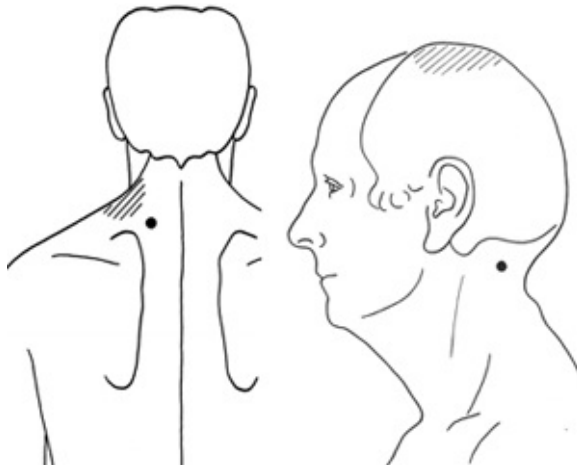


Figure 4.26 *Trigger point* numéro 2 du splénius du cou et schéma de douleur référée

## Causes

Les *trigger points* se développent parfois suite à des tensions posturales telles que: rester allongé la tête inclinée sur l'accoudoir du canapé et non soutenue par un coussin, soulever un poids excessif ou être assis en plein courant d'air, avec la climatisation par exemple. Une posture la tête vers l'avant et un coup du lapin sont d'autres causes fréquentes.

## Conseils de palpation

**Splénius du cou numéro 1** Vous trouverez ce *trigger point* des deux côtés du cou, sous l'oreille, à mi-chemin environ entre l'avant et l'arrière. Comprimez-le avec les doigts à peu près au niveau de la troisième vertèbre cervicale ([figure 4.27](#)).

**Splénius du cou numéro 2** Plus proche du plan médian, ce *trigger point* est près du point inférieur de l'angle supérieur de l'angulaire de l'omoplate. Utilisez une balle contre un mur ou une Thera Cane ([figure 4.28](#)) pour exercer une forte pression au travers des muscles du trapèze et spinal afin de comprimer ce point contre la vertèbre sous-jacente.



Figure 4.27 Localisation et massage du splénius du cou numéro 1 avec les doigts



Figure 4.28 Localisation et massage du splénius du cou numéro 2 avec une Thera Cane

## Semi-épineux

Les muscles semi-épineux de la tête relient de part et d'autre les vertèbres du haut du dos et du bas du cou à la base du crâne. En raison de la configuration segmentée de ce muscle, qui comporte le semi-épineux de la tête, celui du cou et du dos, des *trigger points* peuvent se trouver n'importe où sur toute la longueur du semi-épineux.

## Symptômes

**Semi-épineux numéro 1** Ces *trigger points* créent une zone douloureuse dans la tempe et, parfois, une bande douloureuse qui encercle la moitié de la tête juste au-dessus de l'oreille ([figure 4.29](#)).



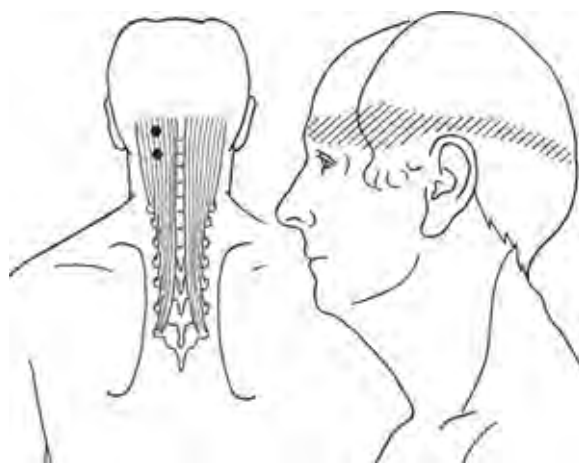


Figure 4.29 *Trigger points* numéro 1 d'un des semi-épineux et schéma de douleur référée

**Semi-épineux numéro 2** Ce *trigger point* entraîne une douleur à l'arrière de la tête ([figure 4.30](#)). Les *trigger points* dans le semi-épineux de la tête et le trapèze peuvent causer une pression sur le grand nerf occipital, ou nerf d'Harnold, un nerf sensitif pour l'arrière de la tête. Cette compression du nerf est parfois à l'origine d'engourdissement, de picotements et de douleur de type brûlure dans le cuir chevelu à l'arrière de la tête. Avec un tel problème, vous ne supporterez pas la pression de votre tête sur un oreiller. Éliminez ce *trigger point* avant d'acheter un nouvel oreiller.

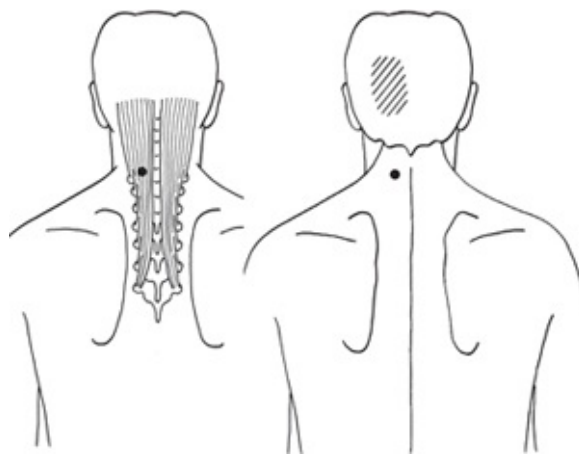


Figure 4.30 *Trigger point* numéro 2 d'un des semi-épineux et schéma de douleur référée

### Causes

Un traumatisme sévère comme un accident de voiture ou l'impact de la tête sur le fond d'une piscine peut entraîner des *trigger points* dans le semi-épineux de la tête. Les autres causes incluent une mauvaise posture de travail au bureau, une posture la tête vers l'avant ou une position couchée sur le côté, la tête calée dans les mains pour regarder la télé. Les *trigger points* primaires dans le trapèze et le splénius de la tête seront à l'origine de *trigger points* satellites dans ces muscles.

### Conseils de palpation

Le *trigger point* le plus haut dans le semi-épineux se trouve à 3 cm environ au-dessus du bord du crâne. Le deuxième point est à environ 3 cm sous le crâne. Il recouvre les points plus profonds dans les sous-occipitaux. Le point le plus bas est près de la base du cou, à 3 cm de l'extérieur de l'apophyse épineuse osseuse. Les techniques de traitement sont indiquées à la fin de la section sur le cou.

## Transversaires épineux et rotateurs de la tête

Les *transversaires épineux* et les *rotateurs de la tête* sont les muscles les plus profonds du cou. Des dizaines et des dizaines de ces minuscules muscles ou faisceaux de muscle courent de vertèbre en vertèbre selon diverses inclinaisons. Ils sont importants pour les mouvements plus fins du cou et de la tête.

Les *trigger points* des transversaires épineux et des rotateurs de la tête provoquent une douleur intense à l'endroit du point qui irradie généralement sur plusieurs vertèbres vers le haut ou le bas du rachis ([figure 4.31](#)). Cette douleur peut être perçue aussi loin qu'en haut de l'épaule et sur le bord interne de l'omoplate.

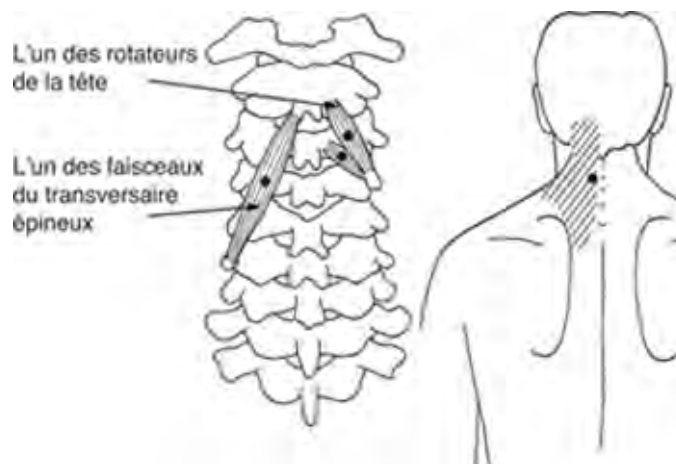


Figure 4.31 *Trigger points* du transversaire épineux et des rotateurs de la tête, et schéma de douleur référée

La douleur résultant des transversaires épineux et des rotateurs de la tête donne l'impression de siéger dans le rachis. On la confond souvent avec les conséquences d'une compression ou d'une désarticulation (subluxation) d'un disque vertébral. Une subluxation, ou déplacement partiel, est parfois causée par une tension extrême dans l'un de ces petits muscles qui tire alors la vertèbre vers un côté. Vous constaterez que le travail de votre ostéopathe sera plus efficace après un massage du *trigger point*.

Les *trigger points* des transversaires épineux et des rotateurs de la tête peuvent être présents à tous les niveaux du cou. Exercez contre le rachis une pression sur la profonde *gouttière vertébrale*, le petit espace entre l'os du rachis palpable (apophyse épineuse) et le muscle juste à côté, le semi-épineux. Massez les points contre la vertèbre avec les doigts ([figures 4.37](#) et [4.38](#)). Si vous ne parvenez pas à les atteindre manuellement, allongez-vous sur le dos et utilisez une balle ([figure 4.36](#)).

## Muscles sous-occipitaux

Les muscles *sous-occipitaux* se trouvent au niveau de l'*occiput*, la zone juste sous la base du crâne et dans le prolongement de la colonne vertébrale.

Les sous-occipitaux sont au nombre de quatre petits muscles par côté du cou, chacun orienté selon un angle différent, qui relient les deux premières vertèbres cervicales au crâne et l'une à l'autre ([figure 4.32](#)).

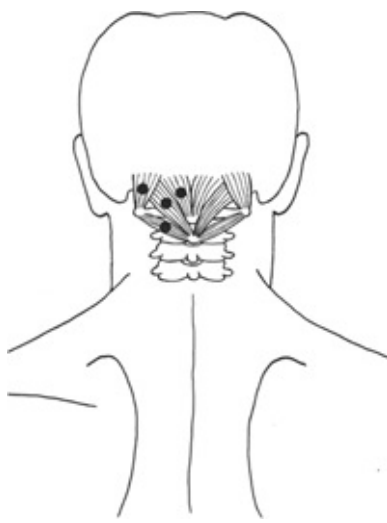


Figure 4.32 *Trigger points* des muscles sous-occipitaux

### Symptômes

Les *trigger points* des sous-occipitaux provoquent une douleur qui semble siéger à l'intérieur de la tête, de l'arrière de celle-ci aux yeux et au front (figure 4.33). Tout ce côté de la tête est alors douloureux. Cette sensation est typique de ce que l'on ressent en cas de migraine. Les trois sous-occipitaux supérieurs contrôlent de chaque côté du cou l'inclinaison de la tête. La présence de *trigger points* peut limiter ce mouvement et causer une raideur du cou. Le sous-occipital inférieur, ou *oblique inférieur de la tête*, relie les deux premières vertèbres, là où se passe l'essentiel de la rotation de la tête. Les *trigger points* de ce petit muscle restreignent la rotation et entraînent une vive douleur tout en haut de la partie latérale du cou lorsqu'on tourne la tête le plus loin possible. Ce muscle spécial se masse avec une grande efficacité en utilisant le bout des doigts.



Figure 4.33 Schéma de douleur référée des sous-occipitaux

### Causes

Les causes des *trigger points* dans la nuque sont, comme pour le trapèze et l'angulaire de l'omoplate, une utilisation excessive de ces muscles, une mauvaise posture ou une blessure. Le coup du lapin, la tête penchée vers l'avant, une tension psychique ou posturale comme le fait de tourner la tête pour lire un texte placé sur le côté ou d'être assis en plein courant d'air font partie des facteurs déclencheurs les plus fréquents de la présence de *trigger points* dans le cou.

## ***Conseils de massage***

Utilisez la même technique pour masser chacun des muscles de la nuque.

On peut masser debout ou assis, mais l'idéal est la position couchée qui permet la détente des muscles.

N'oubliez pas de vous relaxer et de respirer quand vous effectuez le massage.

Faites une pause de temps à autre pour reposer les bras et les mains. Apprenez comment soigner vos bras et vos mains pour leur éviter tout problème.

Les muscles sous-occipitaux peuvent se fatiguer rapidement si l'on tourne souvent la tête ou en cas de contraction prolongée. Une tension psychique entraîne leur contraction, ce qui explique parfois le lien entre des préoccupations et une migraine. Les *trigger points* du trapèze contribuent également à la survenue d'une migraine en créant des *trigger points* satellites dans les sous-occipitaux et les autres muscles de la nuque.

## **Conseils de palpation**

Les sous-occipitaux sont les muscles du cou les plus profonds. Les deux points supérieurs seront comprimés vers le haut, jusqu'à la base du crâne. Les quatre muscles sous-occipitaux de part et d'autre du cou fixent les deux premières vertèbres au crâne. Remarquez que les trois muscles extérieurs forment un triangle sur chaque côté du cou que l'on appelle «triangle sous-occipital». Au fond de cet espace se trouve une artère vertébrale fragile qui irrigue le cerveau et peut, en de rares occasions, être endommagée si l'on masse profondément. On risque alors un accident vasculaire-cérébral ou une autre complication. Afin d'éviter cette artère, suivez attentivement les consignes ci-dessous.

## **Traitement de tous les muscles de la nuque**

Avant tout, il est important de faire un rapide test de l'artère vertébrale afin de déterminer si vous pouvez masser la nuque sans risque. Ce test permet de voir si l'artère fonctionne normalement. Si ce n'est pas le cas, vous devriez ressentir des sensations d'étourdissement, de vertige, de nausée, de malaise et/ou un problème de vue. Commencez par vous asseoir confortablement sur une chaise avec des accoudoirs. Regardez le plafond puis, sans le quitter des yeux, tournez la plus possible la tête vers la droite. C'est comme essayer de regarder un point au plafond derrière soi. Tenez cette position trente secondes au maximum, mais arrêtez immédiatement en cas de survenue d'un des symptômes mentionnés. Si tout va bien sur la droite, répétez ce mouvement du côté gauche. Tenez là aussi jusqu'à trente secondes. Ne faites ni massage ni étirement du cou si vous ressentez le moindre problème et consultez alors dès que possible un médecin qui recherchera une éventuelle obstruction de l'artère vertébrale (Lowe, 2009).



Figure 4.34 N'utilisez pas d'appareil massant en profondeur comme une Thera Cane pour masser juste sous la base du crâne, car vous risquez alors une rupture de l'artère vertébrale. Lisez bien le texte pour suivre les consignes spécifiques.



Figure 4.35 N'utilisez pas d'appareil massant en profondeur comme un outil à bout arrondi de type Shemala Finger pour masser juste sous la base du crâne, car vous risquez alors une rupture de l'artère vertébrale. Lisez bien le texte pour suivre les consignes spécifiques.



Figure 4.36 Position des mains pour un massage de la nuque avec une balle. En utilisant les deux mains, faites des mouvements de va-et-vient vers le plan médian. Changez le sens des mains pour l'autre côté.

Si vous suivez ces instructions, vous pourrez masser sans risque la nuque en évitant d'appuyer sur l'artère vertébrale. Commencez par trouver avec les doigts le bas de l'arrière du crâne. Penchez légèrement la tête vers l'arrière pour sentir le plan médian de la base du crâne, là où le rachis s'attache à la tête. Explorez la nuque afin de trouver la première saillie osseuse à 3 cm ou moins de la base du crâne. C'est l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre. À présent, éloignez les doigts de 3 à 5 cm de l'apophyse vers un côté. L'artère vertébrale se trouve juste au-dessus de cet endroit (mais sous le crâne) sur chacun des deux côtés du cou. Elle est en profondeur sous le semi-épineux, dans un petit espace appelé «triangle sous-occipital». Vous ne sentirez pas le poulx ici, car il est trop profond.

Si vous tournez la tête du côté opposé et exercez une forte pression avec un appareil de type Thera Cane (figure 4.34) ou un outil de massage à bout arrondi ou Shemala Finger (figure 4.35), vous risquez d'endommager ces fragiles artères et de provoquer un accident vasculaire-cérébral. Une règle simple pour tout massage du cou est d'utiliser un instrument suffisamment large comme une balle de tennis ou à haut rebond de 60 mm (figure 4.36) qui permet d'exercer une pression sur la totalité de la nuque à 3 cm sous le crâne. Pour masser la partie inférieure de la nuque, vous pouvez utiliser une balle ou les doigts, comme dans les figures 4.37 et 4.38.



Figure 4.37 Posez la première main pour masser le côté opposé de la nuque avec les doigts



Figure 4.38 Posez la seconde main pour masser la nuque avec les doigts. Faites des mouvements de va-et-vient vers le rachis. Changez le sens des mains afin de masser l'autre côté. Cette technique se pratique également allongé.

## Muscles de la mâchoire, de la face et de la tête

S'il existe un grand nombre de muscles dans la mâchoire, la face et la tête, un automassage vise essentiellement les deux muscles masticateurs, les temporaux et les masséters. La présence de *trigger points* dans ces muscles, et celle dans les trapèzes et les sterno-cléido-mastoïdiens, est responsable de la plupart des douleurs dans la mâchoire, la face et la tête, y compris la tristement célèbre douleur de l'articulation temporo-maxillaire. Les *trigger points* dans les autres muscles de la mâchoire, de la face et de la tête existent généralement sous forme satellite de *trigger points* primaires dans ces quatre muscles. Les symptômes liés à des muscles plus petits peuvent disparaître spontanément lorsque les *trigger points* primaires sont désactivés.

Les *trigger points* dans les muscles de la mâchoire résultent de toutes sortes de causes, dont la mastication de chewing-gum, les caries dentaires, les abcès et le fait de grincer des dents la nuit. Des soins chez un dentiste aboutissent souvent à l'apparition de *trigger points* dans les muscles de la mâchoire froissés ou épuisés. Une tension psychique, une respiration par la bouche et une posture tête vers l'avant sont elles aussi à l'origine de *trigger points* dans les muscles de la mâchoire par excès de tensions au quotidien. Les *trigger points* dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et les trapèzes sont induits par un coup du lapin ou une chute. D'autres types de tension physique tendent à favoriser

les *trigger points* dans les muscles de la mâchoire, de la face et de la tête (Simons, Travell et Simons, 1999; Hong, 1994).

## Muscles temporaux

Les temporaux sont de grands muscles aplatis qui couvrent chaque tempe au-dessus et devant l'oreille ([figure 4.39](#)). L'insertion du temporal sur l'apophyse coronoïde de l'os de la mâchoire inférieure lui permet d'aider le masséter à ramener les mâchoires l'une contre l'autre. Comme le masséter, le temporal est un muscle masticateur.

Les *trigger points* dans les temporaux contribuent à l'apparition de céphalées au front et sur les côtés de la tête. Bien que cela soit rarement soupçonné, ils sont également une cause très fréquente de douleur et d'hypersensibilité aux dents du haut, et de douleur et d'inflammation aux gencives du haut. Il se peut aussi que vos dents souffrent plus du chaud et du froid que d'une douleur. Une douleur diffuse dans les dents ou la mâchoire du haut, lorsque vous mâchez ou mordez, vient probablement des muscles temporaux. Enfin, vos dents peuvent donner l'impression d'être mal positionnées.

Des *trigger points* dans les muscles masséters et sterno-cléido-mastoïdiens favorisent d'autres *trigger points* dans les temporaux, qu'ils peuvent rapidement réactiver après vous être donné la peine de les faire disparaître. Massez les temporaux à l'aide des doigts ([figure 4.40](#)). Sur l'illustration, remarquez que le poids de la tête accentue la pression.

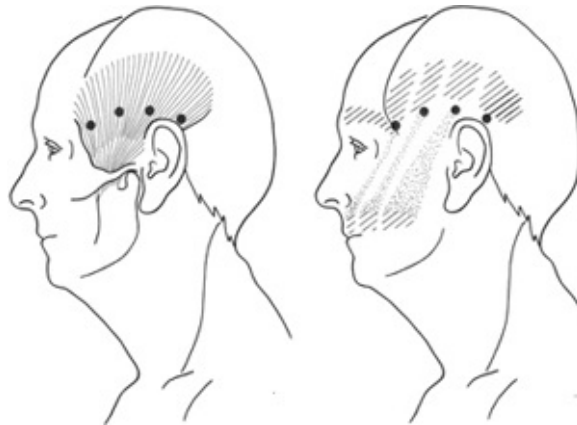


Figure 4.39 *Trigger points* du temporal et schéma de douleur référée



Figure 4.40 Massage du temporal et du masséter avec les doigts



# Masséters

Les muscles *masséters* sont les puissants muscles de la mâchoire (maxillaire inférieur). Ils servent surtout à mordre et à mâcher. Dans un miroir, vous pouvez voir les masséters qui se contractent devant les lobes de vos oreilles lorsque vous serrez les dents. «Masséter» vient du grec *masêtêr* qui signifie «masticateur». Une douleur provenant des *trigger points* des masséters peut même induire en erreur un spécialiste.

*Marie est une dentiste de 29 ans qui ne comprend pas pourquoi certains de ses patients se plaignent d'avoir mal aux dents alors qu'elle ne trouve aucun problème. Elle-même souffre des mâchoires et des dents, pourtant parfaitement saines. Elle soupçonne que la cause de la douleur est myofasciale, mais ne se sent pas compétente pour le diagnostiquer ou le traiter. Lors de ses études, elle a entendu parler des trigger points, mais ne s'est pas attardée sur le sujet. Les céphalées chroniques et la douleur au cou dont elle souffre depuis la faculté de chirurgie dentaire, parce qu'elle doit rester penchée tout la journée sur la bouche de ses patients, constituent un indice de son trouble. Les efforts qu'elle fournit dans le cadre de son travail ont provoqué des trigger points dans ses muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui, par voie de conséquence, entraînent des trigger points secondaires dans ses muscles masséters. Ses maux de tête résultent des sterno-cléido-mastoïdiens et la douleur dans ses mâchoires et ses dents des masséters.*

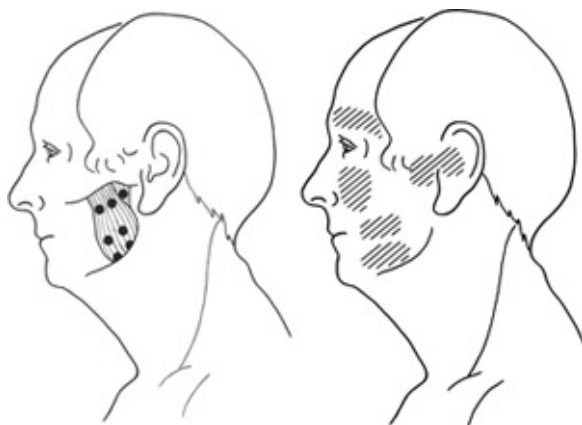


Figure 4.41 *Trigger points* du masséter et schéma de douleur référée

Les *trigger points* dans les muscles masséters provoquent des douleurs en plusieurs endroits ([figure 4.41](#)). Le *trigger point* situé dans la couche musculaire profonde juste devant l'oreille est particulièrement important comme cause de douleur dans l'articulation temporo-maxillaire. Les *trigger points* des masséters peuvent également accroître la tension musculaire au point de restreindre l'ouverture de la mâchoire. Cette contraction favorise celle du mécanisme vocal. Des chanteurs ont déclaré qu'ils atteignaient plus facilement les notes aiguës après avoir massé les masséters et les autres muscles de la mâchoire. Ceux qui utilisent leur voix pour travailler tireront profit du massage des muscles de la mâchoire, de la bouche et de la gorge.

## Conseils de massage

Massez l'intérieur du masséter en mettant le pouce dans la bouche et en le pinçant contre les autres doigts.

Pour cette technique, on peut laisser les dents réunies.

Serrez les dents pour sentir le masséter se contracter dans la bouche, puis relâchez-le en vue du massage. Vous pouvez masser sur toute la joue, mais assurez-vous de savoir où commence et où finit le masséter.

Vous vous sentirez un peu stupide si l'on vous voit faire ce massage avant d'entrer chez le dentiste, mais bien mieux après coup!

Les trigger points du masséter causent des douleurs dans les dents du haut et du bas. Ils sont également une source fréquente d'hypersensibilité dentaire au chaud, au froid et au toucher. Une mauvaise interprétation de ces symptômes peut aboutir à des soins dentaires inutiles, dont des extractions de dents.

Les trigger points des muscles masséters induisent également une douleur dans la région du nez, sous les yeux et au-dessus des sourcils, des symptômes souvent confondus avec une sinusite en raison de l'écoulement possible. Si aucun spécialiste ne parvient à vous guérir de votre douleur aux sinus, la solution réside peut-être dans le massage des trigger points des masséters.

Des poches sous les yeux résultent parfois de la présence de trigger points dans les masséters, tout comme une douleur profonde dans l'oreille accompagnée de l'impression d'étouffer ou d'entendre de faibles rugissements. Ils sont souvent responsables de vives démangeaisons à l'intérieur de l'oreille quasi impossibles à atteindre. Le trigger point juste devant le lobe de l'oreille pourrait être celui à l'origine du prurit. On trouve des trigger points pratiquement partout dans le masséter, de l'os de la joue au bord inférieur de la mâchoire.

Masser le masséter avec les doigts, de l'extérieur de la bouche, est une bonne thérapie. Toutefois, pour une meilleure efficacité, il faut mettre le pouce dans la bouche et pétrir le muscle entre le pouce et les autres doigts ([figure 4.42](#)). Le masséter est perçu comme très ferme, épais et caoutchouteux. Si vous massez le bon endroit, vous sentirez le bout du pouce qui touche l'apophyse coronoïde, ce bout d'os fin au bord pointu qui fait saillie près de l'arrière de l'os de la mâchoire. Recherchez tous les nœuds sensibles de l'os de la pommette au bas de la mâchoire. Massez-les chaque jour jusqu'à ce que le muscle ne soit plus douloureux. Étant donné qu'un massage trop agressif risquerait de vous irriter, il convient de suivre les consignes de traitement qui figurent au [chapitre 3](#) et débiter en douceur.



Figure 4.42 Massage du masséter avec le pouce (dans la bouche) et les autres doigts

Si vous arrêtez de mâcher du chewing-gum, vous ferez un grand pas vers la prévention des

problèmes causés par les muscles de la mâchoire. En outre, évitez de vous ronger les ongles, de croquer de la glace et d'ouvrir quoi que ce soit avec les dents. Trouvez la solution pour arrêter de grincer des dents la nuit. Entraînez-vous à ne pas serrer les dents quand vous êtes tendu et sous pression. Pour en apprendre plus sur le moyen de réduire votre tension musculaire, reportez-vous au [chapitre 12](#).

## Muscles ptérygoïdiens

Les muscles ptérygoïdiens sont bien cachés par l'os de la mâchoire inférieure, ce qui est bien dommage car leurs *trigger points* sont une cause fréquente de douleur dans les articulations temporo-maxillaires. Le mot «ptérygoïdien» vient du grec pterugoeidês qui signifie «en forme d'aile», un reflet de la forme de ce muscle. Ce mot a la même racine que «ptérodactyle», un dinosaure muni d'ailes.

La présence de *trigger points* dans le muscle *ptérygoïdien médial* provoque une douleur dans l'articulation temporo-maxillaire et dans l'oreille qui augmente quand vous mordez dans quelque chose ([figure 4.43](#)). Elle peut également induire une douleur à l'arrière de la bouche, dans la voûte palatine et la langue, et faire mal quand vous avalez. Les *trigger points* du ptérygoïdien médial rendent difficile l'ouverture en grand de la bouche. Une gêne dans l'oreille survient parfois à cause d'un ptérygoïdien médial noué qui empêche alors l'ouverture de la trompe d'Eustache (dans l'oreille moyenne). Cela résulterait des effets de ces *trigger points* sur le muscle tenseur du voile du palais et sur le muscle salpingo-pharyngien situé à l'arrière de la gorge, des muscles qui exercent un contrôle plus direct sur la trompe d'Eustache. Fixé au maxillaire supérieur (la mâchoire du haut) à l'extérieur et à l'intérieur de la bouche (non montré), le muscle ptérygoïdien médial contribue à fermer la mâchoire. Ses problèmes sont par conséquent fortement associés à ceux du masséter (Simons, Travell et Simons, 1999; Bell, 1969).

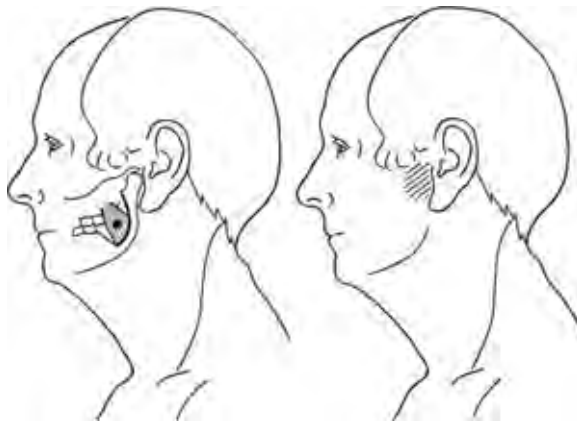


Figure 4.43 *Trigger point* du ptérygoïdien médial et schéma de douleur référée (afin de montrer ce muscle, l'os de la mâchoire n'est pas représenté)



Figure 4.44 Massage du ptérygoïdien médial avec le pouce (évitez d'appuyer sur le cou)

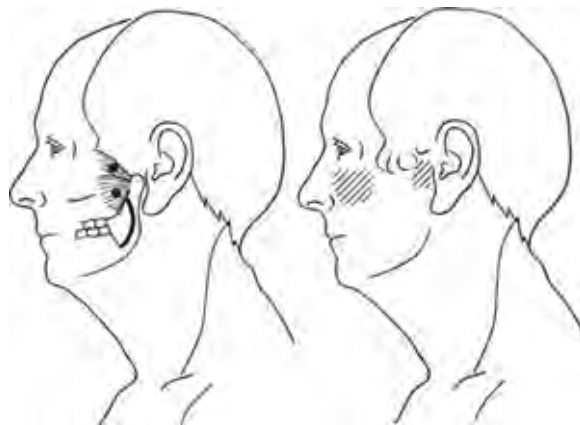


Figure 4.45 *Trigger points* du ptérygoïdien latéral et schéma de douleur référée

On peut masser le ptérygoïdien médial en appuyant vers le haut, avec le pouce, contre le bord interne de l'arrière de la mâchoire inférieure (figure 4.44). Trouvez l'angle de cette mâchoire en regardant dans un miroir. Placez le pouce à 3 cm devant ce repère osseux et appuyez vers le haut et l'extérieur contre l'intérieur de l'os de la mâchoire. Évitez le cou et l'artère carotide qui s'y trouve. Serrez les mâchoires pour sentir la contraction du ptérygoïdien médial sur la mâchoire inférieure. Ce point peut être particulièrement douloureux. Comme pour les masséters, le massage des ptérygoïdiens risque de vous irriter. Vous devez donc débiter en douceur.

L'autre muscle ptérygoïdien, le ptérygoïdien latéral, est la source numéro un d'une douleur myofasciale et d'un syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-maxillaire (figure 4.45). Une tension générée par un *trigger point* permanent dans les ptérygoïdiens latéraux a tendance à tirer la mâchoire inférieure vers l'avant et à désarticuler, ou à déboîter partiellement, l'articulation. Un bruit sec ou des cliquetis dans la mâchoire résultent de ce problème et du déplacement du *ménisque articulaire*, le disque articulaire qui sépare l'os de la mâchoire du crâne et permet les mouvements dans l'articulation. Comme pour le masséter, la présence de *trigger points* dans le ptérygoïdien latéral est source d'une douleur dans la joue semblable à celle d'une douleur aux sinus et peut stimuler les sécrétions des sinus. De nombreuses crises soi-disant causées par les sinus ne sont que la conséquence de *trigger points* dans le ptérygoïdien latéral.

La fonction des muscles ptérygoïdiens latéraux est d'aider les muscles digastriques à ouvrir la mâchoire et à avancer la mâchoire inférieure. Lorsqu'un seul côté de ces muscles se contracte, cela entraîne une déviation latérale de la mâchoire du côté opposé. Un *trouble de l'occlusion dentaire*, lorsque les dents du haut et du bas ne sont pas en vis-à-vis, peut survenir s'il existe des *trigger points*

dans ces muscles. Des *trigger points* apparaissent dans les ptérygoïdiens latéraux lorsque vous avez du mal à respirer par le nez et devez garder la bouche ouverte. Les *trigger points* satellites présents sur le visage à cause des ptérygoïdiens latéraux sont la principale cause de douleur faciale lors d'une allergie. Des soins dentaires importants qui créent une tension dans les muscles de la mâchoire en vous obligeant à garder longtemps la bouche ouverte peuvent être une cause insoupçonnée de douleur chronique durable au visage et dans les mâchoires. Les *trigger points* dans les muscles masséters et temporaux provoquent parfois l'apparition de *trigger points* dans les ptérygoïdiens latéraux qui sont obligés de travailler davantage pour permettre l'ouverture de la bouche.

Pour en savoir plus sur les moyens de soulager une céphalée ou une douleur à la bouche ou à la mâchoire, consultez *The Myofree Solution: The Missing Piece in the TMJ Puzzle* qui figure dans la Bibliographie.

Travell et Simons voient un lien entre les acouphènes (des sifflements ou des bourdonnements dans les oreilles) et les *trigger points* dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, masséters et ptérygoïdiens latéraux. Le muscle clé pourrait être le *ptérygoïdien latéral* qui est bien caché derrière l'os de la mâchoire. Pourtant, il n'est pas difficile de masser ce muscle.

Massez à l'intérieur de la bouche le ptérygoïdien latéral avec l'index de la main du même côté ([figure 4.46](#)). Le bout du doigt doit chercher la profonde poche au-dessus des gencives, à l'arrière des molaires du haut — cet endroit où se logent des aliments. Cette poche a environ la taille du bout de l'index. Enfoncez le plus possible le doigt puis appuyez vers le haut et l'avant en direction du nez en faisant de minuscules mouvements de va-et-vient. La pression s'exerce en direction du sommet de la tête. Si des *trigger points* sont présents, la douleur peut être intense. Allez-y en douceur. Rome ne s'est pas faite en un jour et il vous faudra du temps pour désactiver ces petits points. Vous ne pourrez faire ce massage que si l'ongle est très court.



Figure 4.46 Massage du ptérygoïdien latéral avec l'index dans la bouche

Après avoir massé les muscles masséters et temporaux, commencez par regarder dans un miroir pour trouver l'entrée de l'oreille. Posez l'index sur la joue juste devant le conduit auditif. Ouvrez la bouche afin de sentir le condyle de la mâchoire supérieure (l'extrémité articulaire arrondie de l'os de la mâchoire qui relie celle-ci au crâne) bouger vers l'avant en créant un creux juste devant l'oreille.

Attention, car ce n'est pas là où se trouve le *trigger point*. Déplacez le doigt de 3 cm vers le nez pour trouver un renforcement très profond où se trouve le ptérygoïdien latéral dans sa partie la plus reculée. Une fois ce lieu localisé, maintenez la bouche grande ouverte d'environ deux ou trois doigts de large à l'aide d'un gobelet en polystyrène ou en carton, ou d'une pomme ([figure 4.47](#)). Cela détendra le masséter et favorisera un massage profond du ptérygoïdien latéral. Avec l'index, appuyez légèrement vers le haut de la tête et, à l'avant, vers le nez pour effectuer de minuscules demi-cercles. Vous pouvez utiliser un outil de massage à bout arrondi comme un Shemala Finger ou la gomme d'un crayon pour accentuer la pression. Vous vous sentirez peut-être ridicule, mais bien mieux après coup. Si les *trigger points* de part et d'autre de la mâchoire sont nettement moins douloureux, étirez le ptérygoïdien latéral en poussant la mâchoire vers l'arrière (appuyez sous les incisives du bas) en direction des oreilles. Il faut que la bouche soit détendue et les dents légèrement écartées.



Figure 4.47 Massage du ptérygoïdien latéral de l'extérieur, la bouche ouverte à l'aide d'un objet

## *Muscles digastriques et mylo-hyoïdiens*

Les *trigger points* dans le muscle digastrique se trouvent sous le menton, derrière et sous l'angle de la mâchoire, immédiatement devant le haut du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le terme «digastrique» vient des mots grecs di- «deux» et gastêr, gastros «ventre» qui signifie «deux ventres». Le trigger point du ventre ou faisceau postérieur du digastrique, juste derrière l'angle de la mâchoire, entraîne une douleur à l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien et de l'os mastoïde ([figure 4.48](#)). Le trigger point du ventre ou faisceau antérieur, sous le menton, cause lui une douleur et l'hypersensibilité des incisives du bas. Les muscles mylo-hyoïdiens, eux aussi sous le menton, concernent une douleur dans la langue (non montré). Les *trigger points* du digastrique et du mylo-hyoïdien sont également l'une des nombreuses causes de douleur lors de la déglutition. La sensibilité du *trigger point* sous le menton est souvent confondue avec des ganglions lymphatiques enflés, d'autant qu'on trouve des ganglions dans toute cette région du cou. Lisez au [chapitre 3](#) la section «Contre-indications» pour de plus amples informations sur les ganglions lymphatiques (page 37). La fonction des muscles digastriques étant d'ouvrir la bouche, une respiration habituelle par la bouche y favorise la survenue de *trigger points*. De plus, les maux dont souffrent les personnes allergiques sont souvent aggravés par les effets des *trigger points* dans les muscles digastriques et ptérygoïdiens latéraux. Ayant des difficultés à respirer par le nez, elles doivent en effet contracter ces muscles pour maintenir la bouche ouverte.



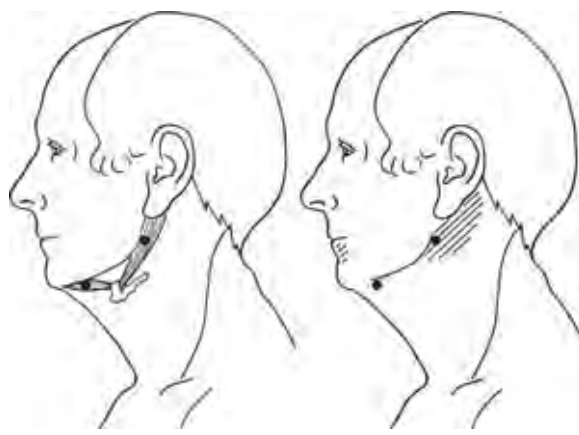


Figure 4.48 *Trigger points* du digastrique et schéma de douleur référée. La douleur montrée sous la lèvre inférieure est en fait perçue dans les dents du bas



Figure 4.49 Massage en douceur du ventre postérieur du digastrique avec le bout des doigts



Figure 4.50 Massage du ventre antérieur du digastrique avec le bout des doigts (utilisez la main ou le pouce du même côté en évitant le pouls)

Les soins dentaires entraînent parfois l'apparition de *trigger points* dans les digastriques et les ptérygoïdiens latéraux, car la bouche doit rester longtemps ouverte. Un excès de tension dans ces muscles peut solliciter outre mesure les muscles masséters et temporaux rien que pour fermer la bouche. Il arrive que la mâchoire s'avance en raison de la présence de *trigger points* dans ces muscles, conséquence d'un trouble de l'occlusion (dents mal implantées). Massez le ventre postérieur du digastrique entre l'angle de la mâchoire et l'oreille ([figure 4.49](#)). Allez-y en douceur, car il y a juste derrière un minuscule os fragile appelé apophyse styloïde. Pour masser le ventre antérieur du



digastrique, appuyez avec le pouce ou les autres doigts de la main du même côté sous la mâchoire vers l'os, à environ 3 cm de l'arrière du menton ([figure 4.50](#)). Évitez les artères carotides tout près sur le cou. Utilisez le bout des doigts dans la région molle sous le menton pour masser les muscles mylo-hyoïdiens. Le massage des muscles sous le menton peut contribuer à libérer une gorge nouée et à rendre la voix plus sonore.

## *Buccinateurs*

Chaque *buccinateur* est un muscle de la joue situé entre le masséter et la bouche. Il tire les commissures des lèvres vers l'arrière pour certaines expressions du visage. Il facilite également la mastication des aliments dans la bouche et resserre les joues lorsqu'on souffle.

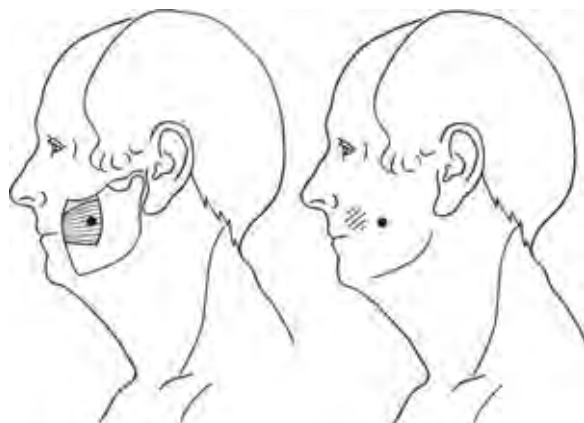


Figure 4.51 Trigger point du buccinateur et schéma de douleur référée

Les *trigger points* du buccinateur entraînent une douleur dans la gencive supérieure pouvant être confondue avec une carie ou un abcès dentaire ([figure 4.51](#)). Ils irradient également pendant la mastication et la déglutition (Simons, Travell et Simons, 1999; Curl, 1989). Massez le buccinateur entre le pouce (dans la bouche) et les autres doigts de la même manière que le massage des muscles masséters ([figure 4.42](#)).

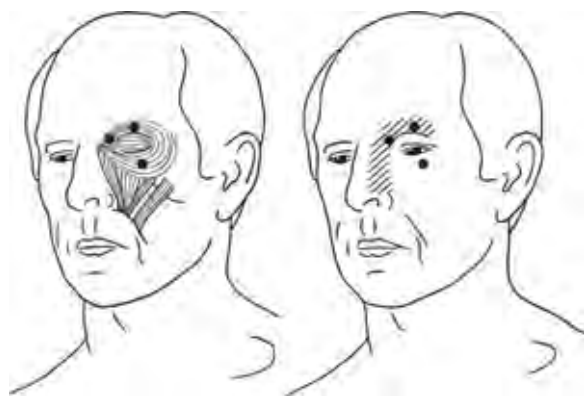


Figure 4.52 *Trigger points* de l'orbiculaire de l'oeil et schéma de douleur référée

## *Orbiculaires de l'œil*

Chaque *buccinateur* est un muscle de la joue situé entre le masséter et la bouche. Il tire les commissures des lèvres vers l'arrière pour certaines expressions du visage. Il facilite également la mastication des aliments et resserre les joues lorsqu'on souffle.

Les *trigger points* du buccinateur entraînent une douleur dans la gencive supérieure pouvant être confondue avec une carie ou un abcès dentaire (figure 4.51). Ils irradient également pendant la mastication et la déglutition (Simons, Travell et Simons, 1999; Curl, 1989). Massez le buccinateur entre le pouce (dans la bouche) et les autres doigts de la même manière que le massage des muscles masséters (figure 4.42).

## *Muscles zygomatiques et releveurs naso-labiaux*

Le *zygomatique* et le *releveur naso-labial* sont des muscles de la joue situés entre le buccinateur et le nez. Ils se fixent sur l'os de la pommette et sur le bord de la cavité orbitaire de l'œil. Ces petits muscles sont avant tout des muscles de l'expression faciale qui tirent la lèvre supérieure vers le haut et l'arrière.

La présence de *trigger points* dans les zygomatiques et les releveurs naso-labiaux entraîne une douleur au visage sous les yeux, le long des côtés du nez et au-dessus de la racine du nez jusqu'au front (figure 4.53). Ils peuvent provoquer des symptômes d'allergie tels que nez qui coule, éternuements et démangeaison des yeux, et jouer un rôle majeur dans une douleur aux sinus ou une céphalée de tension. Massez avec le bout des doigts toute la région sous les yeux jusqu'à la lèvre supérieure en effectuant de profonds petits mouvements de va-et-vient (figure 4.54). Pétrissez la région juste sous la pommette entre le pouce et les autres doigts (figure 4.55).

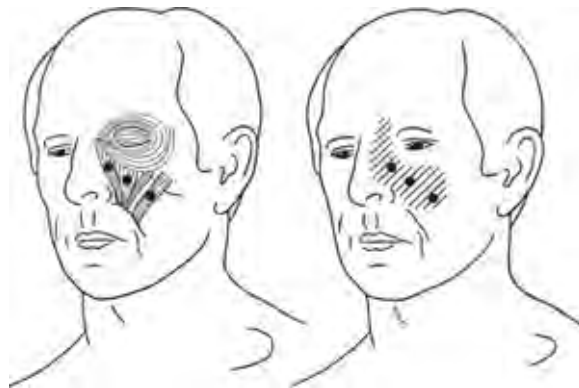


Figure 4.53 *Trigger points* du zygomatique et du releveur naso-labial, et schéma de douleur référée



Figure 4.54 Massage du zygomatique et du releveur naso-labial avec le bout des doigts



Figure 4.55 Pétrissage du zygomatique entre le pouce et les autres doigts

## Muscles de la gorge

Les *peauciers du cou* sont deux muscles très minces et larges, situés juste sous la peau, qui recouvrent toute la région de la gorge, du menton aux clavicules (non illustré). Les *trigger points* du peaucier du cou causent parfois une sensation de picotements dans la partie inférieure des joues, le menton, la gorge et le haut de la poitrine (non montré). Des *trigger points* dans les muscles scalènes et sterno-cléido-mastoïdiens activent la survenue de *trigger points* dans le peaucier du cou. Ces derniers peuvent également résulter d'un excès de sollicitation du peaucier du cou par exagération au quotidien de certaines expressions faciales. Massez toute la région de la gorge en pétrissant avec le pouce et les autres doigts.

Les muscles *longs du cou* se trouvent le long de la trachée, de part et d'autre. Ils se fixent sur le côté antérieur des vertèbres cervicales. La présence de *trigger points* résulterait d'un mal de gorge rendant douloureux le fait de parler ou de chanter. L'artère carotide recouvre ce muscle. Il vaut mieux s'adresser à un thérapeute spécialisé pour traiter cette zone fragile du cou. Des *trigger points* dans ces muscles et ceux de l'avant du cou peuvent résulter d'un accident de type coup du lapin. De nombreux thérapeutes neuromusculaires qualifiés apprennent une technique spécifique pour traiter cette région du corps.

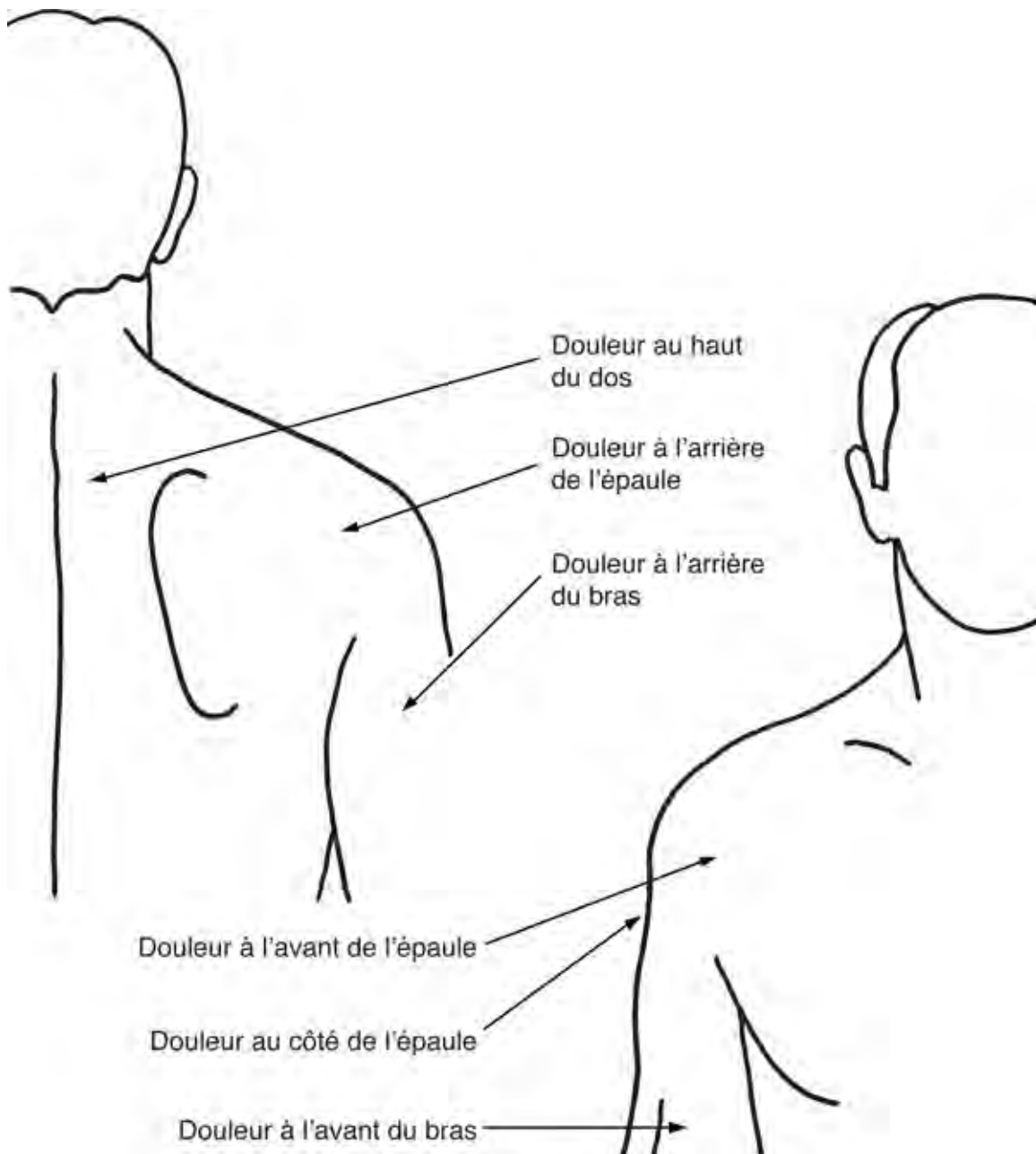
## Muscle sous le cuir chevelu

Un muscle fin et large avec deux ventres ou faisceaux couvre l'avant, le dessus et l'arrière de la tête. Le faisceau antérieur de ce muscle, appelé frontal, et le faisceau postérieur, appelé occipital forment le muscle occipito-frontal. Des *trigger points* dans la portion frontale induisent une douleur dans la portion frontale (non montré) et des *trigger points* dans la portion occipitale provoquent une douleur sur le côté et l'arrière de la tête, et au travers de la tête jusqu'aux yeux (non montré).

L'occipital permet aux oreilles de bouger. Il établit également une base pour la contraction du frontal qui permet le haussement des sourcils accompagné de rides sur le front. Un état d'anxiété et d'excitation sollicite ce muscle de manière excessive. On peut l'épuiser en contractant trop souvent le visage, dont le front, lorsqu'on est captivé par quelque chose. Massez le muscle occipito-frontal avec le bout des doigts (non montré).

## Chapitre 5

### Douleur à l'épaule, en haut du dos et au bras



# Guide des douleurs

## Épaule, haut du dos et bras

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Haut du dos

- scalène (p. [96](#))
- angulaire de l'omoplate (p. [72](#))
- trapèze (p. [66](#))
- rhomboïde (p. [104](#))
- grand dorsal (p. [117](#))
- spinaux profonds (p. [192](#))
- spinaux superficiels (p. [195](#))
- petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))
- sous-épineux (p. [109](#))
- grand dentelé (p. [169](#))
- splénus du cou (p. [75](#))
- sus-épineux (p. [108](#))
- transversaire épineux et rotateur (p. [78](#))

### Arrière de l'épaule

- deltoïde postérieur** (p. [115](#))
- angulaire de l'omoplate** (p. [72](#))
- scalène (p. [96](#))
- sus-épineux** (p. [108](#))
- grand rond** (p. [117](#))
- petit rond** (p. [112](#))
- sous-scapulaire** (p. [113](#))
- petit dentelé postérieur et supérieur** (p. [105](#))
- grand dorsal (p. [117](#))
- triceps brachial** (p. [121](#))
- trapèze** (p. [66](#))
- spinaux superficiels (p. [195](#))

# Arrière du bras

**scalène** (p. [96](#))

**triceps brachial** (p. [121](#))

**deltoïde postérieur** (p. [115](#))

**sous-scapulaire** (p. [113](#))

**sus-épineux** (p. [108](#))

**grand rond** (p. [117](#))

**petit rond** (p. [112](#))

**grand dorsal** (p. [117](#))

**petit dentelé postérieur et supérieur** (p. [105](#))

**coraco-brachial** (p. [118](#))

# Avant de l'épaule

**sous-épineux** (p. [109](#))

**deltoïde antérieur** (p. [115](#))

**scalène** (p. [96](#))

**sus-épineux** (p. [108](#))

**grand pectoral** (p. [163](#))

**petit pectoral** (p. [167](#))

**biceps brachial** (p. [120](#))

**coraco-brachial** (p. [118](#))

**grand dorsal** (p. [117](#))

**sous-clavier** (p. [166](#))

# Côté de l'épaule

**sous-épineux** (p. [109](#))

**scalène** (p. [96](#))

**deltoïde moyen** (p. [115](#))

**sus-épineux** (p. [108](#))

# Avant du bras

**scalène** (p. [96](#))

**sous-épineux** (p. [109](#))

**biceps brachial** (p. [120](#))

**brachial antérieur** (p. [130](#))

**triceps brachial** (p. [121](#))

**sus-épineux** (p. [108](#))

deltoïde antérieur (p. [115](#))

**sous-clavier** (p. [166](#))



# Guide des autres symptômes

## Épaule, haut du dos et bras

### Amplitude limitée de mouvement des bras

#### Abduction (mouvement vers l'extérieur)

- deltoïde (p. [115](#))
- sous-scapulaire (p. [113](#))
- grand pectoral (p. [163](#))
- petit pectoral (p. [167](#))
- grand rond (p. [117](#))
- triceps brachial (p. [121](#))
- sus-épineux (p. [108](#))

#### Adduction (mouvement vers le corps)

- sous-épineux (p. [109](#))
- sus-épineux (p. [108](#))

#### Extension du bras

- deltoïde (p. [115](#))
- sous-épineux (p. [109](#))
- petit pectoral (p. [167](#))
- sus-épineux (p. [108](#))
- biceps brachial (p. [120](#))

#### Rotation externe (latérale)

- sous-scapulaire (p. [113](#))
- sous-épineux (p. [109](#))
- grand pectoral (p. [163](#))
- petit pectoral (p. [167](#))

#### Flexion du bras

- deltoïde (p. [115](#))
- petit pectoral (p. [167](#))
- sus-épineux (p. [108](#))
- sous-épineux (p. [109](#))
- biceps brachial (p. [120](#))
- grand rond (p. [117](#))
- grand dorsal (p. [117](#))
- petit pectoral (p. [167](#))

## **Rotation interne (médiale)**

sous-épineux (p. [109](#))

petit rond (p. [112](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

## **Rotation vers le haut (abduction du bras de 90 degrés jusqu'au-dessus de la tête)**

sus-épineux (p. [108](#))

deltoïde (p. [115](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

grand dentelé (p. [169](#))

coraco-brachial (p. [118](#))

biceps brachial (p. [120](#))

## **Bursite (inflammation de la bourse séreuse d'une articulation)**

scalène (p. [96](#))

sus-épineux (p. [108](#))

grand rond (p. [117](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

deltoïde (p. [115](#))

biceps brachial (p. [120](#))

grand dorsal (p. [117](#))

grand pectoral (p. [163](#))

## **Crépitation (bruit en cas de mouvement)**

### **Dos**

rhomboïde (p. [104](#))

### **Épaule**

sus-épineux (p. [108](#))

biceps brachial (p. [120](#))

## **Douleur ou raideur lors de mouvements**

### **En respirant**

petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

grand dentelé (p. [169](#))

scalène (p. [96](#))

petit pectoral (p. [167](#))

grand dorsal (p. [117](#))

### **En conduisant sans direction assistée**

grand rond (p. [117](#))

### **En levant le bras par le côté**

sus-épineux (p. [108](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

deltoïde (p. [115](#))

### **En touchant son dos au niveau de l'épaule**

rhomboïde (p. [104](#))

petit pectoral (p. [167](#))

### **En prenant quelque chose derrière soi**

sus-épineux (p. [108](#))

sous-épineux (p. [109](#))

petit pectoral (p. [167](#))

coraco-brachial (p. [118](#))

### **En prenant quelque chose en bas devant soi**

rhomboïde (p. [104](#))

### **En prenant quelque chose en hauteur derrière soi**

grand rond (p. [117](#))

### **En prenant quelque chose en hauteur devant soi**

grand dorsal (p. [117](#))

grand rond (p. [117](#))

sus-épineux (p. [108](#))

petit pectoral (p. [167](#))

### **En posant le coude sur un bureau**

grand rond (p. [117](#))

### **En dormant sur le côté**

sus-épineux (p. [109](#))

grand dorsal (p. [117](#))

### **En tournant le bras paume vers le ciel**

sous-scapulaire (p. [113](#))

## **Épaule bloquée (capsulite rétractile)**

sous-scapulaire (p. [113](#))

sous-épineux (p. [109](#))

sus-épineux (p. [108](#))

grand pectoral (p. [163](#))

grand dentelé (p. [169](#))

grand dorsal (p. [117](#))

rhomboïde (p. [104](#))

deltoïde (p. [115](#))

## **Faiblesse**

### **Épaule**

deltoïde (p. [115](#))

sous-épineux (p. [109](#))

### **Bras**

biceps brachial (p. [120](#))

scalène (p. [96](#))

## **Hypersensibilité (de l'épaule)**

sous-épineux (p. [109](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

biceps brachial (p. [120](#))

## **Impatience musculaire (mouvements involontaires)**

scalène (p. [96](#))

## **Lésion par compression du nerf musculo-cutané**

coraco-brachial (p. [118](#))

## **Syndrome d'empiètement de l'épaule**

sus-épineux (p. [108](#))

deltoïde antérieur (p. [115](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

biceps brachial (p. [120](#))

## **Syndrome du scalène antérieur**

scalène (p. [96](#))

petit pectoral (p. [167](#))

sous-clavier (p. [166](#))

### **Pseudo-syndrome du scalène antérieur**

grand pectoral (p. [163](#))

grand dorsal (p. [117](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

grand rond (p. [117](#))

# Tendinite ou arthropathie

sus-épineux (p. [108](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

deltoïde (p. [115](#))

biceps brachial (p. [120](#))

sous-épineux (p. [109](#))

grand rond (p. [117](#))

grand pectoral (p. [163](#))

# Guide illustré des trigger points

## Épaule, haut du dos et bras

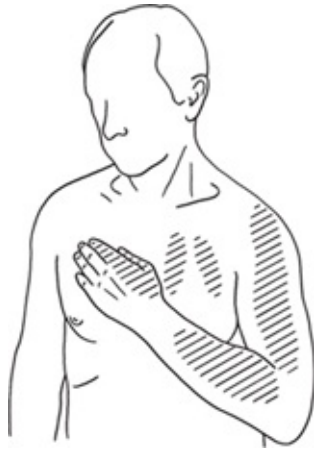


Schéma de douleur référée du scalène, vue de face (p. [97](#))

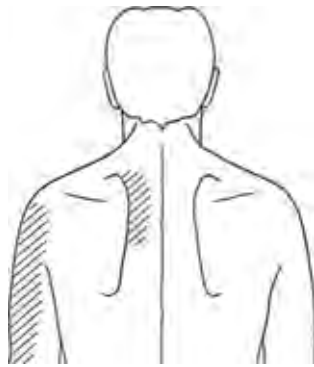
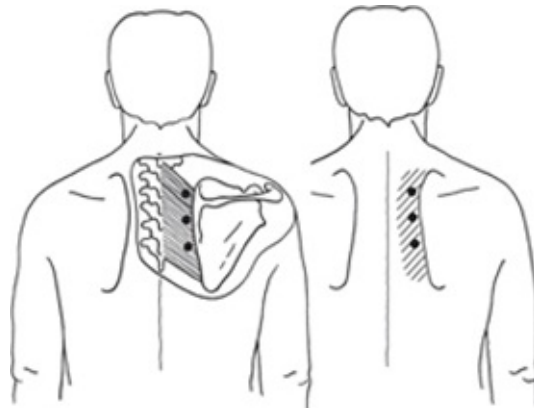


Schéma de douleur référée du scalène, vue de dos (p. [97](#))



*Trigger points* du rhomboïde et schéma de douleur référée (p. [104](#))

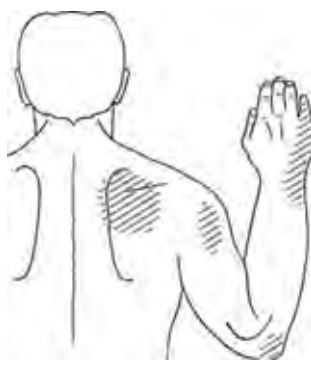
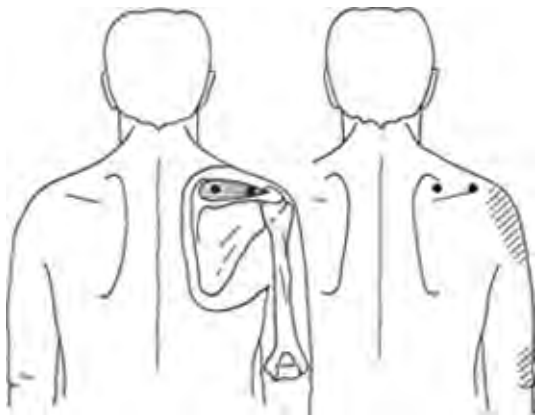


Schéma de douleur référée du petit dentelé postérieur et supérieur (p. 106)



Trigger points du sus-épineux et schéma de douleur référée (p. 108)

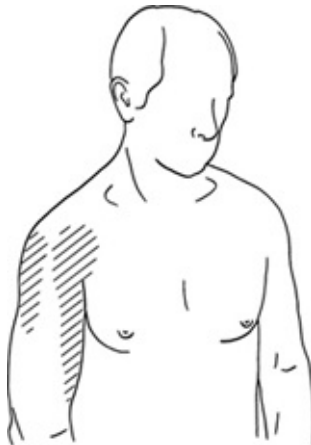
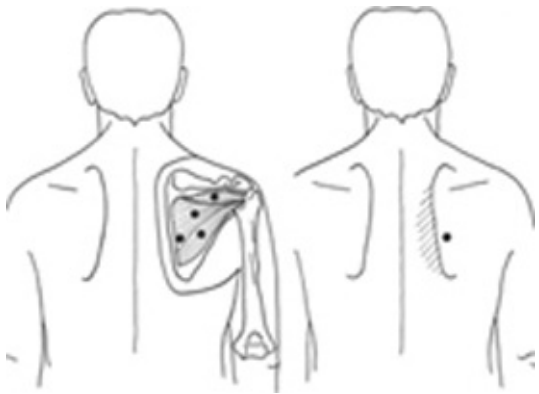


Schéma de douleur référée du sous-épineux (p. 110)

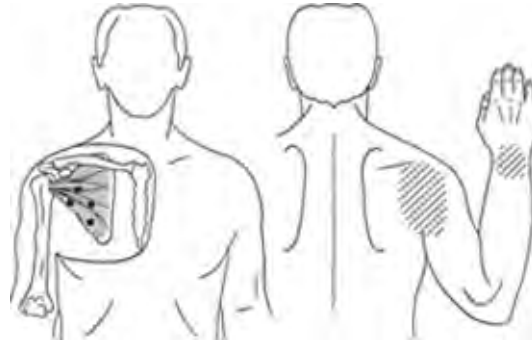


Trigger point du bord interne du sous-épineux et schéma de douleur référée (p. 110)





*Trigger point* du petit rond et schéma de douleur référée (p. [112](#))



*Trigger points* du sous-scapulaire et schéma de douleur référée (p. [113](#))



Schéma de douleur du deltoïde postérieur (p. [116](#))

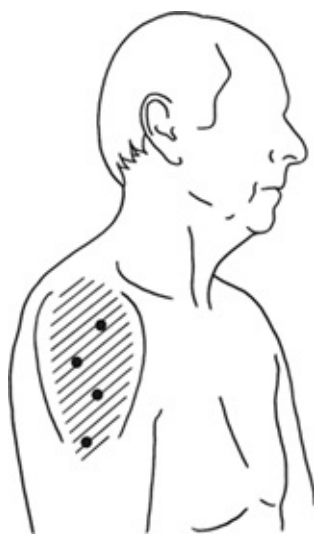


Schéma de douleur du deltoïde moyen (p. 116)

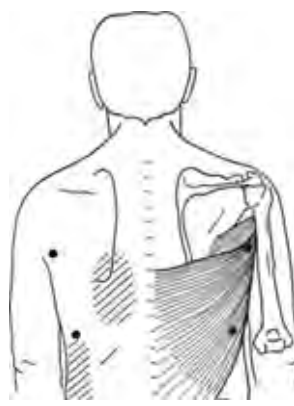
*Avertissement: pour chaque muscle, lisez toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



Schéma de douleur du deltoïde antérieur (p. 116)



Trigger points du grand rond et schéma de douleur référée (p. 117)



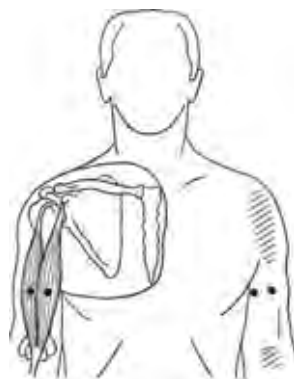
*Trigger points* du grand dorsal et schéma de douleur référée (p. [117](#))



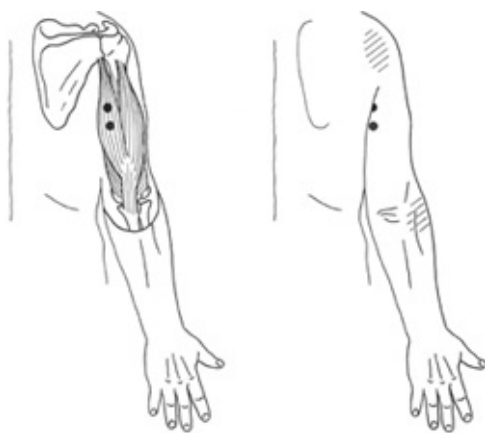
*Trigger points* du coracobrachial et schéma de douleur référée antérieur (p. [119](#))



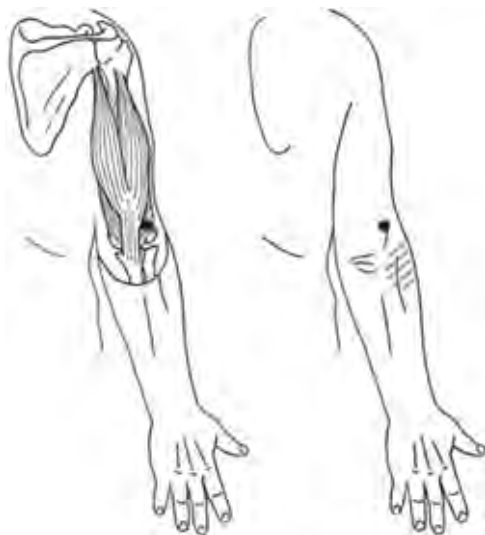
Schéma de douleur référée postérieur du coraco-brachial (p. [119](#))



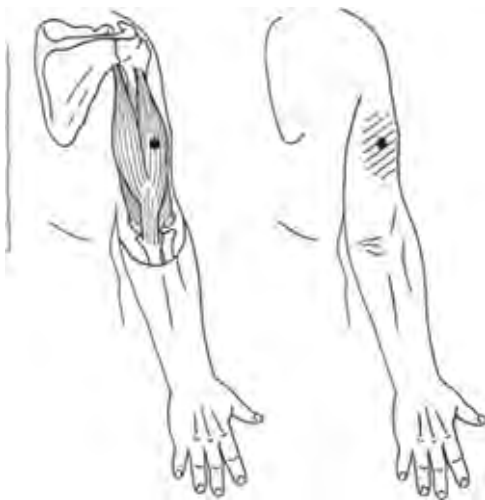
*Trigger points* du biceps brachial et schéma de douleur référée (p. [120](#))



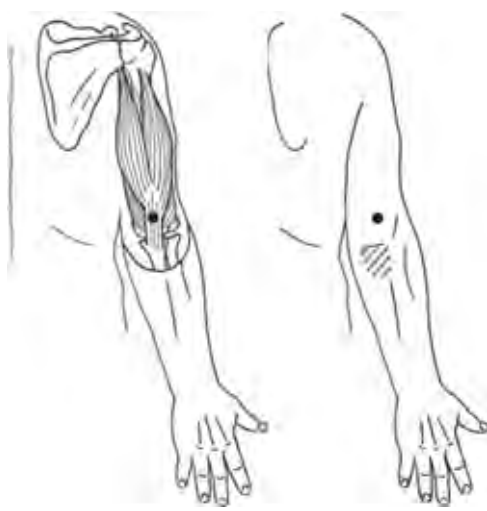
*Trigger points* numéro 1 du triceps brachial et schéma de douleur référée (p. [121](#))



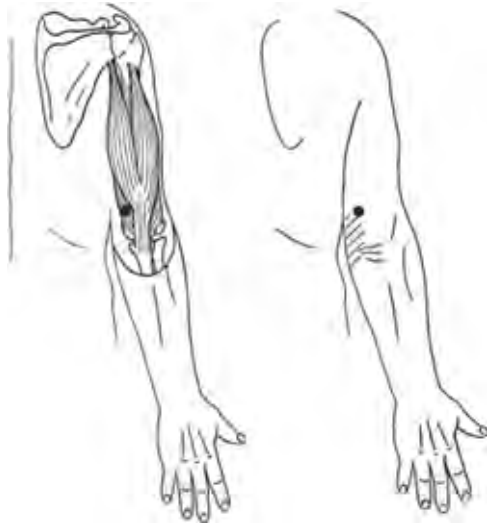
*Trigger point* numéro 2 du triceps brachial et schéma de douleur référée (p. [121](#))



*Trigger point* numéro 3 du triceps brachial et schéma de douleur référée (p. [121](#))



*Trigger point* numéro 4 du triceps brachial et schéma de douleur référée (p. [122](#))



*Trigger point* numéro 5 du triceps brachial et schéma de douleur référée (p. [122](#))

# Douleur à l'épaule, en haut du dos et au bras

Les muscles dont les *trigger points* provoquent des douleurs à l'épaule, au bras et en haut du dos se divisent en cinq groupes: muscles *scalènes*, muscles stabilisateurs de l'omoplate, muscles de la coiffe des rotateurs, muscles du bras et muscles spinaux.

Si les scalènes sont les muscles du cou, leurs *trigger points* causent une quantité étonnante de douleurs dans le haut du dos, à l'épaule et au bras. Ces *trigger points* sont également largement responsables de douleurs et autres symptômes au bras et à la main. Les scalènes sont si importants qu'ils devraient toujours être examinés en priorité en cas de douleur dans ces parties du corps.

Les muscles stabilisateurs de l'omoplate sont le rhomboïde, l'angulaire de l'omoplate et le trapèze. Ils relient l'omoplate à la colonne vertébrale. Leur rôle est d'aider à positionner l'omoplate pour tous les mouvements du bras et de la main. La présence de *trigger points* entraîne une douleur principalement dans le haut du dos et le cou, et dans une moindre mesure à l'épaule. Le trapèze et l'angulaire de l'omoplate ont été vus au [chapitre 4](#).

Les quatre muscles de la coiffe des rotateurs sont le sus-épineux, le sous-épineux, le petit rond et le sous-scapulaire. Ils fixent l'omoplate au haut de l'humérus, l'os du bras, permettent de tourner le bras et maintiennent en place l'articulation de l'épaule. Des *trigger points* dans les muscles de la coiffe des rotateurs sont la cause d'une grande part de la douleur dans l'épaule et de bruits de claquement et de grincement, ainsi que d'une perte de la mobilité. Ils sont indirectement responsables d'une détérioration physique de l'articulation de l'épaule qu'ils peuvent prédisposer à de graves blessures physiques, dont une rupture de la coiffe des rotateurs ou une luxation de l'épaule.

Les muscles qui permettent la mobilité du bras comprennent le deltoïde, le grand rond, le grand dorsal, le coraco-brachial, le biceps brachial et le triceps brachial. Seuls ces trois derniers font partie du bras. Outre une douleur à l'épaule, au dos et au bras, les *trigger points* dans ces muscles peuvent créer une douleur et d'autres symptômes au bras, à la main et aux doigts.

Les muscles spinaux relient les vertèbres entre elles et n'ont aucun lien direct avec l'épaule. S'ils sont bien une source fréquente de douleur au haut du dos, ils seront traités au [chapitre 8](#) avec des muscles similaires du milieu et du bas du dos.

## Scalènes

Les scalènes sont un groupe de trois, parfois quatre, petits muscles de part et d'autre du cou. Le mot «scalène» vient du grec *skalênos* qui signifie «impair, inégal». Les muscles scalènes sont tous de longueurs différentes, comme les trois côtés inégaux d'un triangle scalène. En outre, chaque scalène se divise en plusieurs faisceaux qui se fixent sur plusieurs vertèbres, d'où toutes sortes de fibres musculaires de longueurs variables. De nombreux *trigger points* peuvent siéger dans les scalènes en plusieurs endroits. Le récit qui suit illustre bien la diversité des troubles découlant des scalènes. Dans chaque cas, un automassage des *trigger points* supprime le problème.

*Âgée de 32 ans, Emma travaille à la Poste jusqu'au jour où quelqu'un la percute pendant qu'elle conduit. L'accident est mineur, mais provoque cependant des spasmes périodiques invalidants au côté droit de son cou. Un effort minime suffit à déclencher une crise. Lorsque les spasmes sont nombreux, il lui faut plusieurs jours pour récupérer. Elle est devenue incapable de travailler.*

*Âgé de 31 ans, Chang est un danseur de ballet qui se plaint de souffrir, depuis plusieurs années, d'une douleur permanente dans la partie supérieure du bord interne de l'omoplate gauche. S'il*

parvient à toucher l'endroit sensible pour le masser avec ses doigts, cela ne calme pas pour autant la douleur.

Âgée de 17 ans, Amélie a beaucoup étudié le violoncelle, mais elle doit arrêter de jouer parce que ses épaules, ses bras et ses mains sont trop faibles et engourdis. Ses parents pensent que son problème peut être lié à un accident dans la piscine qui a froissé les muscles de son cou. Des milliers de dollars dépensés pour des examens médicaux n'ont abouti à rien.

Âgée de 49 ans, Catherine fait de la poterie, mais elle a mal à l'épaule et dans tout le bras droit. C'est toujours pire le matin et la douleur la réveille souvent la nuit. Son avant-bras et sa main sont un peu engourdis la plupart du temps et sa main est souvent enflée. Elle redoute de ne plus être capable de travailler et se demande comment elle poursuivra son activité si le problème empire.

## Symptômes

Les *trigger points* dans les scalènes provoquent toute une série impressionnante de douleurs, d'engourdissements et autres sensations anormales dans la poitrine, le haut du dos, l'épaule, le bras et la main (figures 5.1, 5.2 et 5.3) voire parfois la nuque (non montré). Chacun des *trigger points* situés dans les scalènes peut entraîner des symptômes dans n'importe quelle partie des zones de projection de douleur, mais quelques-uns semblent avoir une prédilection pour certains endroits. Par exemple, des *trigger points* dans les scalènes moyens et postérieurs sont plus souvent à l'origine de douleurs à la poitrine. Des *trigger points* dans la partie supérieure du scalène antérieur et dans tout le scalène moyen sont souvent la cause de douleur à l'épaule, au bras, à l'avant-bras, au pouce et à l'index. Un quatrième scalène, parfois également présent, crée une douleur au bras, à l'arrière de l'avant-bras, au poignet et à la main et aux doigts, en particulier au pouce.

Les scalènes sont rarement soupçonnés d'être la source d'un problème, car ils sont presque entièrement cachés par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens (figure 5.4). La douleur est rarement perçue dans les scalènes eux-mêmes, mais la présence de *trigger points* dans ce muscle peut être la principale cause de douleur dans leurs zones de projection. Des *trigger points* passés inaperçus dans le scalène expliquent souvent l'échec de traitements classiques. Il est fréquent que des *trigger points* satellites apparaissent dans les zones de projection d'une douleur au sein du scalène. C'est pourquoi les *trigger points* dans les scalènes sont généralement la première cause de douleur dans la poitrine, le haut du dos, l'épaule, le bras et la main (Simons, Travell et Simons, 1999; Lindgren, Manninen et Rytönen, 1996).

Les symptômes résultant des scalènes sont difficiles à diagnostiquer. Ainsi, les muscles rhomboïdes sont presque toujours accusés, à tort, d'être responsables d'une douleur dans le haut du dos due à des *trigger points* dans le scalène. L'impatience musculaire au cou et à l'épaule, un signe classique de *trigger points* dans le scalène, est cataloguée de tic nerveux. Une douleur à la poitrine, résultant des scalènes, est confondue avec de l'angine de poitrine ou angor. Une douleur qui irradie à l'épaule passe souvent pour une bursite ou une tendinite. Une douleur à l'avant et à l'arrière du bras est traitée, de façon erronée, comme une foulure. Le schéma de projection d'une douleur induite par le scalène à l'épaule, au bras et à la main peut faire croire au neurologue qu'une dégénérescence ou un tassement vertébral provoque une compression de la racine du nerf cervical (Simons, Travell et Simons, 1999; Long, 1956). Les scalènes limitent également la capacité à pencher la tête sur le côté.



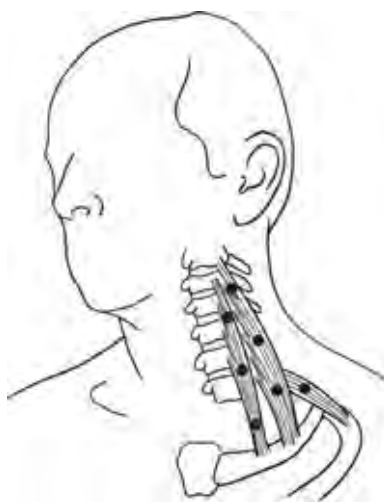


Figure 5.1 *Trigger points* du scalène



Figure 5.2 Schéma de douleur référée du scalène, vue de face

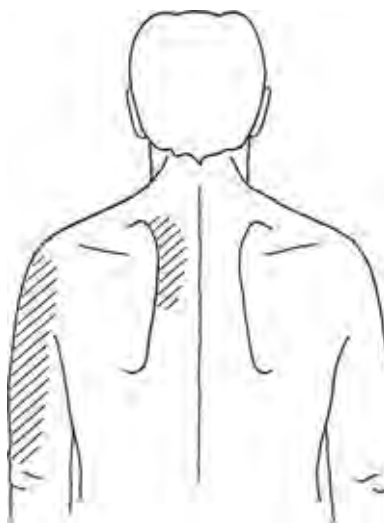


Figure 5.3 Schéma de douleur référée du scalène, vue de dos

Lorsque les *trigger points* raccourcissent le muscle scalène, cela tire généralement la première côte contre la clavicule qui comprime alors les vaisseaux sanguins et les nerfs qui traversent cette région en direction du bras. C’est ce qu’on appelle une *compression neuro-vasculaire*. La circulation sanguine est entravée tout comme l’influx nerveux, ce qui entraîne une douleur, un œdème et une

sensation de brûlure au bras et l'engourdissement ainsi que des picotements sur le côté de l'annulaire. L'ensemble des symptômes résultant de cette compression des nerfs et des vaisseaux correspond à ce que l'on appelle un *syndrome du scalène antérieur*, même si l'on pose souvent, à tort, le diagnostic de syndrome du canal carpien. Une faiblesse induite là aussi par le scalène dans les avant-bras et les mains qui vous fait lâcher un objet sans que vous vous y attendiez sera souvent qualifiée de trouble neurologique. Une «douleur fantôme» inexplicée d'un bras ou d'une main amputé vient parfois, en fait, de la présence de *trigger points* dans le scalène (Simons, Travell et Simons, 1999; Sherman, 1980).

Étant donné que tous ces effets surviennent si loin de leur source et sont si variables, il n'est pas étonnant que leur cause soit incomprise. Heureusement, dès que vous comprenez qu'ils découlent des muscles scalènes dans le cou, la solution devient remarquablement simple et rapide.

## Causes

Les muscles scalènes se fixent sur les côtés des vertèbres cervicales et sur les deux premières côtes. Ils contribuent à stabiliser le cou, à le fléchir vers l'avant et latéralement et à lui permettre de tourner, mais leur principale fonction est de lever les deux premières côtes pendant l'inspiration. Ils sont toujours actifs à un certain degré, notamment lors de chaque inspiration, et travaillent très dur en cas d'activité intense ou lorsque vous toussiez ou éternuez.

Une respiration par la poitrine, fréquente, et non diaphragmatique, sollicite trop les muscles scalènes tout comme une simple hyperventilation nerveuse. Toute personne sujette à une tension psychique (stress, anxiété...) doit s'attendre à trouver des *trigger points* douloureux dans ses scalènes. La difficulté à respirer de ceux qui souffrent d'asthme ou d'emphysème peut favoriser les *trigger points* dans le scalène, de même qu'une mauvaise toux en cas de pneumonie, de bronchite, d'allergie ou d'un banal rhume. Jouer d'un instrument à vent provoque généralement des problèmes de scalène.

De nombreuses activités ordinaires sont source d'ennuis dus aux scalènes lorsque l'effort est excessif. Rester des heures durant les bras devant le corps, comme lorsqu'on travaille sur un ordinateur ou conduit une voiture, peut s'avérer très stressant pour eux. Tirer, soulever et porter de lourdes charges est souvent néfaste. Un sac à dos pesant est particulièrement éprouvant pour les scalènes mais aussi pour plusieurs muscles non conçus pour exécuter des travaux de bête de somme, comme le trapèze, le petit pectoral et le sterno-cléido-mastoïdien. Les scalènes font partie des muscles qui souffrent le plus en cas de pratique de sports. En outre, ils provoquent facilement la survenue de *trigger points* satellites dans les autres muscles.

Lors d'une chute ou d'un accident de voiture, le mouvement violent de la tête déclenche généralement l'apparition de *trigger points* dans les scalènes. La plupart des muscles du cou souffrent sérieusement s'ils subissent un coup du lapin et sont souvent négligés lorsqu'il s'agit de traiter ce type de blessure contre la douleur. Des symptômes apparemment neurologiques dans le haut du dos, les épaules, les bras et les mains qui persistent mystérieusement après un accident de voiture sont souvent dus aux scalènes.

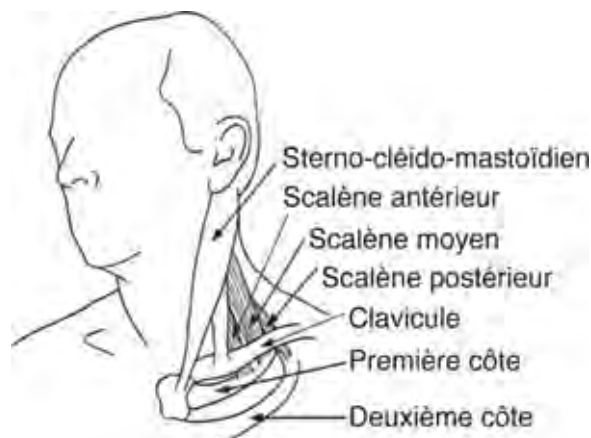
Les scalènes contribuent à soutenir le poids de la tête. Tout ce qui crée un déséquilibre constitue pour eux un fardeau supplémentaire. C'est pourquoi il est sage d'améliorer une posture qui décale peut-être la tête. Si l'on est avachi ou que la tête se tient vers l'avant, on peut être sûr que des *trigger points* sont présents dans ces muscles.

## Traitement

Lorsqu'on masse l'avant du cou, il faut y aller avec précaution en prenant garde aux ganglions lymphatiques, aux artères et aux nerfs. Relisez le [chapitre 3](#), notamment la section «Contre-indications: des raisons d'être prudent» qui comporte des informations sur les ganglions lymphatiques afin de vous y conformer. Les nerfs du plexus brachial et l'artère sous-clavière passent dans la moitié inférieure du cou entre les muscles scalènes antérieur et moyen. Ne vous acharnez pas sur cette région en la massant plus de trois fois par jour et, quand vous exercez une pression, restez toujours au-delà d'un confortable 5 sur une échelle de douleur de 1 à 10. Vous risqueriez sinon d'irriter les nerfs et de provoquer une névrite ou inflammation des nerfs. N'oubliez pas de rester loin du pouls de l'artère sous-clavière, près de la clavicule, et de vous familiariser avec l'emplacement des artères carotides (mentionné dans la section sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien). Les muscles de l'avant du cou sont très importants et, si vous maîtrisez les techniques de massage, cela vous sera utile toute votre vie. Suivez les directives dans cette section qui vous aideront à trouver et à masser avec précision les muscles.

Lorsque des *trigger points* sont présents, le massage du scalène est un peu stressant et bizarre, car comment être sûr qu'on ne comprime pas un nerf? Le fait est que c'est probablement le cas, car il y a partout des nerfs dans le corps. En ce moment même, vous êtes assis sur ceux des fesses ou debout sur ceux des pieds. Les nerfs ne causent généralement pas une sensation intense sauf s'il y a un problème, par exemple un pincement par un muscle ou un os. Si vous appuyez sur un nerf sérieusement comprimé par un muscle ou sur lequel un os empiète, la sensation passe immédiatement de 0 à 10 sur une échelle de douleur. Il n'y a pas de possibilité intermédiaire et, alors, le massage ne peut qu'être désagréable. Si cela survient dans le cou, évitez cette région et consultez un médecin, un ostéopathe ou un kinésithérapeute. Il est possible qu'un disque vertébral déplacé (hernie discale) soit à l'origine du problème. La stimulation d'un nerf plus légèrement pincé peut provoquer un engourdissement et des picotements plus loin sur le tracé du nerf, dans la main par exemple. Le massage peut contribuer à dégager des nerfs comprimés.

Pour trouver les scalènes et les traiter efficacement, vous devez comprendre leur relation avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien ([figure 5.4](#)). Le *scalène antérieur*, celui qui est devant les autres, se trouve entre le sterno-cléido-mastoïdien et les vertèbres cervicales. Il est presque entièrement caché. Puis vient le *scalène moyen*, derrière le scalène antérieur et plus sur le côté du cou, sa moitié inférieure étant dégagée du sterno-cléido-mastoïdien. Le *scalène postérieur* est presque horizontal derrière le scalène moyen, dans la dépression triangulaire juste au-dessus de la clavicule et sous le bord antérieur du trapèze. Derrière la portion inférieure du scalène antérieur, un quatrième scalène orienté verticalement, le *petit scalène*, n'est pas présent chez tout le monde. C'est une variante normale chez l'être humain. Il est probable que vous ne remarquerez pas la différence entre le scalène antérieur et le petit scalène.



Les scalènes sont étroitement attachés aux os du cou. Vous ne serez pas forcément capable de dire qu'il s'agit de muscles tant que vous ne les aurez pas contractés en effectuant plusieurs courtes respirations. Utilisez cette technique pour avoir la confirmation que vous êtes bien sur les scalènes. Vous les masserez en les appuyant contre les vertèbres situées derrière. N'utilisez que les doigts pour soulager l'avant du cou.

N'utilisez que les doigts pour masser l'avant du cou

Afin de masser le scalène antérieur, vous devez placer les doigts entre les vertèbres cervicales et le sterno-cléido-mastoïdien (SCM). Reportez-vous au [chapitre 4](#) à la section sur le sterno-cléido-mastoïdien pour apprendre comment trouver ce muscle. Pour masser le scalène antérieur, commencez par saisir le SCM entre le pouce et les autres doigts de la main opposée, comme pour le masser. Décalez ensuite avec vos doigts tout le SCM de 5 cm environ vers la trachée. Le but est que le bout de vos doigts aille aussi loin que possible devant la colonne vertébrale, le sterno-cléido-mastoïdien étant ainsi mis à l'écart. Dans cette position, vous pouvez appuyer avec le bout des doigts le scalène antérieur contre le rachis ([figure 5.5](#)). Vous pouvez également dégager le SCM en tournant la tête vers le côté opposé. Détendez enfin le cou en le penchant légèrement vers l'arrière du côté du massage.



Figure 5.5 Massage du scalène antérieur. Dégagez bien le sterno-cléido-mastoïdien vers la trachée

Cela ne sera pas douloureux sauf si vous rencontrez un *trigger point*, auquel cas celui-ci sera hypersensible. N'oubliez pas que ce massage doit être «délicieusement thérapeutique». Exercez donc différents types de pressions, plus ou moins fortes. La région sera sensible, mais vous devriez ressentir un mieux-être. La compression d'un *trigger point* du scalène entraîne parfois une douleur intense pouvant vous faire grimacer, comme si vous appuyiez sur un nerf (voir ci-dessous). Il se peut que vous sentiez en même temps la douleur référée ou qu'un autre symptôme réapparaisse ou soit accentué, ce qui constitue une démonstration très convaincante de la réalité de la douleur myofasciale référée.

Le massage s'effectue en s'aidant au préalable du bout des doigts pour décaler le muscle vers le côté du cou. La peau du cou doit bouger avec les doigts. À la fin des mouvements de va-et-vient de 1

cm environ seulement, relâchez la pression, repositionnez les doigts là où vous aviez débuté le massage et recommencez en parcourant peu à peu tout le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien (SCM) du dessous de la mâchoire à la clavicule. Il se peut que vous trouviez l'un des pires *trigger points* du scalène derrière le SCM à son point d'insertion sur la clavicule (figure 5.6). Si ce *trigger point* est très douloureux, multiplier les angles de pression peut s'avérer bénéfique. Tournez la tête du côté opposé pour trouver la partie inférieure du SCM. Placez les doigts juste au-dessus de la clavicule et sur l'extérieur du SCM. Enfin, tournez la tête pour qu'elle retrouve sa position neutre, puis exercez une pression derrière la clavicule en direction des pieds. Après avoir massé selon cet angle, appuyez en effectuant plusieurs mouvements de va-et-vient en direction du bas du dos puis du haut du dos. Évitez de comprimer l'artère sous-clavière en bougeant légèrement vers le haut ou le côté. N'oubliez pas le principe de base: ne jamais «masser» un pouls. La tâche sera plus agréable avec des ongles courts et limés.



Figure 5.6 Massage en profondeur du scalène antérieur là où le sterno-cléidomastoïdien se fixe sur la clavicule



Figure 5.7 Massage du scalène moyen derrière le sterno-cléido-mastoïdien

Afin de masser le scalène moyen, trouvez à nouveau le sterno-cléido-mastoïdien en pinçant la peau. Avec le pouce, appuyez contre le côté du cou juste sous l'oreille. Vous sentirez des bosses dures sous le bout des autres doigts. Il s'agit des apophyses transverses (apophyses latérales) des vertèbres qui ressemblent à une rangée le long du cou de petites articulations du majeur. Si le bout de vos doigts est posé à l'arrière de ces apophyses, vous serez en train de masser les muscles postérieurs du cou, tandis que s'il se trouve à l'avant, vous toucherez le scalène moyen (figure 5.7). Pour vous assurer que vous êtes bien sur ce muscle, faites plusieurs respirations brèves afin de le contracter. Massez-le comme précédemment, pour le scalène antérieur, en effectuant les mêmes mouvements de va-et-vient.

Suivez ce muscle tout le long du dessous de l'oreille jusqu'au milieu de la clavicule. Il se peut que vous trouviez plusieurs points très douloureux dans les scalènes. Pour une séance, dix mouvements pour chaque *trigger point* suffisent. Faites de même trois à six fois dans la journée.



Figure 5.8 Massage du scalène postérieur en appuyant là où le trapèze se fixe sur la clavicule

Pour masser le scalène postérieur, enfoncez le majeur sous le bord antérieur du muscle trapèze près de son point d'insertion sur la clavicule ([figure 5.8](#)). Exercez une pression vers le bas et déplacez le doigt parallèlement à la clavicule de 2-3 cm environ vers le cou. La peau devrait suivre ce mouvement. L'os que vous sentez alors est la surface supérieure de la première côte. Ne négligez pas le scalène postérieur, car il peut renfermer des *trigger points* alors que les autres scalènes en sont dépourvus.

N'oubliez pas de lire les Recommandations préalables du [chapitre 3](#) (page 35).

Les scalènes font partie des muscles dont le massage est le plus bénéfique. Vos efforts pour maîtriser l'automassage de ces muscles en vaudra la peine. Il est fréquent que les scalènes soient impliqués dans de nombreux problèmes de douleur myofasciale du haut du corps. Tout le monde devrait savoir comment soulager ces muscles.

## L'omoplate (ou scapula)

Dix-sept muscles sont rattachés à chacune des deux omoplates. Vous trouverez plus facilement ces muscles pour les masser si vous savez précisément à quoi ressemble l'omoplate et en connaissez les repères osseux ([figures 5.9](#) et [5.10](#)). Les termes qui suivent définissent les lettres indiquées dans les deux illustrations:

- A. Angle supérieur de l'omoplate (point le plus haut)
- B. Bord interne (médial) de l'omoplate
- C. Bord externe (latéral) de l'omoplate
- D. Angle inférieur de l'omoplate (point le plus bas)

- E. Acromion (extrémité externe de l'omoplate)
- F. Apophyse coracoïde (protubérance vers l'avant de l'épaule)
- G. Tête de l'humérus et glène (cavité où se loge la tête de l'humérus)
- H. Épine scapulaire (saillie osseuse ou crête de l'omoplate, également appelée épine de l'omoplate)
- I. Humérus (os du bras)
- J. Clavicule

La paume de la main étant fermement «collée» à la clavicule, sentez l'*angle supérieur osseux* (A) du haut de l'omoplate ([figure 5.11](#)). Balancez librement le bras d'avant en arrière pour que cet angle supérieur fasse des allers et retours sous le majeur ou l'index posé sur le haut de l'épaule. C'est un repère important pour localiser en haut du dos le *sus-épineux*, l'un des quatre muscles de la coiffe des rotateurs, et l'angulaire de l'omoplate.

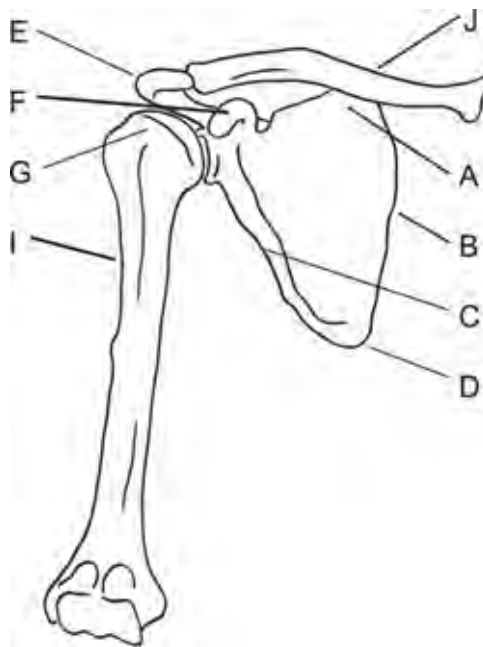


Figure 5.9 Vue de face des os de l'épaule droite

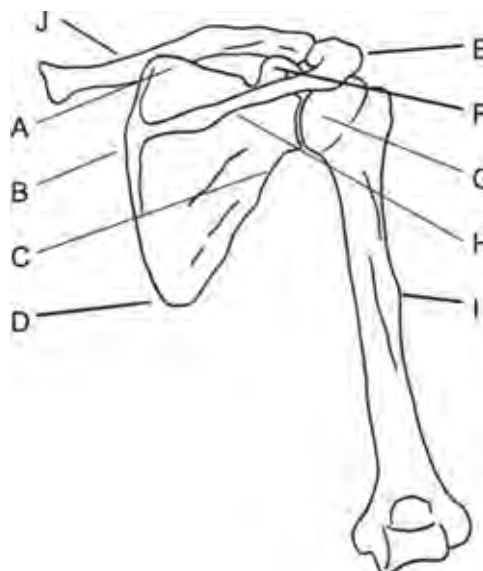




Figure 5.10 Vue de dos des os de l'épaule droite

La partie la plus proéminente de l'omoplate est l'*épine scapulaire* (H) que l'on voit très nettement sous la peau chez les personnes minces. La racine, ou base, de l'épine scapulaire se trouve à 2 cm environ du bas de l'angle supérieur. Efforcez-vous de la percevoir et suivez cette arête osseuse jusqu'au corps de l'omoplate ([figure 5.12](#)). Chez certaines personnes, l'épine est pratiquement horizontale et chez d'autres, elle est inclinée vers le haut.

Trouvez à présent vers l'extérieur de l'épine l'*acromion* (E), cette apophyse osseuse triangulaire et aplatie à l'extrémité de l'épaule. Cherchez cet endroit plus ou moins pointu sur le haut derrière l'épaule. Sous le bras, au niveau de l'aisselle vers l'arrière, vous devriez sentir le *bord latéral* (C) de l'omoplate ([figure 5.13](#)). C'est un repère important pour trouver les muscles *grand rond*, *grand dorsal*, *petit rond* et *sous-scapulaire*.

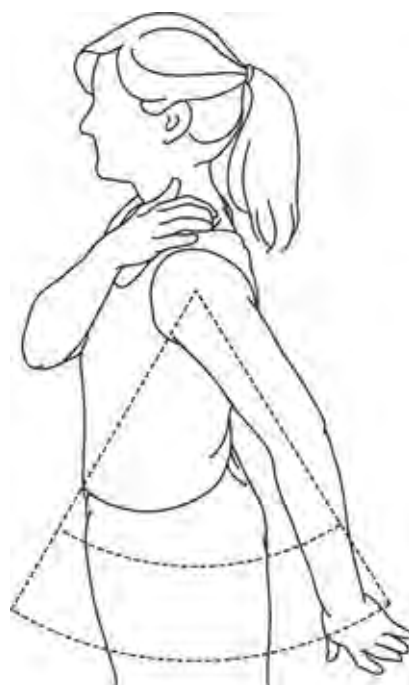


Figure 5.11 Trouvez l'angle supérieur de l'omoplate en balançant le bras d'avant en arrière, la paume de la main du bras opposé étant «collée» à la clavicule.



Figure 5.12 Localisation de l'épine scapulaire



Figure 5.13 Localisation du bord externe de l'omoplate



Figure 5.14 Localisation de l'angle inférieur de l'omoplate

Suivez ce bord latéral jusqu'au point le plus bas de l'omoplate, l'*angle inférieur* (D). Pour le sentir, bougez le bras d'avant en arrière afin de sentir sous les doigts le déplacement de cet angle inférieur (figure 5.14). Si votre mobilité n'est pas limitée par une douleur à l'épaule ou une large poitrine, essayez de parcourir toute la pointe de l'omoplate jusqu'à toucher le *bord interne* (B) (figure 5.15). Sinon, essayez de toucher la partie supérieure du bord interne en passant la main par-dessus l'épaule.

Enfin, cherchez l'*apophyse coracoïde* (F), cette partie de l'omoplate en forme de doigt fléchi sur l'avant de l'épaule qui fait saillie sous la peau (figure 5.16). L'extrémité de l'apophyse coracoïde est comme une bille nichée à l'avant de l'épaule près de la tête de l'humérus. Afin de vérifier que vous êtes au bon endroit, faites tourner le bras vers l'intérieur et l'extérieur pour sentir l'humérus bouger à côté de l'apophyse coracoïde (Davies, 2006). Faites bien attention aux nerfs et aux vaisseaux sanguins qui se trouvent juste sous ce repère osseux. Prenez le temps d'apprendre les termes des différentes parties de l'omoplate. Cela vous aidera à mieux comprendre ce que nous dirons sur les différents muscles et, ainsi, à mieux localiser les *trigger points* pour les traiter.



Figure 5.15 Localisation du bord interne de l'omoplate



Figure 5.16 Palpation de l'apophyse coracoïde (la flèche indique la tête de l'humérus)

# Muscles du haut du dos

Regrouper les muscles de manière logique est facile si l'on considère la question d'un point de vue anatomique. Il faut juste décider des limites physiques. En revanche, si vous essayez de regrouper les muscles en fonction de la douleur référée provoquée par les *trigger points*, c'est une autre paire de manches. Tout change et c'est pourquoi certains muscles du haut du dos se retrouvent dans d'autres chapitres. La raison en est que seulement chez trois d'entre eux, les symptômes siègent principalement au même endroit. Il s'agit du petit et du grand rhomboïdes, et du petit dentelé postérieur et supérieur. Les muscles spinaux supérieurs entraînent bien une douleur dans le haut du dos, mais ils figurent au [chapitre 8](#), qui concerne le bas du dos et les fesses, car ils ne sont qu'une prolongation des muscles de ces parties du corps.

## Rhomboïdes

Les muscles *rhomboïdes* se fixent sur plusieurs vertèbres du haut du dos et sur le bord interne de l'omoplate. Le petit rhomboïde se trouve au-dessus du grand rhomboïde. Ce sont des muscles distincts, même s'ils sont pratiquement indissociables. À la palpation, il n'est pas possible de les

distinguer. Le rôle des rhomboïdes est de mobiliser l'omoplate vers le rachis, de contribuer à lever l'omoplate et d'amener le bras vers le haut contre la tête jusqu'au niveau de l'épaule.

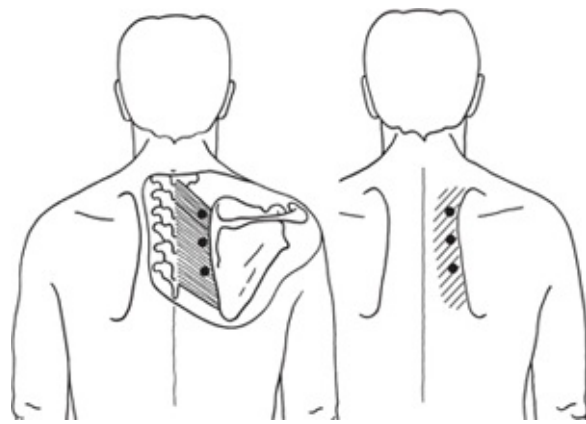


Figure 5.17 *Trigger points* dans les rhomboïdes et schéma de douleur référée

La présence de *trigger points* dans les rhomboïdes provoque une douleur sourde et persistante le long du bord interne de l'omoplate que l'on remarque parfois plus facilement au repos (figure 5.17). Une douleur nettement perçue à cet endroit peut également provenir du petit dentelé postérieur et supérieur qui se trouve sous les rhomboïdes et en rapport avec le faisceau moyen du trapèze qui les recouvre. Des *trigger points* peuvent exister dans ces trois couches musculaires. Les autres muscles sources de douleur au bord interne de l'omoplate comprennent le scalène, le sous-épineux, le grand dorsal, le grand dentelé et l'angulaire de l'omoplate. Les muscles spinaux (dont nous parlerons au chapitre 8) peuvent eux aussi être à l'origine d'une douleur au même niveau, mais plus près du rachis.

Avant d'envisager de s'occuper de tous ces autres muscles, il est important de vérifier s'il n'existerait pas des *trigger points* dans les scalènes. En effet, les scalènes sont bien souvent à l'origine d'une douleur le long du bord interne de l'omoplate. Si l'on ne commence pas par prendre soin des scalènes, un massage des rhomboïdes ou de tout autre muscle énuméré ici procurerait peut-être un bien-être, mais pourrait s'avérer un gaspillage de temps. Il existe un symptôme qui permet de vérifier si les rhomboïdes sont impliqués: un bruit de claquement ou de craquement dans ces muscles pendant un mouvement de l'épaule.

Afin d'éviter de trop solliciter les rhomboïdes, il est plus prudent de modérer toute activité qui demande de lever en permanence ou de manière répétée les épaules. La position au garde-à-vous non naturelle des militaires, les épaules tirées vers l'arrière, impose de garder sans cesse les rhomboïdes contractés. Lancer une balle ou ramer sur l'eau risque également de les épuiser. Une personne sous tension, les épaules crispées vers le haut, a toutes les chances de se retrouver avec des *trigger points* dans de nombreux muscles, dont les rhomboïdes. Si vous voulez apprendre comment résorber plus efficacement une tension musculaire, reportez-vous au chapitre 12.

Il est possible que vous ne souffriez jamais des rhomboïdes à cause d'un problème de muscles pectoraux noués; cependant c'est ce qui est arrivé à Patrick.

*Patrick est entrepreneur dans le bâtiment et construit des maisons. Depuis plus de cinq ans, il souffre de douleurs chroniques dans le haut du dos. Durant tout ce temps, il a cherché de l'aide auprès de vingt-trois médecins et kinésithérapeutes. Tous lui ont dit que ses douleurs venaient des rhomboïdes. Le traitement a comporté l'étirement des rhomboïdes, des ultrasons, des traitements par la chaleur et le froid, et du repos. Il a même arrêté de travailler pendant un an dans l'espoir que cela irait mieux. Au bout du compte, il décide de reprendre le travail car, dans tous les cas, il a mal.*

Enfin, en désespoir de cause, Patrick essaye la massothérapie. Le thérapeute lui demande de s'allonger sur le dos afin de lui masser les pectoraux. Patrick trouve cela ridicule étant donné que la douleur siège dans son dos et non dans sa poitrine. Le thérapeute lui explique que des pectoraux trop noués créent des tensions dans les rhomboïdes et le faisceau moyen du trapèze. Plus jeune, Patrick a passé beaucoup de temps à muscler l'avant de son corps, dont ses pectoraux. Des dizaines d'années plus tard, ces muscles sont toujours raccourcis et tendus. Le thérapeute conseille à Patrick d'acheter un rouleau de massage pour soulager vos douleurs par les trigger points et de masser lui-même chaque jour ses pectoraux et scalènes entre leurs séances hebdomadaires. Au bout d'un mois, 95% de la douleur a disparu. Renforcer les muscles du haut du dos et étirer les pectoraux lui a permis de retrouver rapidement un bon équilibre et de se débarrasser de la douleur. Il s'en réjouit.

En raison de la présence de *trigger points*, les pectoraux sont raccourcis, ce qui tire les omoplates vers l'avant. C'est généralement dû à un déséquilibre entre la force et la longueur des rhomboïdes et des pectoraux. Les rhomboïdes demeurent étirés pour contrer la traction exercée par les pectoraux. Cet étirement permanent entraîne l'apparition de *trigger points* dans les muscles.

La traction des pectoraux noués plaque les omoplates sur le dos et rend le dos voûté. Il est très difficile de corriger une telle posture ou de soulager les rhomboïdes si l'on ne commence pas par désactiver les *trigger points* dans les pectoraux. Toute tentative visant à étirer des rhomboïdes affaiblis par des pectoraux noués leur impose un effort supplémentaire qui ne peut qu'irriter les *trigger points* présents et accentuer la douleur (Simons, Travell et Simons, 1999; Kendall, McCreary et Provance, 1993).

Occupez-vous des rhomboïdes après avoir éliminé les *trigger points* des scalènes et des pectoraux. La Thera Cane est idéale pour un automassage facile et efficace du rhomboïde, mais une balle de tennis contre un mur est tout aussi appropriée. Utilisez une balle rebondissante pour exercer une pression plus grande avec un meilleur contrôle. Il est possible de confondre les *trigger points* dans les rhomboïdes avec ceux dans le faisceau inférieur du trapèze qui peut, lui aussi, être excessivement étiré à cause d'un dos voûté.

## *Petits dentelés postérieurs et supérieurs*

Si les muscles *petits dentelés postérieurs et supérieurs* se fixent, comme les rhomboïdes, sur la colonne vertébrale et que leur orientation est similaire, ils n'ont pas de point d'insertion sur l'omoplate, car ils passent en dessous de celle-ci pour se relier à plusieurs côtes du haut de la cage thoracique ([figure 5.18](#)). Les petits dentelés postérieurs et supérieurs sont des muscles élévateurs des côtes, aidant à remplir les poumons d'air pendant l'inspiration. Le terme «dentelé» vient de *dentele* qui signifie «petite dent» en raison de son apparence, puisqu'il est attaché à chacune des cinq premières côtes. Le terme «supérieur» fait référence à sa position pour le différencier du muscle dentelé postérieur et inférieur.

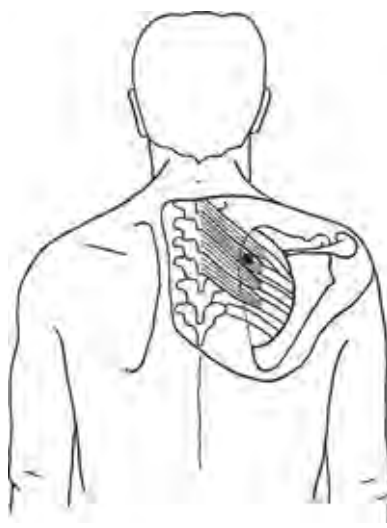


Figure 5.18 *Trigger point* dans le petit dentelé postérieur et supérieur

Le schéma de douleur référée du petit dentelé postérieur et supérieur est très vaste ([figure 5.19](#)) et recouvre celui d'un grand nombre d'autres muscles. Le symptôme le plus caractéristique est une douleur vive et persistante sous l'omoplate. Une forte douleur à l'inspiration est également un signe de la présence de *trigger point* dans ce muscle. Sinon, la douleur peut être perçue à l'arrière de l'épaule, à la pointe du coude et à la main et au poignet du côté de l'annulaire. Une douleur dans le petit doigt est typique de *trigger points* dans le petit dentelé postérieur et supérieur. Parfois, la douleur réside à l'arrière du bras et de l'avant-bras voire dans la région du pectoral (non montré).

Une respiration intense lors d'une activité sportive, une hyperventilation par excès de nervosité ou l'habitude de respirer par la poitrine favorisent parfois la survenue de *trigger points* dans ces muscles. Tout ce qui provoque une difficulté à respirer à cause d'une maladie pulmonaire comme l'asthme, une bronchite, une pneumonie, l'emphysème ou la toux du fumeur, constitue un facteur aggravant.

Le petit dentelé postérieur et supérieur étant masqué en grande partie par l'omoplate, ses *trigger points* sont normalement inaccessibles. C'est ce qu'illustre la [figure 5.18](#) où il manque une bonne partie de l'omoplate. Heureusement, il est facile de décaler l'omoplate pour accéder à ces points. Il suffit pour cela de passer la main par-dessus l'épaule opposée. On peut masser efficacement ce muscle avec une balle de tennis ou rebondissante de 60 mm contre un mur à la condition de laisser la main sur l'épaule opposée ([figure 5.20](#)). Ce *trigger point* se trouve juste sous l'angle supérieur de l'omoplate.



Figure 5.19 Schéma de douleur référée du petit dentelé postérieur et supérieur



Figure 5.20 Massage du petit dentelé postérieur et supérieur avec une balle contre un mur (la main sur l'épaule opposée)

## Muscles de l'épaule

Pensez à tout ce qu'un être humain est capable de faire avec ses mains. Cette diversité est tout bonnement incroyable, notamment dans le domaine du sport et de l'art. Dans notre monde où les appareils technologiques prolifèrent rapidement, les mains et les doigts servent chaque jour à de subtiles manipulations. Cette capacité des mains à pouvoir agir de multiples façons dépend directement de la force de l'articulation des épaules et de leur capacité à bouger librement.

Déplacer le bras selon un nombre infini de positions demande une coordination très fine de tous les muscles impliqués. La mobilisation de chaque épaule sollicite vingt-quatre muscles, dont les scalènes de part et d'autre du cou. Des scalènes noués peuvent entraîner la compression des nerfs et des vaisseaux sanguins présents dans les épaules, les bras et les mains (Davies, 2006). Un problème à l'épaule entraîne des conséquences prévisibles. Lorsqu'un muscle de l'épaule est affaibli et fonctionne moins bien à cause de *trigger points*, les muscles associés doivent prendre le relais. En raison de cette sollicitation accrue, ils s'écroulent comme des dominos. Chacun d'eux se retrouve alors avec des *trigger points* jusqu'à ce que tous les muscles de la région soient concernés.

Les tâches toutes simples de la vie quotidienne deviennent impossibles. Il n'est plus possible de se gratter le dos, de se coiffer ou d'atteindre un paquet de céréales posé au fond d'une étagère. Si vous avez besoin de vos deux mains pour faire quelque chose, vous devez utiliser le bras valide pour lever l'autre. Vous pouvez même être incapable de tourner le buste pour attacher votre ceinture de sécurité. Une douleur constante perturbe le sommeil et a des répercussions néfastes sur le travail. Lorsque l'épaule est complètement bloquée, ce problème peut perdurer des mois voire des années (Simons, Travell et Simons, 1999; Bonica et Sola, 1990).

Une épaule douloureuse devient très démoralisante lorsque le thérapeute ne comprend pas ce qui se passe et ne traite pas suffisamment les muscles qui mobilisent les articulations. Une douleur résultant de la présence de *trigger points* et le handicap articulaire qui en découle peuvent durer des années. Certaines personnes ont de la chance, car leur douleur disparaît par limitation de l'utilisation de l'épaule, mais souvent, la capacité de mobilité demeure très restreinte. Dans d'autres cas, comme celui de Jeanne, la douleur persiste durant des années.



Âgée de 45 ans, Jeanne a mal aux deux épaules depuis qu'elle a tenté de se rattraper lorsqu'elle est tombée dans les escaliers à son travail. Les médecins ne lui ont proposé que deux solutions: des infiltrations de cortisone ou la chirurgie exploratrice qu'elle a refusé dans les deux cas. Elle a eu deux séances, inefficaces, avec un kinésithérapeute, puis s'est fait masser par un professionnel une fois par mois. Le massage pour se «sentir mieux» est relaxant, mais n'a pas une grande action sur sa douleur chronique aux épaules. Elle continue de vivre avec ce problème pendant quinze ans. Durant un cours sur la manière de soulager soi-même la douleur, Jeanne découvre des trigger points dans tous les muscles de la coiffe des rotateurs. Les techniques d'automassage qu'elle vient d'apprendre lui apportent plus de soulagement aux épaules que tous les précédents traitements. Il lui faut plusieurs semaines pour éliminer des muscles tous les trigger points, mais elle finit par retrouver une pleine amplitude de ses mouvements et voir disparaître ses douleurs.

Le diagnostic d'une pathologie de l'épaule se focalise généralement sur l'articulation: arthropathie, bursite, tendinite, blessure de la coiffe des rotateurs, capsulite rétractile, etc. Capsulite rétractile n'est que l'une des nombreuses appellations que les médecins donnent à un problème d'épaule bloquée. On parle également de périarthrite scapulo-humérale. Des brides de tissu cicatriciel (adhérences) résultent peu à peu d'un épaississement de la capsule articulaire de l'épaule, à partir de fibrine qui évolue en collagène dense. Cette évolution survient généralement après une blessure ou une intervention chirurgicale. S'il est possible que des adhérences se forment dans l'articulation gléno-humérale, entre l'épaule et l'humérus, il faut le plus souvent des mois ou des années d'immobilité pour que cela se produise. Certaines personnes ont la chance d'en réchapper. Un thérapeute formé à ce type de problème peut résorber ces adhérences en manipulant l'articulation avec des mouvements lents, doux et jamais agressifs. Des thérapeutes en massage orthopédique ont appris à maîtriser une technique qui ressemble au mouvement d'un pilon dans un mortier afin de masser en douceur le fascia profond et de l'étirer au sein de l'articulation, mais il faut au préalable éliminer les *trigger points* en massant tous les muscles de l'épaule (Waslaski, 2012). Vous pouvez vous libérer vous-même des *trigger points* et, ainsi, améliorer votre capacité de bouger et diminuer considérablement la douleur et la probabilité de souffrir d'une véritable capsulite rétractile. Il est facile de comprendre l'importance d'une articulation saine de l'épaule lorsque l'on mobilise la main et le bras pour effectuer un nombre quasi illimité d'actions. Le mouvement de la sphère (tête de l'humérus) dans une cavité (glène) est la principale action de l'épaule, mais celui de l'omoplate est tout aussi important si ce n'est plus. Pensez à l'omoplate comme une sorte de plate-forme pour une grue, la grue étant le bras. L'articulation de l'épaule est l'endroit où la grue pivote pour optimiser la mobilité du bras; l'omoplate étant peu limitée par des ligaments, elle bouge librement dans le dos. Cette liberté nécessite une disposition complexe des puissants muscles, à l'avant et à l'arrière du tronc, associés à l'omoplate qu'ils contrôlent. Sur les vingt-quatre muscles impliqués dans l'épaule, dix-sept sont insérés sur l'omoplate et tous jouent un rôle dans le positionnement et le fonctionnement de l'épaule. De manière semblable à des dominos qui tombent les uns après les autres, de nombreux muscles pâtissent d'un déséquilibre significatif de l'un d'entre eux (Davies, 2006).

Les quatre muscles de la coiffe des rotateurs sont la cause la plus fréquente de douleur à l'épaule, de perte de la mobilité du bras et de craquement ou d'inflammation dans l'articulation. La coiffe des rotateurs est composée des *tendons* de ces quatre muscles extraordinairement importants qui recouvrent les surfaces internes et externes de l'omoplate. Les tendons sont les puissantes extrémités fibreuses des muscles qui les fixent solidement aux os. En cas de problème avec un tendon, il est probable que la cause se trouve dans le muscle correspondant (Davies, 2006).

Sur les vingt-quatre muscles impliqués dans l'épaule, dix-sept sont insérés sur l'omoplate.

Si vous êtes capable d'effectuer l'automassage de ces muscles pour en éliminer les *trigger points*, il se peut que vous échappiez à la nécessité de faire manipuler l'épaule, à des infiltrations de corticoïdes et à des séances pas toujours agréables de kinésithérapie. La mobilisation de l'épaule et son étirement, qui sont le plus souvent proposés en kinésithérapie lorsqu'une épaule est douloureuse, aboutissent souvent à des résultats décevants lorsque les muscles de la coiffe des rotateurs sont raides et résistent. La thérapie la plus directe, efficace et sans risque, est le massage spécifique des *trigger points* dans ces muscles. Même lorsqu'une intervention chirurgicale s'impose pour corriger un véritable problème structurel, masser les *trigger points* dans les muscles de la coiffe des rotateurs est indispensable pour éliminer toute douleur résiduelle (Simons, Travell et Simons, 1999; Danneskiold-Samoe, Christiansen et Andersen, 1983).

N'oubliez pas de lire le [chapitre 3](#), «Recommandations préalables», afin d'apprendre comment faire le massage.

## Sus-épineux

Les muscles *sus-épineux* naissent dans une fosse sur le haut de la face postérieure de l'omoplate, au-dessus de l'épine scapulaire ([figure 5.21](#)) comme leur nom l'indique. En effet, «sus» vient du latin *susum* et signifie «vers le haut, en haut». À leur autre extrémité, ces muscles qui passent sous l'acromion viennent se fixer sur la face externe de la tête de l'humérus. Cette insertion permet de lever facilement le bras grâce à un effet de levier important. Cela contribue en outre à maintenir la cohésion de l'articulation de l'épaule par l'action conjointe du sus-épineux avec les autres muscles de la coiffe des rotateurs (en fait, son action est couplée avec celle du deltoïde).

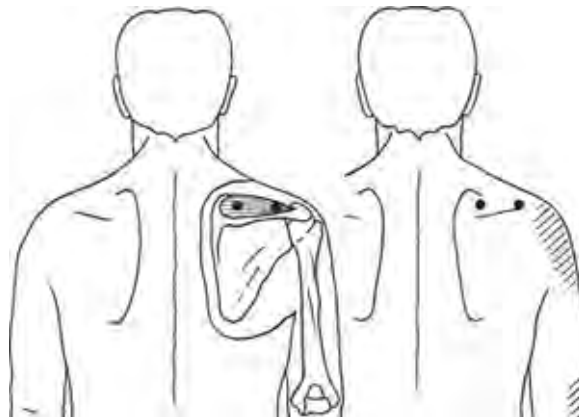


Figure 5.21 *Trigger points* du sus-épineux et schéma de douleur référée

En cas de douleur sur l'extérieur de l'épaule, vous penserez d'abord à masser le muscle deltoïde. Certes, son massage est facile, agréable et peut même vous faire du bien, mais il ne résoudra pas votre douleur à l'épaule si le sus-épineux est en cause. Les *trigger points* dans les sus-épineux peuvent être au cœur d'un problème qui serait, sinon, inexplicable.

*Âgé de 55 ans, Éric fait une mauvaise chute au ski. Dix-huit mois plus tard, il a toujours mal à l'extérieur de l'épaule gauche et du coude gauche. Il ne peut pas lever le bras sans souffrir le martyre. Parfois, il suffit qu'il traverse une pièce le bras relâché pour avoir mal. Jouer du piano,*

ce qu'il a toujours fait le week-end pour un revenu complémentaire, est devenu un calvaire. Après de nombreux examens, le médecin d'Éric s'interroge toujours sur la cause de son problème. Un ami qui s'y connaît en soins exerce une pression sur un point extrêmement sensible du sus-épineux de l'omoplate gauche d'Éric, reproduisant la douleur dans son coude et son épaule. Il lui montre comment masser le muscle. Trois semaines plus tard, grâce à ses efforts — après une année et demie de souffrances — la douleur a finalement disparu.

## Symptômes

Une douleur provenant des *trigger points* du sus-épineux est principalement perçue au repos comme une douleur aiguë sur l'extérieur de l'épaule ([figure 5.21](#)). Parfois, la douleur irradie vers le côté extérieur du bras, l'avant-bras et jusqu'au poignet (non montré). Le seul fait de lever le bras peut être douloureux et l'amener au-dessus de la tête est pratiquement impossible. Se laver ou se coiffer devient problématique. Ces difficultés et la douleur qui est à leur origine sont souvent diagnostiquées, à tort, de bursite (Simons, Travell et Simons, 1999; Bonica et Sola, 1990).

La présence de *trigger points* dans le sus-épineux provoque un claquement ou un bruit sec qui est parfois entendu ou perçu dans l'articulation de l'épaule. Le muscle est si tendu que la tête de l'humérus ne parvient plus à bouger sans heurt dans la glène. Tout disparaît dès que les *trigger points* sont désactivés.

Le sus-épineux est également l'une des nombreuses sources de douleur au coude appelée tennis elbow. S'il est fréquent que l'on établisse un diagnostic fourre-tout de type arthropathie, tendinite ou inflammation, un tennis elbow n'est souvent qu'une douleur référée due à des *trigger points* myofasciaux que l'on peut soigner très efficacement grâce au massage. La présence de *trigger points* dans le triceps brachial ou l'un des autres muscles du bras est la cause la plus fréquente d'un tennis elbow. Étant donné que les *trigger points* dans le sus-épineux sont loin du coude et, en outre, moins souvent impliqués en cas de tennis elbow, on oublie généralement de les envisager comme responsables de cette douleur si commune.

## Causes

Le sus-épineux est fréquemment sollicité de manière excessive lors d'un unique effort physique intense, par exemple déplacer un grand canapé ou porter de lourdes charges comme des boîtes ou des valises. Les muscles sus-épineux doivent alors travailler très dur pour préserver la cohésion de l'articulation des épaules, en particulier lorsqu'il s'agit de porter un objet de type valise avec le bras baissé. Un effort répété tel qu'un travail avec les bras au-dessus de la tête durant une longue période ou devant un ordinateur sans soutien pour les coudes peut également épuiser les sus-épineux. Le simple fait de balancer les bras quand vous marchez suffit alors pour ajouter un degré intolérable de tension dans les sus-épineux déjà affaiblis. Une chute peut également provoquer l'apparition de *trigger points* dans les sus-épineux tout comme un gros chien tout en muscles qui tire comme un fou sur sa laisse (Simons, Travell et Simons, 1999; Hagberg, 1981).

## Traitement

Le sus-épineux se trouve en haut de l'omoplate, immédiatement derrière le faisceau supérieur du trapèze sur le dessus de l'épaule. Relisez à la précédente section sur l'omoplate la manière de repérer les différentes parties de cet os ([pages 102 et 103](#)). Trouvez l'angle supérieur et l'épine scapulaire. Si votre main est au bon endroit, le bout des doigts touche le bord supérieur de l'épine scapulaire et la paume de votre main est posée sur la clavicule. Afin de vérifier qu'il s'agit bien du sus-épineux, levez

le bras devant vous et légèrement sur le côté. Au moment où il commence à bouger, vous devriez sentir le muscle qui se contracte et gonfle sous vos doigts. Si ce n'est pas le cas, déplacez légèrement les doigts vers l'extérieur.

Des *trigger points* sont présents en deux endroits du sus-épineux ([figure 5.21](#)). L'un d'eux est le ventre du muscle, juste sous l'angle supérieur de l'omoplate. Comme il est facile de le confondre avec l'un des *trigger points* de l'angulaire de l'omoplate, palpez-le avec soin. Si le massage est vraiment agréable, vous êtes probablement sur l'angulaire de l'omoplate. Le second *trigger point* se trouve à 5 cm environ plus loin vers l'extérieur, près de l'endroit où ce muscle passe sous l'acromion, la pointe osseuse de l'épaule. Le *trigger point* est juste dans le V formé par l'épine scapulaire et la clavicule, à leur point de jonction. Ce *trigger point* peut être extrêmement sensible, comme un hématome. Faites en sorte que l'automassage soit agréable. Cela ne doit pas vous faire plisser les yeux ou grimacer.

La sensibilité des doigts aide à localiser les *trigger points* dans le sus-épineux, mais il vaut mieux, plutôt que de se fatiguer à utiliser les doigts, masser avec une Thera Cane ou un Backnobber ([figure 5.22](#)). Il sera utile de positionner soigneusement la boule de l'appareil de massage avec les doigts en sentant l'angle supérieur de l'omoplate et l'épine scapulaire. Avec l'un ou l'autre de ces appareils, la main opposée posée sur la crosse vous permettra, grâce à un effet de levier, d'appuyer fortement sur le muscle.

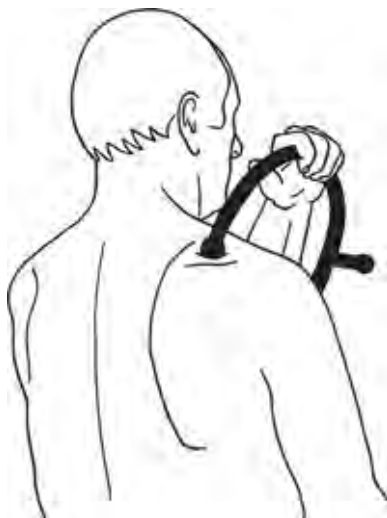


Figure 5.22 Massage du sus-épineux avec une Thera Cane (la main opposée sur la crosse)

Il est possible que vous ayez besoin d'être aidé pour vous occuper du sus-épineux. Si c'est le cas, un partenaire debout derrière vous (qui serez assis) touchera le sus-épineux avec les deux pouces, les doigts ou un Knobble.

## Sous-épineux

Les sous-épineux couvrent pratiquement chacune des deux omoplates sous l'épine scapulaire ([figure 5.23](#)). Vers l'extérieur, le sous-épineux se fixe sur l'arrière de la tête de l'humérus, ce qui permet au bras de tourner en dehors comme lorsqu'on amène le bras vers l'arrière pour lancer une balle ou que l'on se prépare à effectuer un coup droit avec une raquette de tennis. Sans rotation vers l'extérieur, il serait impossible de lever le bras au-dessus du niveau de l'épaule. Le sous-épineux contribue en outre fortement à ce que la tête de l'humérus reste dans la glène.

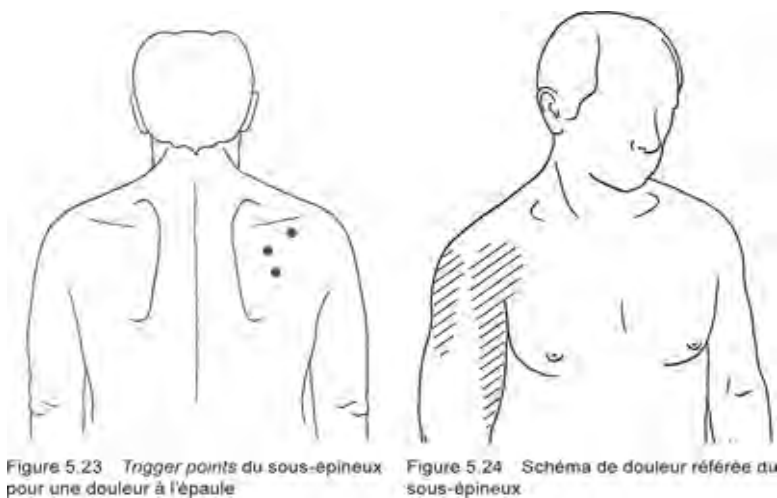


Figure 5.23 Trigger points du sous-épineux pour une douleur à l'épaule

Figure 5.24 Schéma de douleur référée du sous-épineux

Le sous-épineux est l'un des muscles du corps le plus souvent meurtri. Il risque de mettre un terme à une carrière d'athète comme l'illustre le cas de Stéphanie.

*Cela fait trente-deux ans que Stéphanie est coach de tennis. Elle a mal aux deux épaules depuis qu'elle a commencé à y jouer étant enfant. Un diagnostic de tendinite de la coiffe des rotateurs ayant été établi, Stéphanie subit de nombreuses infiltrations de corticoïdes et voit un kiné pratiquement toutes les semaines. Malgré le traitement, la douleur l'empêche souvent de jouer. Elle s'inquiète beaucoup de voir que plusieurs jeunes joueurs se mettent à avoir une douleur à l'épaule très similaire à la sienne. «Je les fais jouer malgré la douleur, tout comme on nous l'a dit quand j'avais leur âge», dit-elle. «J'ai peur qu'ils se retrouvent estropiés comme moi, mais je ne sais pas quoi faire d'autre. Ils ont tellement envie de jouer.» Un massothérapeute montre à Stéphanie comment soigner elle-même son épaule en s'aidant d'une balle de tennis contre un mur, ce qui lui permet de se débarrasser de sa douleur à l'épaule pour la première fois depuis l'âge de 14 ans. Il lui semble que l'aspect le plus positif de cette découverte est qu'elle peut la transmettre à ses élèves.*

## Symptômes

Paradoxalement, bien qu'ils soient situés derrière l'épaule, les *trigger points* dans le sous-épineux sont la source de douleur la plus fréquente à l'avant de l'épaule (figure 5.24). Cette douleur semble généralement se trouver en profondeur dans l'articulation et peut irradier vers une partie du biceps brachial. Une hypersensibilité du faisceau antérieur du deltoïde et de la gouttière bicipitale dans la tête de l'humérus (où s'insère le tendon du biceps brachial) peut aboutir à un diagnostic erroné de tendinite bicipitale. La douleur est parfois présente sur l'extérieur de l'épaule. Plus rarement, le *trigger point* situé tout contre le bord interne de l'omoplate (figure 5.25) provoque une douleur à la nuque, en haut du dos près de l'omoplate, sur tout le bras et jusqu'à la main du côté du pouce. Lorsqu'une douleur irradie dans l'avant-bras, elle tend à favoriser la formation de *trigger points* satellites dans la main et les extenseurs des doigts, aboutissant à une douleur et à d'autres symptômes dans la main. Il est également possible de développer une hyperhidrose, ou transpiration excessive, au sein de la zone de douleur référée voire dans les mains (Simons, Travell et Simons, 1999; Pace, 1975).

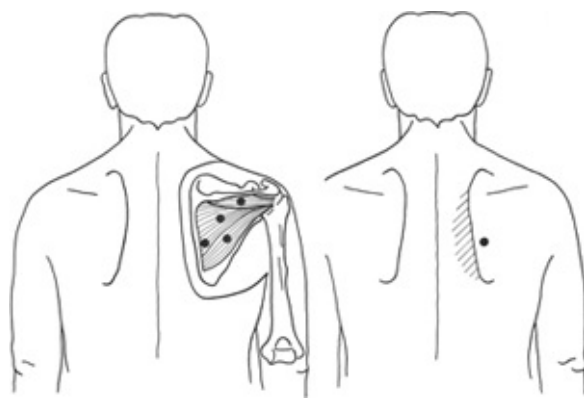


Figure 5.25 *Trigger point* du sous-épineux contre le bord interne de l'omoplate et schéma de douleur référée

Les autres symptômes en cas de *trigger points* dans le sous-épineux sont une faiblesse et une raideur de l'épaule et du bras, ceux-ci se fatiguant alors facilement. La rotation du bras vers l'intérieur et vers l'extérieur est limitée, ce qui rend difficile la mobilisation du bras dans n'importe quelle direction. La rotation du bras étant nécessaire pour atteindre quelque chose derrière soi, il devient impossible de tendre le bras vers l'arrière. Il n'est plus possible de mettre un soutien-gorge ou de le retirer et il faut batailler ferme pour parvenir à enfiler une veste ou la retirer. Se coucher du côté de l'épaule atteinte est douloureux tout comme s'allonger du côté opposé, parce que le poids du bras qui souffre tire sur le sous-épineux. Même le fait de vouloir se peigner les cheveux ou se brosser les dents peut faire mal (Simons, Travell et Simons, 1999; Sola et Williams, 1956).

Les muscles rotateurs internes, le sous-scapulaire et le grand pectoral, sont parfois à l'origine de problèmes dans le sous-épineux et le petit rond. Si le sous-scapulaire et le grand pectoral sont raccourcis, tendus et renferment des *trigger points*, le sous-épineux et le petit rond se retrouvent excessivement étirés. Ces deux derniers muscles développent alors un schéma de compensation des *trigger points*. Le sous-épineux peut être responsable de la majorité de la douleur référée dont vous souffrez, mais si vous n'éliminez pas les *trigger points* dans les muscles opposés et leur raccourcissement, vous ne résoudrez rien. Désactivez donc tous les *trigger points* avant d'envisager des étirements.

Il est possible que de nombreux muscles de l'épaule se retrouvent avec des *trigger points*, auquel cas vous avez le plus grand mal à bouger le bras. La rigidité de l'épaule imposée par la raideur des muscles peut inciter votre médecin à penser que vous souffrez d'adhérences dans l'articulation (capsulite rétractile). Il risque alors de vous proposer une manipulation en force sous anesthésie. Quoi qu'il en soit, cette affection communément appelée «épaule bloquée» ou «épaule gelée» se traite souvent très efficacement en massant les *trigger points* dans les muscles de la coiffe des rotateurs et les autres muscles associés.

## Causes

Un travail qui impose de garder les bras au-dessus de la tête ou en rotation externe durant des heures ne peut que fragiliser les muscles sous-épineux étant donné qu'ils doivent rester contractés pour que les bras restent levés. Amener les bras vers l'arrière de manière répétée risque de provoquer le raccourcissement des sous-épineux et la survenue de nombreux *trigger points*. Un accident, une chute et bien des activités sportives risquent de blesser les sous-épineux. Conduire une voiture les mains posées sur le haut du volant demande un effort permanent aux sous-épineux et aux sus-épineux, car ces deux muscles travaillent ensemble pour que les bras restent levés (Simons, Travell et Simons, 1999; Baker, 1986).



Pour la même raison, travailler sur un ordinateur sans soutien des coudes épuise rapidement ces deux muscles. Conserver la main sur la souris posée trop loin sur le côté peut entraîner une douleur chronique à l'épaule du même côté, car cette position demande une rotation externe du bras et une contraction permanente du sous-épineux et du petit rond. Passez donc en revue vos activités quotidiennes afin de découvrir les autres manières susceptibles d'épuiser les sous-épineux lors d'un geste répété et monotone demandant trop d'efforts en rapport avec une rotation externe du bras. Cherchez des solutions pour éliminer ou minimiser ces facteurs perpétuels.

## Traitement

Comme le sous-épineux se trouve sur l'extérieur de l'omoplate, c'est un muscle qu'il est facile de masser soi-même. Assurez-vous de son emplacement en le sentant se contracter et gonfler pendant que vous mobilisez le bras en rotation externe ([figure 5.26](#)). Une Thera Cane convient bien à un automassage des sous-épineux tout comme un Backnobber, mais vous pouvez préférer une balle de tennis ou une balle rebondissante contre un mur ([figure 5.27](#)). Si vous choisissez d'utiliser une balle, placez-la juste sous l'épine scapulaire et tournez le corps de 45 degrés environ afin que l'omoplate se retrouve contre le mur. Si votre dos est plaqué contre le mur, cela veut dire que vous avez manqué le *trigger point*. Recherchez les deux *trigger points* juste sous l'épine scapulaire, puis sentez avec les doigts le bord du muscle qui est parallèle au bord latéral de l'omoplate. Vous trouverez le *trigger point* qui déclenche une douleur à l'avant de l'épaule au milieu de ce faisceau de muscle de la taille d'un doigt. Dix à douze mouvements de va-et-vient pour masser chaque *trigger point* suffisent, mais vous avez tout intérêt à répéter cette série de mouvements plusieurs fois par jour. Lisez le [chapitre 3](#) sur les recommandations préalables pour de plus amples instructions de massage (page [35](#)).



Figure 5.26 La flèche indique la rotation externe qui permet de trouver le sous-épineux lors d'une contraction (même mouvement que lorsqu'on fait du stop)





Figure 5.27 Massage du sous-épineux avec une balle contre un mur

Le sous-épineux est un muscle particulièrement sournois dans le sens où il est rare d'avoir mal dans le sous-épineux lui-même. Vous pouvez vous retrouver en train de frotter l'avant ou le côté de votre épaule parce que vous aurez oublié que les *trigger points* dans le sous-épineux provoquent souvent une douleur à cet endroit. Vous ignorerez que le coupable est le sous-épineux tant que vous n'aurez pas appuyé dessus.

Faites attention avec tout exercice ou étirement des sous-épineux ou de tout autre muscle de l'épaule tant que vous n'aurez pas éliminé les *trigger points*. Les *trigger points* dans les sous-épineux sont inhabituellement irritables, ce qui implique qu'un étirement serait une thérapie contre-productive. Un thérapeute peut insister sur la nécessité de faire travailler l'épaule, mais la faiblesse et la raideur qui semblent poser problème sont en fait une forme de protection que les *trigger points* essayent d'apporter. La force de ce muscle revient rapidement une fois que les *trigger points* ont été désactivés. L'exercice et les étirements sont utiles pour vous aider à retrouver toute votre mobilité, sauf si les *trigger points* n'ont pas disparu.

## *Petits ronds*

Chaque muscle *petit rond* se trouve sur l'omoplate juste sous le sous-épineux et se fixe lui aussi sur l'arrière de la tête de l'humérus ([figure 5.28](#)). Le petit rond aide le sous-épineux à tourner le bras vers l'extérieur.

Le schéma de douleur référée pour le petit rond est très différent de celui pour le sous-épineux. Il concerne essentiellement un endroit très localisé à l'arrière de l'épaule, dans la zone de son insertion à l'humérus. La douleur due au *trigger point* dans le petit rond n'est parfois remarquée qu'au moment où des problèmes plus gênants surviennent avec les autres muscles de l'épaule.



Figure 5.28 *Trigger point* dans le petit rond et schéma de douleur référée

La présence d'un *trigger point* dans le petit rond peut également être la cause d'un engourdissement ou de picotements préoccupants à l'annulaire et au petit doigt. Remarquez qu'un schéma comparable d'engourdissement de doigts peut résulter de *trigger points* dans le petit pectoral. Une douleur plutôt qu'un engourdissement dans ces deux doigts suggère l'existence de *trigger points* dans le grand dorsal.

Le *trigger point* dans le petit rond se trouve en haut du bord latéral de l'omoplate. Reportez-vous à la section précédente sur l'omoplate pour des instructions détaillées sur la manière de repérer ce bord latéral. Pendant que vous tournez le bras vers l'extérieur, comme vous l'aviez fait avec le sous-épineux ([figure 5.26](#)), sentez à la fin du mouvement le muscle qui se contracte et gonfle sur le bord externe. Ce *trigger point* contre le bord latéral se trouve à environ 2-3 cm au-dessus du niveau de l'aisselle. Le petit rond se masse selon les mêmes techniques que le sous-épineux. Une balle de tennis ou une balle rebondissante contre un mur constitue un instrument idéal. Faites-la rouler lentement de haut en bas contre le petit rond ([figure 5.29](#)).

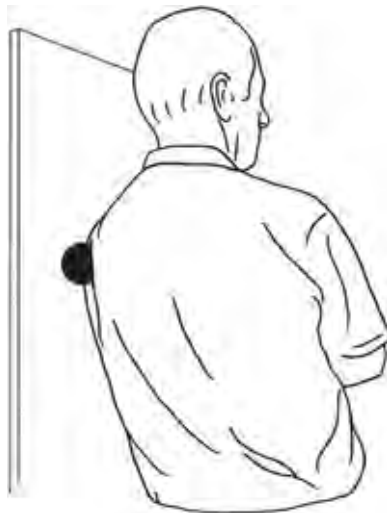


Figure 5.29 Massage du petit rond avec une balle contre un mur

Si la douleur persiste à l'arrière de l'épaule une fois le *trigger point* désactivé dans le petit rond, consultez au début de ce chapitre les différents guides pour voir tous les autres muscles où siège une douleur à ce même endroit. Il est également possible que vous ayez besoin de désactiver les *trigger points* présents dans le grand et le petit pectoral et d'étirer ces muscles.

## Sous-scapulaires

Les sous-scapulaires sont des muscles exceptionnellement puissants qui tapissent l'avant de la face profonde de l'omoplate (figure 5.30). Visualisez ce muscle pris en sandwich entre l'omoplate et les côtes (sur l'illustration, les côtes ont disparu et vous regardez au travers du corps vers l'arrière). Le point d'insertion de ce muscle sur la tête de l'humérus lui permet de tourner le bras vers l'intérieur, comme si l'on mettait quelque chose dans sa poche arrière. Cela permet également au sous-scapulaire de contribuer à la cohésion de l'articulation de l'épaule et à ce que la tête de l'humérus soit bien centrée dans sa glène.

Vous pensez probablement que le sous-scapulaire est inatteignable et, par conséquent, impossible à traiter, vu qu'il est enfoui sur le côté antérieur de l'omoplate. En fait, il est étonnamment accessible si l'on sait comment s'y prendre, ce qui est une bonne nouvelle, car le sous-scapulaire est souvent à l'origine d'une épaule douloureuse. Avec une épaule bloquée en particulier, savoir comment désactiver les *trigger points* dans le sous-scapulaire peut être la clé de la guérison. Sans cette connaissance, il peut falloir énormément de temps pour récupérer (Simons, Travell et Simons, 1999; Cantu et Grodin, 1992; Voss, Ionta et Myers, 1985).



Figure 5.30 *Trigger points* dans le sous-scapulaire et schéma de douleur référée

*Âgé de 48 ans, Jean-Marc a mal à l'épaule gauche depuis plusieurs mois. Le problème a débuté lorsqu'il a trébuché et qu'il est tombé alors qu'il ramassait des branches cassées après une tempête. Son épaule l'élance tout le temps et la douleur le réveille souvent la nuit. Il cesse même d'essayer de lever le bras et craint chaque matin d'enfiler son tee-shirt. Il déteste l'idée de consulter un médecin, mais son problème ne s'améliore pas. Son épouse lui offre un bon pour se faire masser gratuitement et, à sa grande surprise, il y va. Le thérapeute travaille sur un point extrêmement sensible sous son bras, puis lui montre comment se masser à cet endroit. Comme son épaule va mieux, cela l'encourage à poursuivre seul. Lorsqu'on lui demande trois mois plus tard au travail comment se porte son épaule, il prend conscience qu'il n'a plus mal depuis un bon moment. Il lève entièrement le bras pour le tester et déclare: «Je l'avais complètement oubliée». «Je n'y pense même plus.»*

*Le problème à l'épaule de Corine est survenu d'une manière très différente. À 16 ans, elle a décidé d'apprendre à jouer du banjo, ce dont elle rêve depuis toujours. Mais peu après les premières leçons, elle commence à ressentir une douleur derrière l'épaule gauche lorsqu'elle s'assied pour pratiquer. Il lui suffit de tenir le manche de l'instrument pour avoir mal. Par chance, son professeur connaît un peu les trigger points, car il a lui aussi souffert d'une douleur. Il lui explique que la position de la main gauche lorsqu'on joue du banjo, de la guitare ou même du violon demande une rotation maximale vers l'extérieur du bras gauche. Pour y parvenir, le*

*muscle sous-scapulaire doit s'allonger à l'extrême, ce qui demande un effort considérable si l'on veut pratiquer longtemps et que le muscle n'est pas assez puissant et résistant. «Et il y a les trigger points», lui dit-il. Après lui avoir montré comment se masser le sous-scapulaire, Corine peut continuer à jouer du banjo, sans avoir mal, tant qu'elle se montre raisonnable.*

## Symptômes

Le principal symptôme dû aux *trigger points* dans le sous-scapulaire est une douleur aiguë en profondeur à l'arrière de l'épaule ([figure 5.30](#)). Parfois également, le poignet fait mal et signe, là aussi, la présence de *trigger points* dans le sous-scapulaire. Il arrive en outre que la douleur à l'épaule irradie l'arrière du bras (non montré) ou encore qu'un point à l'avant de l'épaule soit devenu hypersensible parce que le sous-scapulaire est constamment tirailé avec rudesse au niveau de son point d'insertion sur l'humérus.

Pour que l'articulation de l'épaule puisse travailler librement et sans à-coups, il faut que la traction des quatre muscles de la coiffe des rotateurs soit équilibrée. Un sous-scapulaire affaibli par des *trigger points* permet au sus-épineux de tirer sur la tête de l'humérus sans rencontrer de résistance. La tête de l'humérus se retrouve alors coincée contre l'acromion. Un bruit sec ou de claquement lorsqu'on bouge l'épaule indique la présence probable de *trigger points* dans le sous-scapulaire ou le sus-épineux voire dans les deux muscles (Simons, Travell et Simons, 1999; Lippitt et Matsen, 1993).

Des *trigger points* dans le sous-scapulaire empêchent en outre ce muscle de s'étirer, ce qui limite la mobilité de l'épaule et la possibilité de tourner le bras dans une direction ou une autre. Il devient alors difficile d'atteindre quelque chose au-dessus de la tête, derrière le dos vers le haut ou en tournant le tronc. La douleur et la raideur invalidantes provoquées par la présence de *trigger points* dans le sous-scapulaire sont généralement prises, à tort, pour une bursite, de l'arthropathie, une tendinite bicipitale, une blessure de la coiffe des rotateurs ou une capsulite rétractile.

## Causes

Une sollicitation brutale et excessive des muscles de l'épaule, comme lors d'une chute, risque fort de nuire au sous-scapulaire. Si vous êtes une personne âgée, en surpoids ou, tout simplement, en mauvaise condition physique, vos épaules sont plus vulnérables à ce type d'accident. L'immobilisation prolongée de l'épaule le temps que guérisse une fracture au bras est une autre cause fréquente de survenue de *trigger points* dans le sous-scapulaire. Les victimes d'un accident vasculaire cérébral qui ont perdu l'usage d'un bras se retrouvent souvent avec des *trigger points* dans le sous-scapulaire en raison de leur inactivité. De même, lorsque l'on récupère d'une rupture de la coiffe des rotateurs, la présence de *trigger points* dans le sous-scapulaire est courante, tout comme suite à la blessure initiale. La luxation de l'épaule est une autre cause de *trigger points*.

Des *trigger points* apparaissent généralement dans le sous-scapulaire après un épuisement lors d'un exercice ou d'une activité sportive sans mise en condition physique préalable. S'amuser à balancer un enfant de haut en bas, au-dessus de la tête puis entre les jambes et à nouveau en l'air activera des *trigger points* dans le sous-scapulaire. Ceux qui s'adonnent trop au fitness, nagent, jouent au tennis ou lancent des balles de toutes sortes risquent tout particulièrement de léser leurs muscles sous-scapulaires. Au base-ball, un lanceur professionnel ayant dû interrompre prématurément sa carrière à cause d'une douleur chronique à l'épaule pourrait très bien revenir sur le terrain s'il suivait une thérapie pour dés-activer les *trigger points* dans ses sous-scapulaires et ses autres muscles de l'épaule.

## Traitement

La technique la plus simple pour accéder le mieux possible au sous-scapulaire consiste à s'asseoir en laissant pendre entre les jambes le bras du côté douloureux ([figure 5.31](#)). Appuyez le front sur une serviette pliée posée sur une table qui fera office de tampon. Cette position détend les muscles de l'épaule et amène l'omoplate vers l'avant en faisant légèrement tourner le buste, surtout si le bras pend librement entre les jambes. Posez fermement la partie charnue des doigts contre les côtes et comprimez fortement dans l'espace entre les côtes et l'aisselle. Si la main et les doigts sont plaqués contre les côtes, le bout des doigts appuyera très exactement sur le sous-scapulaire. Recherchez une «douleur exquise» en profondeur dans la fosse entre les côtes et le faisceau de muscle qui se trouve à l'arrière de l'aisselle. Ne pincez pas ce faisceau de muscle et n'exercez aucune pression sur lui. Cherchez plutôt le profond creux de l'aisselle. Pour les *trigger points* les plus hauts, allez tout en haut de l'aisselle et en direction de l'articulation. Lorsque vous trouvez un *trigger point*, massez-le en effectuant de lents mouvements brefs de va-et-vient en comprimant vers le haut puis vers l'extérieur contre l'omoplate. Parcourez toute la longueur du muscle en descendant peu à peu. La zone à masser mesure 10 à 12 cm. Ne négligez pas les *trigger points* proches de l'extrémité inférieure de l'omoplate lorsque vous approchez de son angle inférieur.



Figure 5.31 Massage du sous-scapulaire, le bras entre les jambes

L'idéal avec cette technique serait d'utiliser le pouce, ce qui sera probablement plus agréable. Lorsque vous vous penchez vers l'avant, posez le coude du côté du muscle à masser sur le genou pour un meilleur effet de levier. Relâchez de temps à autre la partie du corps que vous massez pour éviter une réaction de défense qui engendre des crispations en laissant pendre librement le bras entre les jambes. Si vous n'êtes pas sûr d'être sur le sous-scapulaire, contractez-le fortement en tournant le bras vers l'intérieur. La rotation interne amène le coude vers l'extérieur. Cette technique était, comme je l'ai indiqué au [chapitre 1](#), la thérapie de prédilection de mon père lorsqu'il voulait débloquer son épaule. Bien d'autres muscles étaient impliqués, mais le cœur du problème était le sous-scapulaire. Massez les *trigger points* dans le sous-scapulaire en effectuant douze mouvements de va-et-vient plusieurs fois par jour. Si la douleur vous réveille la nuit, faites alors une nouvelle séance d'automassage. Cela devrait atténuer suffisamment la douleur pour vous permettre de vous rendormir. Évitez tout excès, car l'aisselle devient facilement douloureuse.

Continuez cet automassage quotidien jusqu'à la disparition de tous les *trigger points*. Un soulagement notable peut être immédiat, mais il faut compter jusqu'à six semaines pour une désactivation complète. Les *trigger points* présents depuis des mois voire des années demanderont beaucoup d'attention. Parce qu'ils sont généralement mous, il est probable que vous n'ayiez pas conscience des ganglions lymphatiques. Toutefois, si vous percevez une bosse ferme plus grosse

qu'une cacahuète qui ne disparaît pas au bout de quelques jours, il vaut mieux la faire examiner par un médecin. Reportez-vous à la section «Contre-indications: des raisons d'être prudent» au [chapitre 3](#) pour de plus amples détails sur les ganglions lymphatiques (page 37). Par ailleurs, vous découvrirez rapidement que des ongles longs vous empêchent d'effectuer un automassage efficace des sous-scapulaires. Ce sacrifice en vaut la peine d'autant que des ongles repoussent.

Pour les personnes au large buste, cette technique d'automassage sera soit trop pénible soit tout bonnement impossible. Un partenaire à la fois consciencieux et doux sera alors d'un grand secours. Dans ce cas, avant de masser le sous-scapulaire de quelqu'un d'autre, répétez cette technique sur vous; vous serez alors plus bienveillant. S'il ne vous est pas possible de trouver quelqu'un pour vous masser, achetez un appareil de massage à bout arrondi, tout simple et bon marché, appelé Shemala Fingers (par exemple sur [www.corpstools.com](http://www.corpstools.com)). Il s'agit de deux doigts en plastique rigide fixés sur deux boules, le plus fin étant inestimable pour masser le sous-scapulaire.

## *Deltoïdes*

Si l'on posait à plat sur une table un muscle *deltoïde*, il aurait la forme de la lettre grecque delta ou encore celle d'un triangle. Le deltoïde entoure complètement l'épaule dont il forme le galbe. Si chaque deltoïde est, d'un point de vue technique, un muscle unique, il possède plusieurs sections que l'on regroupe généralement en trois parties: faisceau antérieur, postérieur et moyen du deltoïde respectivement sur l'avant, l'arrière et le côté extérieur de l'épaule. C'est pourquoi on dit souvent «les deltoïdes».

Les deltoïdes se fixent sur la clavicule, l'épine scapulaire et l'acromion, ce point osseux de l'épaule. Leur insertion basse se trouve sur une petite bosse vers le milieu de la face externe de l'humérus. Ils agissent en synergie avec le muscle sus-épineux pour lever le bras dans toutes les directions: vers l'avant, l'arrière et sur le côté.



Figure 5.32 *Trigger points* des deltoïdes





Figure 5.33 Schéma de douleur du deltoïde postérieur



Figure 5.34 Schéma de douleur du deltoïde moyen



Figure 5.35 Schéma de douleur du deltoïde antérieur

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans les deltoïdes est inhabituelle dans le sens où elle ne siège pas à distance du foyer local de lésion mais, justement, à l’endroit où se trouve le *trigger point*



ou tout près (figures 5.32, 5.33, 5.34 et 5.35). Cette douleur est principalement ressentie lorsque l'on bouge le bras et, moins souvent lorsque celui-ci est au repos tandis qu'une douleur référée dans les deltoïdes provenant d'un autre endroit est perçue en relation directe ou permanente avec l'activité dans ces autres muscles. Mobiliser le bras, comme pour manger ou atteindre quelque chose posé à l'horizontale, par exemple un objet sur le siège arrière d'une voiture, provoquera une douleur dans les deltoïdes.

Des *trigger points* présents n'importe où dans les deltoïdes affaiblissent l'épaule et rendent difficile la levée du bras. Les résultats au travail ou les performances en sport peuvent être sérieusement altérés. Lorsqu'un praticien en soins de santé ne décèle pas une cause myofasciale, il déclarera souvent, à tort, que la douleur provoquée par des *trigger points* dans les deltoïdes est due à une arthropathie, une bursite ou une tendinite de la coiffe des rotateurs (Simons, Travell et Simons, 1999; Reynolds, 1981).

Les *trigger points* dans les deltoïdes sont souvent, en fait, des *trigger points* satellites de points dans les scalènes, les grands pectoraux ou les muscles de la coiffe des rotateurs qui sont tous à l'origine d'une douleur dans la région des deltoïdes, à savoir l'avant, l'arrière et le côté de l'épaule. Reportez-vous au début de ce chapitre aux différents guides pour y trouver la liste des muscles responsables d'une douleur dans la région des deltoïdes.

## Causes

Les deltoïdes sont souvent trop sollicités lors d'activités athlétiques qui demandent une flexion importante de l'épaule, notamment la natation, le ski, l'haltérophilie et tous les jeux avec une balle. Au travail, les deltoïdes s'épuisent lorsqu'ils contribuent à porter de lourds outils ou s'il faut, des heures durant, prendre quelque chose en hauteur ou derrière soi. Les masseurs professionnels ou les personnes qui se massent elles-mêmes surmènent leurs deltoïdes. Prendre un bébé ou un jeune enfant et le porter est une cause très fréquente de violence faite aux deltoïdes et aux autres muscles de l'épaule. Une simple injection sous-cutanée suffit parfois à provoquer la survenue de *trigger points* (Simons, Travell et Simons, 1999; Cailliet, 1966; Jonsson et Hagberg, 1974).

Afin de diminuer les contraintes répétées imposées aux deltoïdes, cherchez des moyens de travailler différemment qui vous permettront de laisser reposer les bras en ayant les coudes vers le bas. Taper sur un clavier placé trop haut épuise les deltoïdes. Selon les principes ergonomiques, les coudes doivent être près du corps et les épaules relâchées, le clavier étant au même niveau que les coudes. Faites en sorte que les coudes soient soutenus et évitez dès que possible les chaises dépourvues d'accoudoirs.

N'oubliez jamais que les deltoïdes doivent travailler dur pour empêcher un déboîtement de l'os du bras de la glène de l'épaule lorsque que vous portez ou soulevez de lourdes charges. Ils risquent également de souffrir lors d'un accident ou d'une chute qui tord le bras, le coince ou tire dessus. Toute blessure ou choc à l'épaule risque fort de provoquer la survenue de *trigger points* dans les deltoïdes.

## Traitement

Si vous utilisez vos mains pour masser les deltoïdes, vous les épuiserez inutilement. Utilisez plutôt une balle de tennis ou une balle rebondissante contre l'angle d'un mur. Vous pourrez ainsi faire rouler la balle n'importe où sur les trois faisceaux de ce muscle.

Vous devez savoir que dans les deltoïdes antérieur et postérieur, les *trigger points* ne se trouvent qu'au milieu de ces deux faisceaux. Dans le deltoïde moyen, en raison de la disposition complexe des

fibres ([figure 2.11](#), page 19), des *trigger points* sont possibles n'importe où, du point d'insertion sur l'épaule à celui au milieu de l'os du bras. Or la plupart des nœuds seront justement trouvés dans le deltoïde moyen, car c'est le faisceau le plus gros et, aussi, parce que c'est lui qui travaille le plus. Penchez-vous contre un mur et faites rouler la balle verticalement de bas en haut en appuyant bien sur chaque centimètre de ce muscle.

## Muscles du bras

Les adeptes du culturisme attachent beaucoup d'importance aux muscles de leurs bras. Tous les autres en revanche ont tendance à les oublier. Lorsque les muscles du bras souffrent, les activités professionnelles ou ludiques les sollicitent d'une manière qui excède leur force et leur endurance. Ces muscles doivent soutenir le poids de tout ce que peut tenir votre main, qu'il s'agisse d'un bébé, d'un sac de courses ou d'un outil pesant. Parfois même, ils doivent soutenir le poids de la totalité du corps. Le simple fait de vous lever d'une chaise ou de votre siège auto, ou de vous asseoir, peut suffire à favoriser la survenue de *trigger points* dans les muscles du bras, surtout si vous êtes en surpoids.

### *Grands ronds et grands dorsaux*

De chaque côté du rachis, le *grand rond* et le *grand dorsal* partent ensemble de l'arrière de l'aisselle pour aller se fixer sur l'avant de l'os du bras près de son extrémité supérieure ([figures 5.36](#) et [5.37](#)). Leur rôle est d'amener le bras en bas, vers le buste, le coude étant tourné en direction du corps. Avec l'aide du deltoïde postérieur, ils permettent également d'amener le bras en arrière. Le grand dorsal est un muscle du bas du dos, mais nous l'avons mis dans ce chapitre parce qu'il permet de mobiliser les bras et provoque une douleur dans le milieu et le haut du dos.

La présence de *trigger points* dans le grand rond cause une douleur aiguë dans le deltoïde postérieur ([figure 5.36](#)) lorsqu'on pose les coudes sur une table ou un bureau, ou lorsqu'on veut prendre quelque chose sur une étagère en hauteur devant soi. Si un *trigger point* tout proche dans le grand dorsal est actif, ces mêmes mouvements entraînent une douleur dans le milieu du dos centrée sur l'angle inférieur de l'omoplate ([figure 5.37](#)). Un *trigger point* plus bas dans le grand dorsal crée une douleur sur le côté inférieur de l'abdomen. Lorsque les *trigger points* dans le grand dorsal sont particulièrement actifs, la douleur irradie parfois vers la face interne du bras jusqu'au côté du petit doigt de la main (ou cubital) en incluant l'annulaire et le petit doigt (non montré). Des *trigger points* dans le grand rond ou le grand dorsal peuvent en outre atténuer la force nécessaire pour lever le bras vers le haut devant soi, par exemple pour prendre quelque chose sur une étagère en hauteur. Vous n'arrivez plus à lever complètement le bras. Une douleur dans le grand dorsal peut être activée la nuit et vous réveiller.



Figure 5.36 *Trigger points* du grand rond et schéma de douleur référée

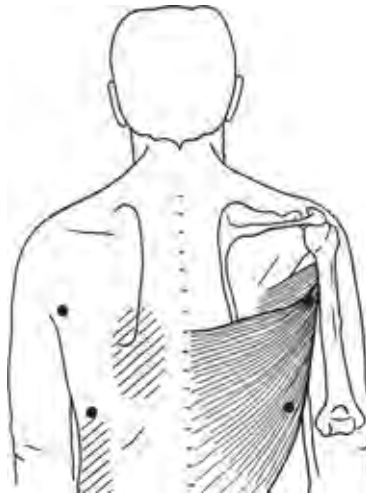


Figure 5.37 *Trigger points* du grand dorsal et schéma de douleur référée



Figure 5.38 Massage du grand rond et du grand dorsal entre le pouce et les autres doigts



Figure 5.39 Massage du *trigger point* du grand dorsal avec une balle contre un mur

Si l'on tient compte de l'importance du grand rond et du grand dorsal pour amener en force le bras vers le bas, il est facile d'imaginer le type de tension et d'effort excessif pouvant s'avérer néfaste. Il s'agit d'activités telles que la gymnastique, le tennis, la natation, le fait de ramer, de couper du bois ou de lancer une balle. Faites preuve de modération lorsque vous pratiquez un exercice qui utilise les bras pour hisser le corps ou l'abaisser. Attention aux tâches qui provoquent un étirement excessif ou une tension répétée de ces muscles avec des mouvements vers l'avant ou le dessus de la tête. Des *trigger points* dans le grand dorsal peuvent même survenir à cause d'un soutien-gorge attaché trop serré.

Pincer un peu de muscle derrière l'aisselle avec le pouce et les autres doigts est très efficace pour localiser les *trigger points* dans le grand rond et le grand dorsal (figure 5.38). Recherchez un creux entre ces deux muscles. Le grand dorsal est plus superficiel et parfois aussi mince que la largeur de deux ou trois doigts. Massez ses *trigger point* en le pinçant pour un meilleur résultat. En saisissant plus de muscle, vous trouverez le grand rond. Parfois, on a l'impression qu'il ne s'agit que de tissu graisseux, mais si vous contractez ces muscles en les amenant vivement derrière vous tout en les pinçant, vous serez étonné de la quantité de muscle qui se trouve à cet endroit. On peut masser les *trigger points* du grand rond avec une Thera Cane ou bien avec une balle de tennis ou une balle rebondissante contre un mur. Placez la balle contre l'omoplate à mi-chemin du bord latéral de celle-ci et appuyez-vous au mur les bras croisés (figure 5.39). Faites rouler la balle sur l'angle inférieur de l'omoplate afin de trouver le second *trigger point* du grand rond. La figure 5.39 montre un automassage, à l'aide d'une balle, du *trigger point* inférieur du grand dorsal.

## Coraco-brachiaux

Chaque muscle *coraco-brachial* se trouve sur la face interne du bras entre le biceps brachial et le triceps brachial. Ce muscle est généralement un peu plus gros que l'index et environ deux fois plus long. Son extrémité inférieure se fixe vers la partie moyenne de l'os du bras et son extrémité supérieure sur l'apophyse coracoïde, ce petit morceau d'omoplate qui fait saillie sur l'avant de l'épaule (figure 5.16). Le rôle du coraco-brachial est de ramener le bras contre le corps.

Une douleur résultant du *trigger point* présent dans le coraco-brachial est perçue dans le deltoïde antérieur, le triceps brachial ainsi que l'arrière du bras et de la main (figures 5.40 et 5.41). Plus le *trigger point* sera actif et plus le schéma de douleur référée sera vaste. Lorsque le problème est sérieux, la douleur peut irradier jusqu'à l'extrémité du majeur. Il est possible de ne pas avoir conscience de l'implication du coraco-brachial dans ce schéma de douleur tant que des *trigger points* plus évidents à l'épaule et au bras n'auront pas été désactivés. La présence d'un *trigger point* dans ce

muscle peut rendre difficile la levée du bras au-dessus de la tête ou vers l'arrière. Un coraco-brachial raccourci à cause de ce *trigger point* peut également comprimer les nerfs dans le bras, provoquant un engourdissement dans le biceps brachial, le bras et la main.

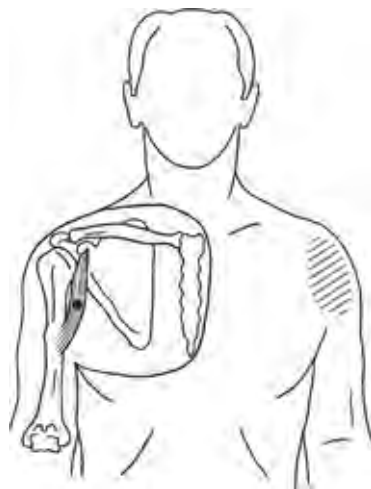


Figure 5.40 *Trigger point* du coracobrachial et schéma de douleur référée antérieur



Figure 5.41 Schéma de douleur référée postérieure du coracobrachial

Des exemples d'activités qui fragilisent ce muscle sont l'escalade, la natation, le golf, le tennis, le fait de grimper sur une corde, de lancer une balle et de faire des pompes. Tout métier qui demande de tirer quelque chose vers le bas de façon répétée peut épuiser le coraco-brachial. Faites attention quand vous soulevez une lourde charge avec le bras étiré sur l'avant et vers l'extérieur, les paumes vers le ciel.

Afin de localiser le coraco-brachial, appuyez le plus près possible de l'aisselle avec le pouce contre la face interne de l'humérus ([figure 5.42](#)). Contractez le biceps brachial en pliant le coude, puis plaquez-le contre le buste afin de contracter le coraco-brachial juste derrière. Comme ce n'est pas le muscle le plus facile à trouver, répétez ce mouvement plusieurs fois si besoin. Le *trigger point* se trouve tout en haut du bras contre l'humérus. Massez-le doucement avec le pouce en effectuant des mouvements de va-et-vient vers le haut et le bas. Restez bien sur ce muscle, car d'importants nerfs et vaisseaux sanguins se trouvent derrière lui.



Figure 5.42 Massage du coraco-brachial avec le pouce

Par où commencer? Identifiez les muscles correspondant le mieux à vos pires symptômes et choisissez les trois les plus importants. Massez-les tous trois fois par jour durant une semaine. À la fin de la semaine, ajoutez-y les trois muscles les plus importants suivants.

### Biceps brachiaux

Chaque *biceps brachial* possède deux faisceaux ou chefs bien distincts, l'un étant fixé sur l'apophyse coracoïde, le long du coraco-brachial et l'autre sur l'omoplate juste au-dessus de la glène (figure 5.43). Cette insertion sur l'omoplate permet au biceps brachial de lever le bras. L'extrémité inférieure du biceps brachial est attachée sur les os de l'avant-bras, ce qui lui permet de plier le coude et contribue à tourner la main paume vers le ciel.

Un autre rôle très important du biceps brachial est de contribuer à maintenir la tête de l'humérus dans la glène. De nombreux muscles participent à la cohésion de l'articulation de l'épaule, mais sans le biceps brachial, il serait impossible de porter un poids sans déboîter l'articulation.

La présence de *trigger points* dans le biceps brachial provoque essentiellement une douleur plus ou moins sourde et tenace sur l'avant de l'épaule et au pli du coude (figure 5.43). La douleur dans le biceps brachial lui-même est faible. On peut également ressentir une faiblesse dans le bras et une difficulté à tendre complètement le bras, paume vers le sol. Une vague douleur sourde est parfois perçue dans la région du sus-épineux derrière l'épaule (non montré). Une douleur référée à l'épaule résultant du biceps brachial risque d'être confondue avec une tendinite ou une bursite.

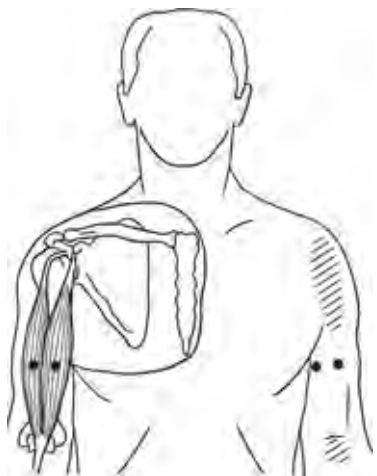


Figure 5.43 *Trigger points* du biceps brachial et schéma de douleur référée

Des *trigger points* peuvent apparaître dans le biceps brachial à cause d'une douleur résultant des muscles sous-épineux ou sous-claviers. Une autre cause fréquente de *trigger points* est un épuisement suite à des activités sportives, le fait de soulever une lourde charge (comme un bébé ou un jeune enfant) avec les paumes vers le ciel et d'effectuer des mouvements où le coude est fortement plié, comme des tractions sur barre fixe. Au travail, un effort répété comme, par exemple, utiliser en permanence un tournevis, épuisera le biceps brachial. Tourner une poignée de porte qui résiste peut activer une douleur si ce geste est répété. Soyez attentif aux activités qui maintiennent le biceps brachial contracté comme un droitier qui, en jouant du violon, impose au biceps brachial gauche de rester le plus possible contracté pour que la main reste en place sur le manche de l'instrument. Le biceps brachial droit d'un violoniste renferme souvent des *trigger points* à cause de sa contraction et de son allongement permanents lorsqu'il se penche. Les *trigger points* dans le biceps brachial peuvent également provoquer une rupture du tendon ou son grincement dans sa gaine au-dessus de la tête de l'humérus lorsqu'on amène le bras sur le côté.

On peut trouver des *trigger points* dans les deux faisceaux du biceps brachial vers le milieu. Massez ce muscle avec le pouce ou, plus fortement, avec l'articulation des doigts ([figure 5.44](#)) ou une balle contre un mur. Évitez la région sensible à l'avant de l'épaule. Reportez-vous au début de ce chapitre aux différents guides pour voir tous les muscles à l'origine d'une douleur dans cette zone (remarquez que le biceps brachial est en bas de la liste).



Figure 5.44 Massage du biceps brachial avec l'articulation des doigts

## *Triceps brachiaux*

Chaque *triceps brachial* est un long muscle puissant composé de trois faisceaux ou chefs. L'insertion du muscle sur le cubitus, l'un des deux os de l'avant-bras, lui donne une grande force de levier pour tendre le coude: le triceps brachial est l'unique responsable de cette action. L'attachement du long triceps (le faisceau le plus long) sur l'omoplate contribue à maintenir la tête de l'humérus dans la glène. Les *trigger points* sont présents dans le triceps brachial en cinq endroits différents et évoquent cinq schémas de douleur distincts.



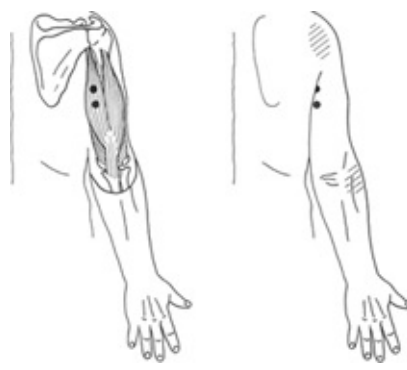


Figure 5.45 *Trigger points* du triceps brachial numéro 1 et schéma de douleur référée

**Triceps brachial numéro 1** Ces *trigger points* provoquent une douleur à l’arrière de l’épaule et sur l’extérieur du coude (figure 5.45). Lorsqu’ils sont très actifs, ils peuvent même irradier jusqu’au faisceau supérieur du trapèze et la base du cou (non montré). Ce sont les *trigger points* les plus fréquents dans le triceps brachial, mais leur présence sur le bord interne du triceps brachial est facile à manquer.

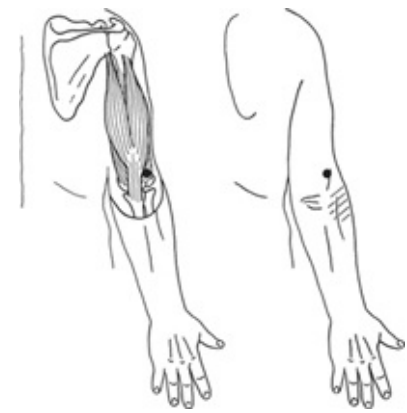


Figure 5.46 *Trigger point* du triceps brachial numéro 2 et schéma de douleur référée

**Triceps brachial numéro 2** Ce *trigger point* est lui aussi facile à négliger, car il se trouve très près du coude, là où le muscle est relativement mince. Il est l’une des nombreuses causes de douleur sur l’extérieur du coude qu’on appelle tennis elbow ou épicondylite latérale (figure 5.46). La douleur s’étend parfois à distance le long de l’arrière du bras.

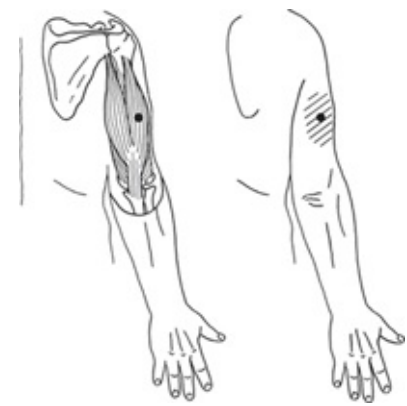


Figure 5.47 *Trigger point* du triceps brachial numéro 3 et schéma de douleur référée

**Triceps brachial numéro 3** Ce *trigger point* dans le faisceau appelé vaste externe provoque une douleur locale à l’arrière du bras (figure 5.47). Il est important, car un vaste externe noué risque de comprimer le nerf radial, causant un engourdissement dans le bras et la main du côté du pouce.

Comme le nerf radial traverse ce muscle à cet endroit précis, allez-y en douceur lorsque vous le massez.

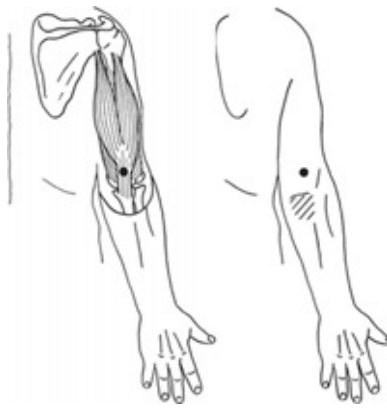


Figure 5.48 *Trigger point* du triceps brachial numéro 4 et schéma de douleur référée

**Triceps brachial numéro 4** Ce *trigger point* rend le coude hypersensible au toucher (figure 5.48), si bien qu'il devient impossible de le poser sur une table ou un accoudoir. Il est facile de le désactiver en le pinçant ou en exerçant une pression.

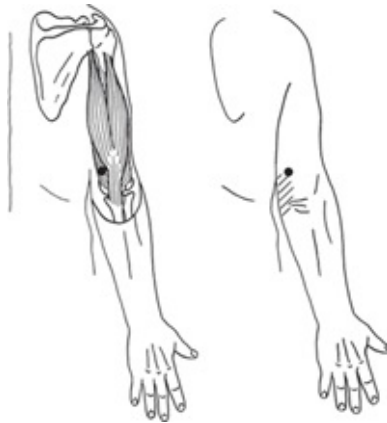


Figure 5.49 *Trigger point* du triceps brachial numéro 5 et schéma de douleur référée

**Triceps brachial numéro 5** Ce *trigger point* est à l'origine d'une douleur dans la partie interne du coude et, parfois, du bras (figure 5.49). C'est ce que l'on appelle parfois un «coude du golfeur» ou une épicondylite médiale.

Lorsqu'ils sont suffisamment actifs, certains de ces *trigger points* peuvent provoquer une douleur dans l'annulaire et le petit doigt. Chacun d'eux peut également entraîner une douleur sourde et oppressante à l'arrière du bras et dans le triceps brachial lui-même. La présence de *trigger points* dans ce muscle est souvent à l'origine d'une faiblesse du coude qui a alors du mal à plier et à se tendre. L'arthropathie, la tendinite, la tendinose et la bursite sont des explications fréquentes pour une douleur dans le coude due au triceps brachial lorsqu'on n'a pas envisagé la possibilité de l'existence de *trigger points*.

Un épuisement en faisant du sport ou au travail peut entraîner des *trigger points* dans le triceps brachial, notamment tout mouvement répétitif de poussée particulièrement vigoureux. Il suffit de tenir longtemps quelque chose pour créer des *trigger points* dans le triceps brachial. Parfois, il s'agit de *trigger points* satellites résultant d'autres *trigger points* insoupçonnés dans le grand dorsal ou le petit dentelé postérieur et supérieur.

Une manière commode et efficace pour masser le triceps brachial consiste à utiliser l'articulation des doigts en soutenant la main à l'aide d'une balle de tennis (figure 5.50). Cette technique s'effectue

de préférence sur un bureau, une table, un meuble de classement voire le dessus d'un vieux piano droit. Vous pouvez également recourir à cette technique pour masser le buste ou le genou. Une autre bonne idée, surtout pour le bord extérieur du triceps brachial, est l'emploi d'une balle contre un mur ([figure 5.51](#)).



Figure 5.50 Massage du triceps brachial avec l'articulation des doigts et une balle

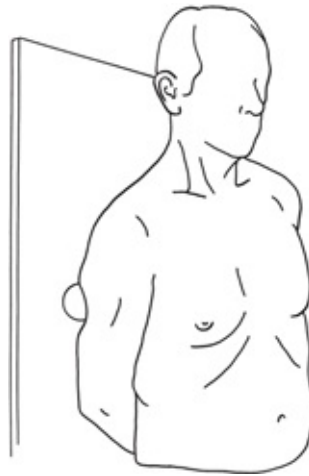
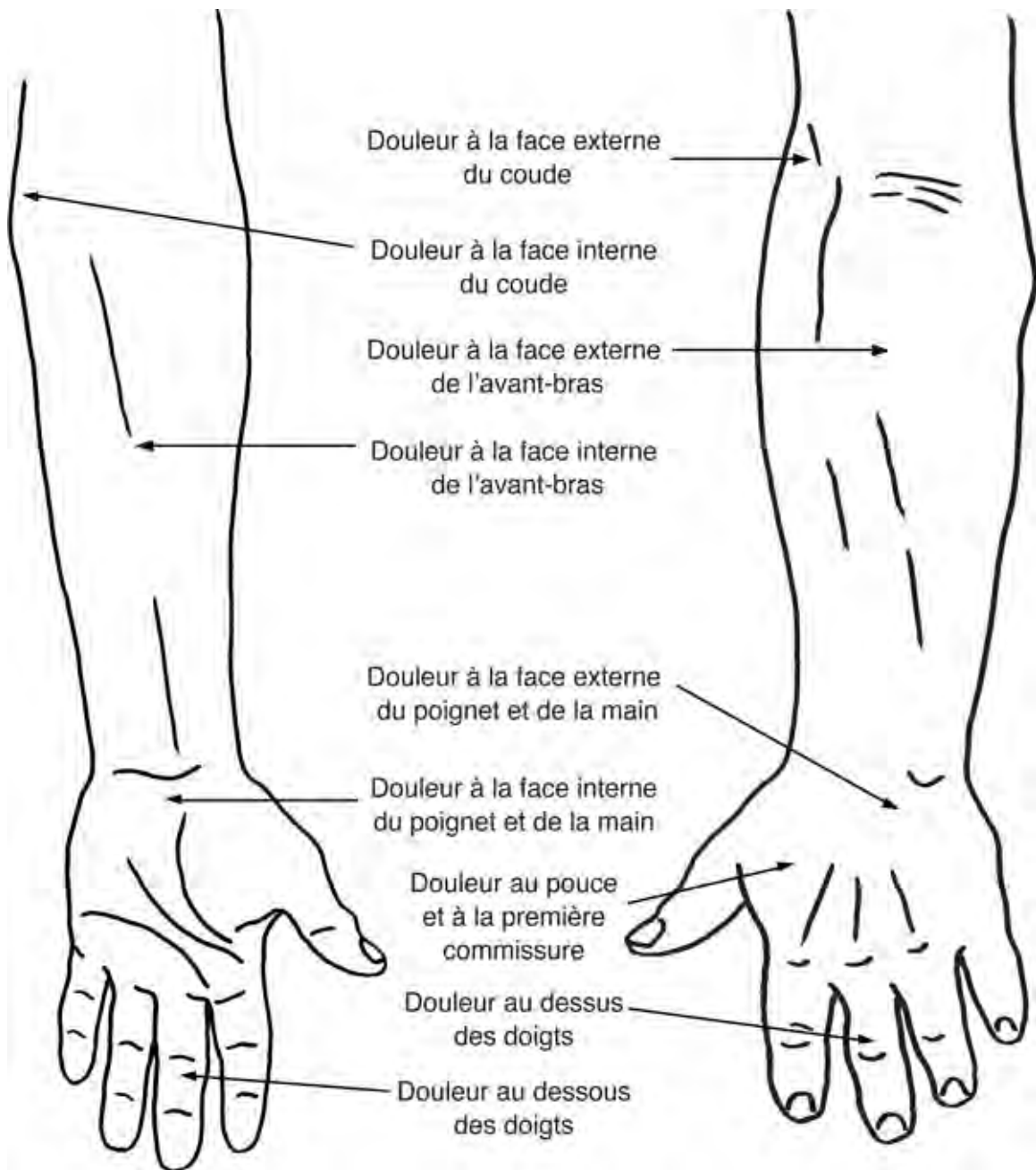


Figure 5.51 Massage du triceps brachial avec une balle contre un mur, les coudes étant réunis derrière le dos

## Chapitre 6

### Douleur au coude, à l'avant-bras et à la main



# Guide des douleurs

## Coude, avant-bras et main

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Face externe du coude

- extenseurs** (p. [137](#))
- court supinateur** (p. [139](#))
- long supinateur** (p. [139](#))
- triceps brachial** (p. [121](#))
- sus-épineux** (p. [108](#))
- anconé** (p. [142](#))

### Face interne du coude

- triceps brachial** (p. [121](#))
- grand pectoral** (p. [163](#))
- court abducteur du pouce** (p. [150](#))
- petit pectoral (p. [167](#))
- grand dentelé (p. [169](#))
- petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

### Face externe de l'avant-bras

- long supinateur** (p. [139](#))
- triceps brachial (p. [121](#))
- scalène (p. [96](#))
- extenseurs (p. [137](#))
- sous-épineux (p. [94](#))
- grand rond (p. [117](#))
- coraco-brachial (p. [130](#))
- sus-épineux (p. [108](#))
- sous-clavier (p. [166](#))

## Face interne de l'avant-bras

**carré pronateur** (p. [148](#))

long palmaire (p. [146](#))

rond pronateur (p. [148](#))

grand dentelé (p. [169](#))

triceps brachial (p. [121](#))

grand dorsal (p. [117](#))

grand pectoral (p. [163](#))

petit pectoral (p. [167](#))

petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

## Face externe du poignet et de la main

**extenseurs** (p. [137](#))

**long abducteur du pouce** (p. [144](#))

**court abducteur du pouce** (p. [150](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

coraco-brachial (p. [130](#))

scalène (p. [96](#))

grand dorsal (p. [117](#))

petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

**premier interosseux dorsal** (p. [135](#))

## Face interne du poignet et paume

**grand palmaire** (p. [145](#))

**cubital antérieur** (p. [145](#))

**opposant du pouce** (p. [150](#))

**petit palmaire** (p. [146](#))

**rond pronateur** (p. [148](#))

**carré pronateur** (p. [148](#))

**court abducteur du pouce** (p. [150](#))

**long abducteur du pouce** (p. [144](#))

grand pectoral (p. [163](#))

petit pectoral (p. [167](#))

grand dorsal (p. [117](#))

grand dentelé (p. [169](#))

## Pouce et 1<sup>re</sup> commissure

**court supinateur** (p. [139](#))

**scalène** (p. [96](#))

**brachial antérieur** (p. [130](#))

sous-épineux (p. [94](#))

premier radial (p. [138](#))

**long supinateur** (p. [139](#))

**court abducteur du pouce** (p. [150](#))

**opposant du pouce** (p. [150](#))

**adducteur du pouce** (p. [151](#))

sous-clavier (p. [166](#))

premier interosseux dorsal (p. [135](#))

long fléchisseur propre du pouce (p. [149](#))

## Dessus des doigts (côté dos)

**extenseur commun des doigts** (p. [143](#))

**interosseux** (p. [135](#))

**scalène** (p. [96](#))

**abducteur du 5e doigt** (p. [283](#))

**long abducteur du pouce** (p. [144](#))

triceps brachial (p. [121](#))

petit pectoral (p. [167](#))

grand dorsal (p. [117](#))

sous-clavier (p. [166](#))

## Dessous des doigts (côté paume)

**fléchisseur commun des doigts** (p. [147](#))

**interosseux** (p. [135](#))

triceps brachial (p. [121](#))

grand dorsal (p. [117](#))

grand dentelé (p. [169](#))

**abducteur du 5<sup>e</sup> doigt** (p. [283](#))

**carré pronateur** (p. [148](#))

sous-clavier (p. [166](#))



# Guide des autres symptômes

## Coude, avant-bras et main

### Arthropathie

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

interosseux (p. [135](#))

### Difficulté ou douleur lors des mouvements fins de la main

éminence thénar (muscles du pouce) (p. [150](#))

éminence hypothénar (muscles de l'auriculaire) (p. [152](#))

interosseux (p. [135](#))

### Doigt à ressaut

tendons de la main et fléchisseurs communs des doigts (p. [137](#))

### Engourdissements et fourmillements

#### Avant-bras

triceps brachial numéro 3 (p. [121](#))

petit pectoral (p. [167](#))

petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

#### Majeur et annulaire (avec occasionnellement l'index ou l'auriculaire)

rond pronateur (p. [148](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

#### Auriculaire, annulaire et majeur

scalène (p. [96](#))

petit pectoral (p. [167](#))

petit dentelé postérieur et supérieur (p. [105](#))

triceps brachial numéro 3 (p. [121](#))

petit rond (p. [112](#))

cubital antérieur (p. [145](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

#### Pouce et index

deuxième radial (p. [138](#))

brachial antérieur (p. [130](#))

court supinateur (p. [139](#))

### **Compression du nerf radial**

triceps brachial numéro 3 (p. [121](#))

deuxième radial (p. [138](#))

court supinateur (p. [139](#))

brachial antérieur (p. [130](#))

## **Faiblesse (voir également préhension)**

### **Avant-bras**

biceps brachial (p. [120](#))

scalène (p. [96](#))

### **Main**

scalène (p. [96](#))

triceps brachial (p. [121](#))

deuxième radial (p. [138](#))

## **Hypersensibilité**

### **Coude**

triceps brachial (p. [121](#))

long supinateur (p. [139](#))

court supinateur (p. [139](#))

### **Paume (picotements)**

long palmaire (p. [146](#))

### **Pouce (et la 1<sup>re</sup> commissure)**

brachial antérieur (p. [130](#))

scalène (p. [96](#))

court supinateur (p. [139](#))

long supinateur (p. [139](#))

premier radial (p. [138](#))

### **Poignet**

grand palmaire (p. [145](#))

cubital antérieur (p. [141](#))

## **Nodosités d'Heberden (petits renflements au niveau des doigts)**

interosseux (p. [135](#))

adducteur du pouce (p. [151](#))

adducteur du 5<sup>e</sup> doigt (p. [183](#))

# **Œdème des mains**

scalène (p. [96](#))

court abducteur du pouce (p. [150](#))

## **Pouce à ressaut**

court fléchisseur du pouce (p. [150](#))

## **Préhension (poignée de main, poignée de porte, tournevis et autre outil)**

### **Manque de précision**

scalène (p. [96](#))

premier radial (p. [138](#))

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

court supinateur (p. [139](#))

### **Faiblesse**

long supinateur (p. [139](#))

premier radial (p. [138](#))

deuxième radial (p. [138](#))

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

### **Douleur**

premier radial (p. [138](#))

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

court supinateur (p. [139](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

grand palmaire (p. [145](#))

cubital antérieur (p. [141](#))

interosseux (p. [135](#))

## **Raideur, hypersensibilité ou faiblesse des doigts**

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

extenseur propre de l'index (p. [143](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

interosseux (p. [135](#))

éminence hypothénar (p. [152](#))

# **Syndrome de compression du nerf ulnaire (anciennement syndrome du canal cubital)**

## **Compression du nerf ulnaire dans l'avant-bras**

cubital antérieur (p. [145](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

## **Compression du nerf ulnaire dans la main**

opposant du 5<sup>e</sup> doigt (p. [152](#))

# **Syndrome du canal carpien**

## **Compression du nerf médian dans l'avant-bras**

rond pronateur (p. [148](#))

grand palmaire (p. [145](#))

## **Pseudo-syndrome du canal carpien**

brachial antérieur (p. [130](#))

fléchisseur commun des doigts (p. [147](#))

scalène (p. [96](#))

petit palmaire (p. [146](#))

opposant du pouce (p. [150](#))

adducteur du pouce (p. [151](#))

long supinateur (p. [139](#))

premier radial (p. [138](#))

deuxième radial (p. [138](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

# **Syndrome du scalène antérieur**

scalène (p. [96](#))

petit pectoral (p. [167](#))

sous-clavier (p. [166](#))

## **Pseudo-syndrome du scalène antérieur**

grand pectoral (p. [163](#))

grand dorsal (p. [117](#))

sous-scapulaire (p. [113](#))

grand rond (p. [117](#))

# **Tendinite du golfeur (épicondylite médiale)**

triceps brachial (p. [121](#))

grand pectoral (p. [163](#))

fléchisseurs de l'avant-bras (p. [310](#))

## **Tennis elbow (épicondylite latérale)**

court supinateur (p. [139](#))

long supinateur (p. [139](#))

premier radial (p. [138](#))

extenseur commun des doigts (p. [143](#))

triceps brachial (p. [121](#))

anconé (p. [142](#))

biceps brachial (p. [120](#))

brachial antérieur (p. [130](#))

## **Ténosynovite sténosante de Quervain**

long abducteur du pouce (p. [144](#))

premier radial (p. [138](#))

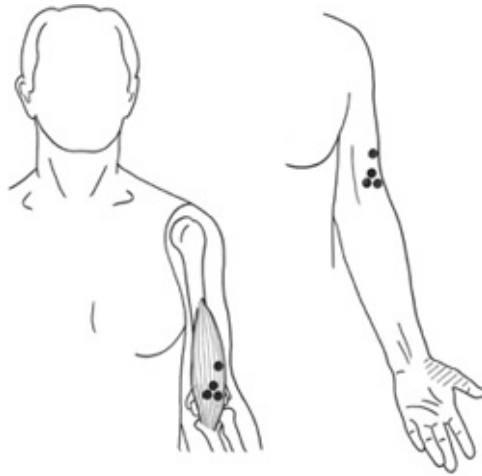
deuxième radial (p. [138](#))

long supinateur (p. [139](#))

petit palmar (p. [146](#))

# Guide illustré des trigger points

## Coude, avant-bras et main



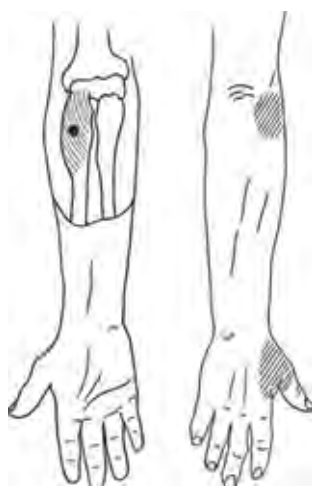
*Trigger points* du brachial antérieur et schéma de douleur référée. Les deux *trigger points* internes peuvent causer une compression du nerf radial (p. [136](#))



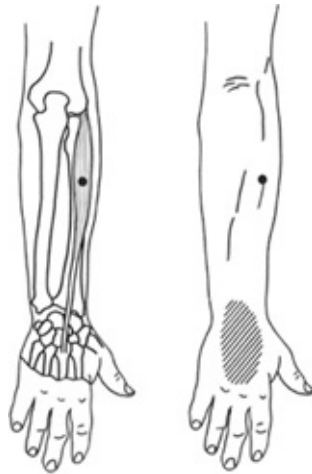
*Trigger point* du premier radial et schéma de douleur référée. Les dessins montrent la face externe de l'avant-bras et de la main (p. [138](#))



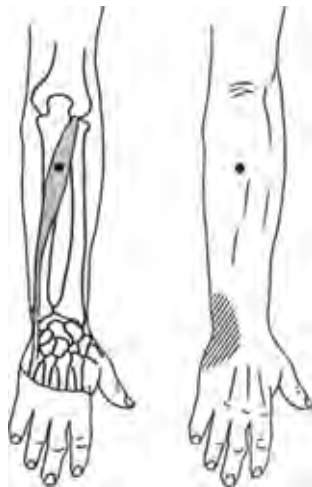
*Trigger point* du long supinateur et schéma de douleur référée (p. [139](#))



*Trigger point* du court supinateur et schéma de douleur référée (p. [139](#))

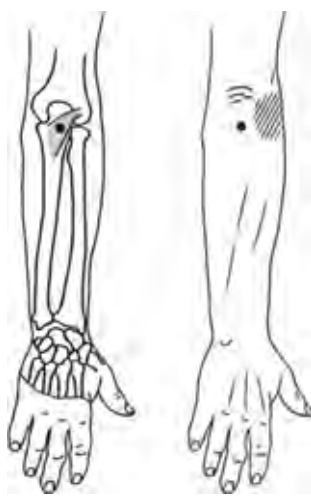


*Trigger point* du deuxième radial et schéma de douleur référée (p. [140](#))

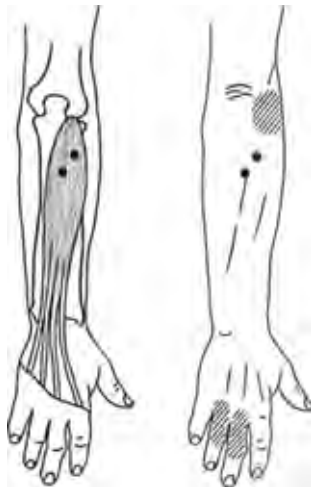


*Trigger point* du cubital postérieur et schéma de douleur référée (p. [141](#))

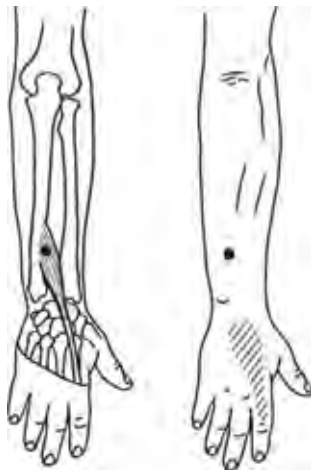




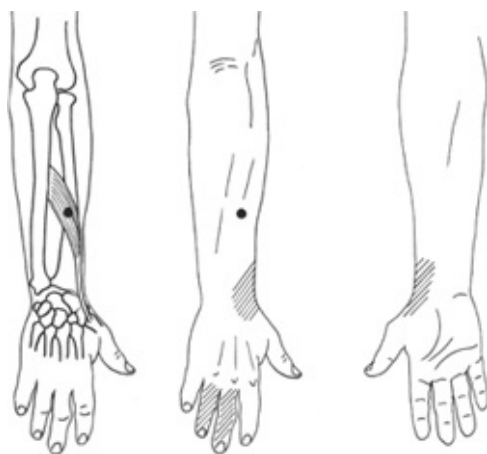
*Trigger point* de l'anconé et schéma de douleur référée (p. 142)



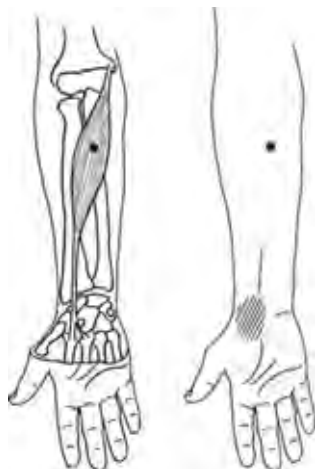
*Trigger points* de l'extenseur commun des doigts et schéma de douleur référée (p. 143)



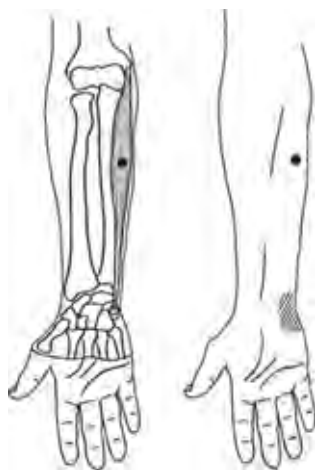
*Trigger point* de l'extenseur propre de l'index et schéma de douleur référée (p. 143)



*Trigger point d'un des faisceaux du long abducteur du pouce et schéma de douleur référée (p. 144)*

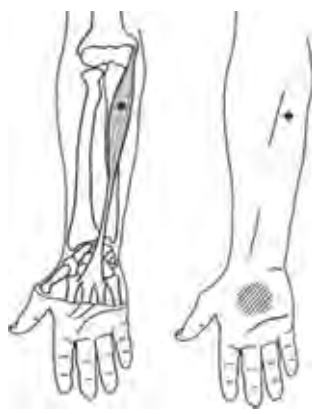


*Trigger point du grand palmaire et schéma de douleur référée (p. 145)*



*Trigger point du cubital antérieur et schéma de douleur référée (p. 146)*

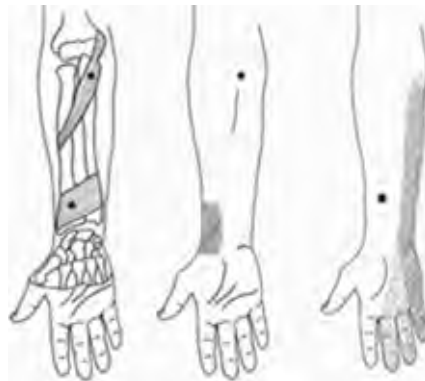
*Avertissement: pour chaque muscle, lisez au préalable toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



*Trigger point* du petit palmaire et schéma de douleur référée (p. 147)



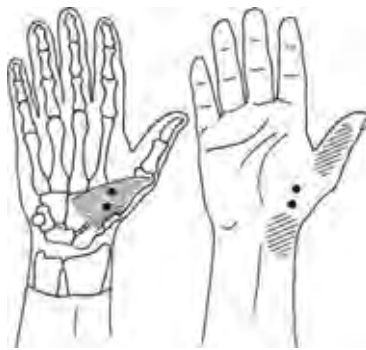
*Trigger points* du fléchisseur commun des doigts et schéma de douleur référée (p. 147)



*Trigger points* du rond pronateur et du carré pronateur, douleur référée du rond pronateur et douleur référée du carré pronateur (p. 148)



*Trigger point* du long fléchisseur propre du pouce et schéma de douleur référée (p. 149)



*Trigger points* de l'opposant du pouce et schéma de douleur référée (p. 150)

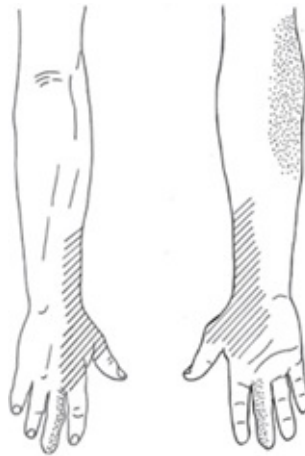
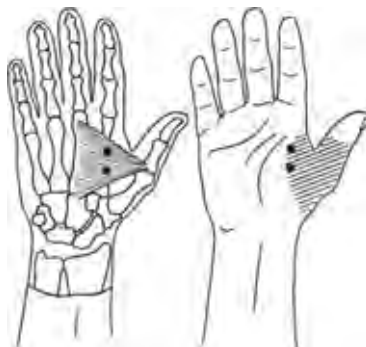


Schéma de douleur référée du court adducteur du pouce (p. 150)



*Trigger points* de l'abducteur du pouce et schéma de douleur référée (p. 151)



*Trigger points* des interosseux dorsaux et schéma de douleur référée. L'abducteur du 5<sup>e</sup> doigt, son *trigger point* et la douleur référée figurent également sur ce dessin (p. 152)



*Trigger points* du premier interosseux dorsal et schéma de douleur référée (p. [152](#))

# **Douleur au coude, à l'avant-bras et à la main**

Les symptômes myofasciaux dans les coudes, les avant-bras, les poignets, les mains, les pouces et les autres doigts sont très fréquents. Outre la douleur, parfois sourde, les *trigger points* peuvent être à l'origine d'engourdissement, de picotements, de sensation de brûlure, d'œdème, d'hypersensibilité, de faiblesse et de raideur de l'articulation. L'effet combiné de plusieurs de ces signes peut vous faire lâcher inopinément ce que vous tenez dans les mains.

Lorsque le praticien ignore tout des *trigger points*, ces symptômes sont souvent confondus avec une épicondylite, de l'arthropathie, une bursite, une tendinite, une tendinose, un tennis elbow, un syndrome du canal carpien, une ténosynovite sténosante de Quervain ou un trouble neurologique. Un traitement classique des symptômes dans les avant-bras et les mains est généralement local, en dépit du fait que nombre de ces problèmes résultent du cou, du torse, du haut du dos ou des épaules. Étant donné que ces symptômes s'expriment à distance, le soulagement procuré par un traitement local (magnétothérapie, attelle au poignet, bandes de compression, électrostimulation ou ultrasons) n'est au mieux que provisoire. De même, comme les médicaments sont sans effet sur les *trigger points* et ne font parfois qu'en masquer les symptômes, l'action bénéfique d'un antalgique peut n'être que transitoire.

En ce qui concerne une thérapie par les *trigger points*, deux diagnostics courants, le syndrome du canal carpien et l'épicondylite latérale (tennis elbow), sont d'un intérêt particulier. Lorsque vos symptômes aboutissent à l'une de ces deux pathologies, un traitement conventionnel peut entraîner une souffrance et un coût inutiles, et aboutira à des résultats décevants. Et même après une intervention chirurgicale, des infiltrations de cortisone et de la kinésithérapie, les symptômes demeurent inchangés, voire sont accentués. Si l'on tente dès le départ une thérapie par les *trigger points*, cela permet souvent d'éviter des mesures plus extrêmes.

## **Syndrome du canal carpien et syndrome du scalène antérieur**

*Âgée de 40 ans, Laurence souffre de douleur chronique aux épaules, aux bras et aux mains. En outre, ses doigts sont raides, engourdis et enflés. Lorsqu'elle est sortie marcher durant sa pause déjeuner, le gonflement de ses mains était devenu si inconfortable qu'elle devait souvent les lever en l'air pour les soulager. Son médecin lui a conseillé de se faire opérer de toute urgence du canal carpien avant que la situation n'empire. Il ignore si cela sera efficace contre sa douleur aux épaules, mais dit que cela vaut la peine d'essayer. Elle se sent acculée et ne sait pas quoi faire d'autre.*

*Sur les recommandations d'un ami, Laurence décide d'essayer la thérapie par les trigger points avant d'envisager sérieusement l'intervention. Le massage atténue immédiatement sa douleur aux épaules et aux bras ainsi que l'engourdissement et le gonflement de ses mains. Au bout de trois séances de massage et du coaching, elle est capable de poursuivre seule le massage. Six semaines plus tard, la plupart de ses symptômes ont disparu. Elle continue d'avoir un peu mal aux avant-bras et aux mains après une journée passée à travailler sur l'ordinateur, mais sait comment l'améliorer grâce aux techniques d'automassage qu'elle a apprises.*

*Laurence a compris que, même si son métier dans une compagnie d'assurance a aggravé ses symptômes, ses problèmes remontent en fait à un accident, trois ans plus tôt, lorsqu'une voiture l'a percutée et a provoqué un «coup du lapin». Les trigger points apparus depuis dans ses scalènes expliquent directement la plupart de ses symptômes et ont prédisposé la survenue de trigger points dans les muscles de ses avant-bras et de ses mains.*

Lorsqu'on est confronté à la douleur, l'engourdissement, des picotements, une raideur, une sensation de brûlure ou des œdèmes dans les mains et les doigts, on a tendance à identifier ce trouble à un syndrome du canal carpien ou à une neuropathie périphérique sans réfléchir plus loin. Si le traitement d'un canal carpien était non invasif, peu onéreux, dépourvu d'effets secondaires et en améliorerait rapidement les symptômes, toute controverse serait inutile. Toutefois, même avec une intervention légère, il y a généralement des conséquences lorsqu'on coupe dans du tissu humain. N'est-il pas plus sensé, au lieu d'utiliser un bistouri là où siègent les symptômes, de rechercher d'où provient le problème? Des *trigger points* dans les scalènes, le brachial antérieur, les avant-bras et les mains peuvent imiter tous les symptômes d'un syndrome du canal carpien. Très souvent, même s'il est toujours possible qu'une pathologie soit d'origine multiple, des *trigger points* myofasciaux en sont l'unique cause. Lorsque ceux-ci sont sévères, il peut exister de nombreux sites de compression provenant de plusieurs muscles du cou, du haut du dos, de la poitrine, du bras et de la main. Il est important d'identifier le problème individuel et de le traiter le moins invasivement possible et, peut-être plus important encore, il faut avant tout éliminer les facteurs perpétuants à l'origine de ces troubles. Reportez-vous au [chapitre 2](#) à la section «Perpétuation des *trigger points*» (page [30](#)) pour de plus amples informations.

Le *canal carpien* est formé dans le poignet par les os du carpe, les ligaments et les autres tissus fibreux qui les maintiennent ensemble. Le nerf médian et plusieurs tendons traversent le canal carpien en direction de la main et des doigts. Ce nerf et ces tendons peuvent être comprimés lorsque le passage est entravé d'une manière ou d'une autre (œdème, inflammation, etc.).

Si les signes de syndrome du canal carpien les plus facilement reconnaissables — l'engourdissement et les picotements dans les mains — sont nettement la conséquence de la compression du nerf médian, ces symptômes ne proviennent pas forcément du canal carpien. Une compression critique survient souvent dans le défilé thoraco-brachial, derrière la clavicule, par où passent les nerfs et les vaisseaux sanguins en lien avec le bras. Un retour entravé du sang et de la lymphe en provenance du bras est souvent la cause d'un œdème au poignet et à la main qui, à son tour, peut provoquer une limitation du retour veineux et lymphatique dans le canal carpien. Lorsque cela survient, une intervention chirurgicale du canal carpien peut soulager jusqu'à un certain degré l'étranglement au poignet et les symptômes dans la main, mais ne traite pas la cause réelle. C'est le défilé thoraco-brachial dont il faut s'occuper et non le canal carpien.

La taille du défilé thoraco-brachial est diminuée lorsque des *trigger points* raccourcissent les muscles scalènes à l'avant du cou. Des scalènes noués plaquent la première côte contre la clavicule, comprimant les vaisseaux sanguins et les nerfs qui passent entre eux. Une pression sur ces nerfs est souvent la cause de l'engourdissement et des picotements dans les mains et les doigts. Le petit pectoral, le triceps brachial, le brachial antérieur et certains muscles de l'avant-bras peuvent également comprimer les nerfs du bras et entraîner un engourdissement dans les avant-bras et les mains. En cas de compression des nerfs en plusieurs endroits, on parle de *syndrome de compression double* ou *multiple*. Et si un médecin vous parle de *neuropathie périphérique*, cela ne vous aidera pas, étant donné que c'est juste une manière, qui n'explique rien, d'annoncer que quelque chose appuie sur un nerf et rend vos mains ou vos pieds engourdis.

Utilisez le «Guide des autres symptômes» au début de ce chapitre pour repérer les causes probables d'engourdissement dans les coudes, les avant-bras et les mains ainsi que les diverses origines de douleur, sensation de brûlure ou autre à ces endroits. Pour chaque zone qui présente de tels symptômes, débutez en haut de la liste et vérifiez un par un les muscles cités à la recherche de *trigger points*. N'oubliez pas que pour mettre un terme à vos symptômes de syndrome du canal carpien, l'idéal est de commencer par les scalènes qui sont souvent la source du problème et entraînent par



voie de conséquence toute une série d'effets en aval. Vous occuper de vos scalènes peut donc améliorer immédiatement nombre de vos symptômes à l'épaule, au bras et à la main. Vous devez savoir qu'un engourdissement dans les mains et les doigts résulte parfois de la présence de *trigger points* dans le petit dentelé postérieur et supérieur, le grand dentelé, le petit rond, le petit pectoral, le triceps brachial, le coraco-brachial, le brachial antérieur, le court supinateur, le deuxième radial, le cubital antérieur, le fléchisseur commun des doigts et le rond pronateur.

## Tennis elbow (épicondylite latérale)

L'explication classique pour une épicondylite ou tennis elbow est une tendinite — en d'autres termes suite à une blessure ou une utilisation excessive, les tendons de la région du coude souffrent de déchirures microscopiques. Comme pour toute pathologie en «ite», des signes d'inflammation sont présents: chaleur et rougeur localisées, œdème, douleur et parfois perte de la fonction. Si un diagnostic de tendinite est facile à établir, il peut être erroné en l'absence de blessure physique évidente. Les études sur la tendinite ayant montré qu'il n'y a pas d'inflammation (Khan *et al.*, 2000), cette pathologie a par conséquent été rebaptisée en *tendinose* ou douleur au point d'insertion d'un muscle sur un os. En cas de douleur très localisée, il est probable que le muscle tire sur son point d'insertion sur l'os ou là où le muscle se prolonge par un tendon. N'oubliez pas que c'est le muscle qui est le tissu contractile de l'unité, et non le tendon. C'est pourquoi l'essentiel du traitement doit concerner le tendon. La meilleure thérapie vise à libérer les muscles raccourcis et noués qui provoquent une tension sur le point d'insertion, ce qui inclut de traiter les *trigger points* et de masser tout le muscle pour lui rendre son aspect normal. Reportez-vous au [chapitre 3](#) à la section «Traitement d'une foulure ou d'une douleur très localisée» (page 44) pour de plus amples informations. Lorsque la douleur est intense, tenace et porte sur une large zone, il est probable que des *trigger points* entraînent une douleur dont la cause se trouve ailleurs. Dans les deux cas, il convient de désactiver les *trigger points* et de redonner au muscle sa longueur normale au repos. Après avoir traité directement le muscle et les *trigger points*, on peut envisager l'étirement des muscles raccourcis et le renforcement des muscles opposés, antagonistes, longs et faibles afin d'empêcher une réapparition du problème. Si l'étirement et l'allongement sont pratiqués trop tôt, cela retarde la guérison et, en outre, risque d'aggraver la situation. D'après Travell et Simons, ce sont les *trigger points* dans les muscles de l'avant-bras, et non une tendinite, qui sont la cause la plus fréquente de douleur et de faiblesse dans le coude. Comme le montrent au début de ce chapitre le «Guide des douleurs» et le «Guide illustré des *trigger points*», d'autres muscles sont parfois également impliqués.

La douleur sur la face interne du coude, plus rare que celle sur sa face externe, est appelée «tendinite du golfeur» (épicondylite interne), même si elle résulte probablement moins souvent de la pratique du golf que d'un exercice ou d'une utilisation excessive, notamment au travail. Remarquez que la liste des muscles pouvant être incriminés pour une douleur sur la face interne du coude diffère beaucoup de celle pour une douleur sur la face externe du coude. Dans les deux cas, pour traiter le problème, n'oubliez pas que deux muscles voire plus peuvent entraîner une douleur au même endroit.

## Massage sans risque des avant-bras et des mains

Il est plus facile qu'on ne le croie de se débarrasser d'une douleur et d'autres symptômes aux avant-bras et aux mains. Cependant, vous risquez d'aggraver la situation si vous n'utilisez pas les mains

intelligemment lorsque vous massez un *trigger point*. Vous devez faire très attention à l'*ergonomie* ou la manière d'utiliser efficacement et sans danger vos mains comme des outils.

En outre, l'automassage des avant-bras et des mains sera plus aisé et efficace si vous comprenez bien la fonction et l'emplacement de chaque muscle. Cela vous aidera de vous familiariser avec les os de l'avant-bras et de la main. Vous pourrez partir des repères osseux pour localiser les muscles.

## Ergonomie

Vous n'obtiendrez pas grand résultat si vous vous abîmez les avant-bras et les mains par manque de précautions. En effet, vous n'avez peut-être pas idée de l'épuisement qu'entraîne pour les mains et les avant-bras un massage avec, par exemple, le pouce travaillant à l'opposé des autres doigts ([figure 6.1](#)). Étant donné que tous les muscles de l'avant-bras sont impliqués dans la préhension, plus vous saisissez quelque chose avec force et plus tous ces muscles se contractent. Les muscles de l'avant-bras, qui mobilisent les mains et les doigts, travaillent plus que n'importe quel autre muscle du corps.



Figure 6.1 Il est plus facile et efficace de masser l'avant-bras avec une balle qu'avec les mains

Malheureusement, il est si naturel de saisir avec une main que l'on agit alors sans réfléchir. En massothérapie, il vaut pourtant mieux éviter d'utiliser les mains si l'on peut trouver une autre solution. (Remarquez que certains muscles, comme les masséters et les sterno-cléido-mastoïdiens, ne peuvent être massés qu'en étant pétris entre le pouce et les autres doigts: gardez donc vos mains pour eux.)

De nombreuses techniques de massage de ce livre s'effectuent avec les doigts tendus ou un pouce droit et renforcé par la main opposée. Un pouce soutenu ou des doigts soutenus éliminent largement la nécessité de recourir aux muscles de l'avant-bras ([figures 3.2 et 3.3](#), pages [40 et 41](#)). Les doigts ou le pouce sont le plus possible à la verticale de la peau afin que la force s'exerce au niveau de leurs extrémités. Avec cette technique, le pouce ou les doigts agissent comme le bout d'un très long bâton dans le prolongement du coude. Exécuté correctement, les muscles de l'épaule et le poids du corps effectuent la plus grande partie du travail et les muscles de l'avant-bras et de la main peuvent rester relativement détendus. Les personnes qui essaient de masser avec des ongles longs constateront que leurs mains s'épuisent rapidement et qu'elles sont incapables de réaliser certaines des techniques les plus efficaces.

Pour masser les avant-bras et les mains, une balle de tennis ou rebondissante de 60 mm en caoutchouc contre un mur constituent l'outil le plus utile. Tout au long de ce chapitre, vous trouverez une mine d'informations sur la manière d'employer le plus facilement la technique d'une balle contre un mur. Certains trouveront plus confortable ou accessible de poser la balle sur une table ou le dessus d'une commode plutôt que contre un mur. À une époque où nous sommes si nombreux à abuser de l'ordinateur, des équipements pour jeux vidéo, du smartphone et/ou du téléphone portable, savoir comment masser soi-même ses bras et ses mains est inestimable. Devenir un spécialiste en thérapie grâce une petite balle vous sera très précieux.

## Repères osseux

La capacité à trouver et à masser des muscles précis dépend de celle à repérer les os à proximité. Les bosses aux extrémités des os, en particulier, constituent de précieux repères. Mieux vous saurez les identifier et plus il vous sera facile de localiser les *trigger points*.

L'avant-bras comporte uniquement deux os: le *radius* et le *cubitus*. La [figure 6.2](#) les montre au bras droit selon deux positions différentes. L'extrémité supérieure du cubitus vous est familière étant donné qu'il s'agit de la pointe du coude. L'arête osseuse que l'on sent sous tout l'avant-bras est le corps (ou diaphyse) du cubitus. La boule sur le poignet, du côté de l'auriculaire, est l'extrémité inférieure du cubitus ou *apophyse styloïde*. L'os épais sur le poignet, du côté du pouce, est l'extrémité inférieure du radius. Lorsqu'on tourne la main vers le haut, l'extrémité inférieure du radius bouge toute la main de 180 degrés autour de l'extrémité inférieure du cubitus. Faites ce mouvement et constatez que le cubitus reste immobile. Lorsque le radius et le cubitus sont parallèles, la main est en supination tandis que lorsque le radius croise le cubitus, la main est en pronation. Rappelez-vous que la *supination* correspond à la paume de la main vers le ciel, comme si vous vouliez boire avec la main, et que la *pronation* est le mouvement contraire, paume vers le sol.

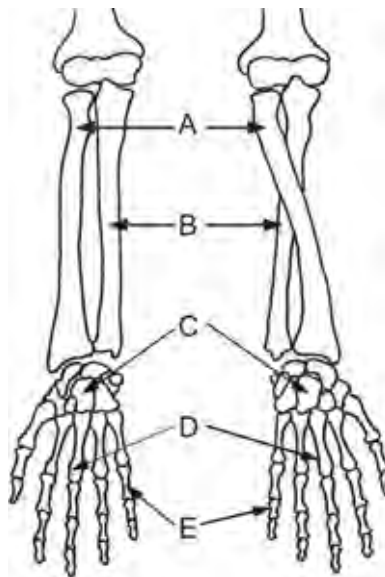


Figure 6.2 Os de l'avant-bras et de la main: (A) radius, (B) cubitus, (C) os carpiens (carpe), (D) métacarpiens et (E) phalanges. La main de gauche est paume vers le ciel (en supination) et celle de droite paume vers le sol (en pronation)

L'extrémité supérieure, ou tête, du radius se trouve au niveau du coude. Elle tourne dans sa cavité lorsque la paume de la main bouge pour se retrouver face au ciel, un mouvement facile à sentir. Tâchez les deux boules sur la face externe du coude, à 2-3 cm l'une de l'autre, et posez un doigt sur chaque boule. La plus proche de la main est la tête du radius. Percevez-la qui tourne lorsque vous amenez plusieurs fois la paume de la main vers le ciel puis vers le sol. Remarquez que la boule que touchez

l'autre doigt reste immobile. Il s'agit de l'*épicondyle latéral* ou, tout simplement, *épicondyle*. L'os qui fait saillie sur la face interne du coude est l'*épicondyle médial* ou *épitrochlée*. Les épicondyles font partie de l'extrémité inférieure élargie de l'humérus (l'os du bras).

Les huit petits os du poignet sont les *os carpiens*. Ils donnent à la main sa mobilité, lui permettant de bouger dans n'importe quelle direction. En raison de sa grande flexibilité, ces os carpiens servent également à absorber les chocs et à protéger le poignet en répartissant les tensions sur une plus grande surface.

Les quatre os de la main et celui qui constitue la base du pouce sont les *métacarpiens*, du grec *meta* qui signifie «après». En effet, les métacarpiens se trouvent après les os carpiens. Les petits muscles entre les métacarpiens sont appelés muscles *interosseux* et *lombricaux*. La présence de *trigger points* dans ces muscles est la source de certains types de douleurs dans les doigts et les articulations.

Les os des doigts sont les *phalanges*. Le pouce ne comporte que deux phalanges, tous les autres doigts en ont trois. Il n'y a pas de muscle dans les doigts, juste un grand nombre de tendons qui permettent aux doigts de bouger sous le contrôle à distance des muscles de l'avant-bras et de la main.

Explorez vos avant-bras et vos mains afin de sentir ces différents os. Essayez de visualiser comment tout cela est disposé sous la peau. Plus votre représentation mentale des os sera bonne et mieux vous serez capable d'en visualiser les muscles.

## Muscles brachiaux antérieurs

Chaque *brachial antérieur* est le cheval de trait du coude qui effectue une grande partie du travail attribué généralement au biceps brachial. Sa contraction permet de soulever un objet en pliant le coude. Bien qu'il s'agisse d'un muscle du bras, nous l'avons pourtant inclus dans ce chapitre car les problèmes qu'il cause sont perçus dans la main.

Le brachial antérieur se trouve sous le biceps brachial, sur la moitié distale de l'humérus (vers le coude) (figure 6.3). Son extrémité supérieure se fixe sur l'avant de la moitié inférieure de l'humérus, juste sous le point d'insertion du deltoïde. L'extrémité inférieure du brachial antérieur est attachée à la face antérieure du cubitus dans l'avant-bras.

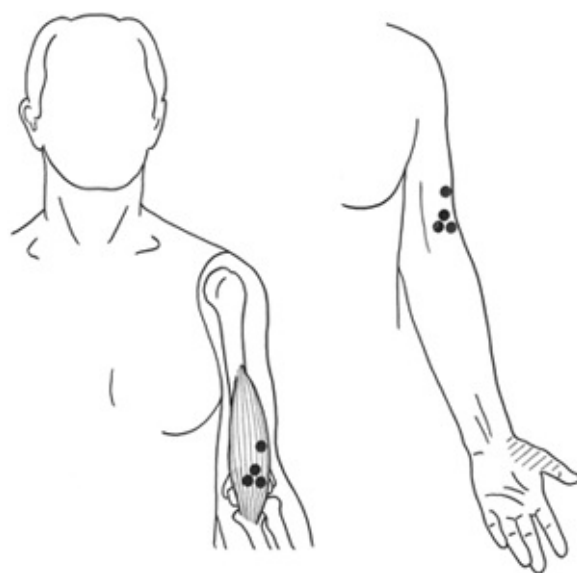


Figure 6.3 *Trigger points* du brachial antérieur et schéma de douleur référée. Les deux *trigger points* internes peuvent causer la compression du nerf radial

## Symptômes

Il est difficile de tendre le coude lorsque des *trigger points* sont présents dans le brachial antérieur, provoquant une douleur et une hypersensibilité essentiellement à la base du pouce et au niveau de la première commissure entre le pouce et l'index. Il peut également y avoir un certain degré de douleur sur l'avant de l'épaule et juste sous le pli du coude (non montré) ou encore un endolorissement oppressant ou une crispation sur la face externe du bras, près du coude. La compression du nerf radial qui traverse le brachial antérieur provoque parfois des picotements ou un engourdissement du pouce et de l'arrière de l'avant-bras.

Comme on peut le voir au début de ce chapitre, dans le «Guide des douleurs» et le «Guide illustré des *trigger points*», de nombreux muscles peuvent entraîner une douleur dans la région du pouce, mais il vaut toujours mieux débiter par le brachial antérieur et le scalène qu'il faut considérer comme les premiers suspects. Il est naturel de masser un pouce qui fait mal, mais n'oubliez pas que ce serait une perte de temps si la douleur provient d'un autre endroit.

## Causes

On peut épuiser le brachial antérieur en portant de gros sacs de courses ou un bébé ou, simplement, un sac à main posé sur l'avant-bras ou encore lorsqu'on prend un jeune enfant dans ses bras. Les muscles du brachial antérieur subissent une tension excessive si l'on tient de lourds outils durant des heures et que l'on effectue, au travail, toujours le même geste avec le coude. On peut déclencher la survenue de *trigger points* dans les brachiaux antérieurs en faisant trop de tractions sur une barre fixe ou toute autre flexion du coude en force lors d'exercices ou d'activités sportives. Jouer du violon ou de la guitare peut également poser problème au muscle de la main en contact avec les cordes.

Travailler toute la journée sur un clavier d'ordinateur, le bras tendu devant soi, demande une contraction permanente des brachiaux antérieurs des deux bras. Utiliser un smartphone ou envoyer des textos de son portable risque de provoquer un raccourcissement du brachial antérieur et du long supinateur, qui deviennent alors noués, et de demander trop d'efforts répétés à nombre de muscles qui mobilisent le pouce et les autres doigts. Le simple fait de tenir longtemps un téléphone contre l'oreille suffit parfois à fragiliser les muscles qui plient le coude.

Ceux qui jouent du hautbois, de la clarinette et parfois du saxophone souffrent souvent de douleur chronique et d'engourdissement dans le pouce de la main droite qui doit constamment soutenir le poids de l'instrument. Si le pouce semble en cause parce que c'est là où siège la douleur, le véritable fautif est le brachial antérieur, obligé de rester contracté tant qu'on joue d'un instrument. Une personne jouant d'un instrument à vent devrait masser souvent les *trigger points*, mais également saisir la moindre occasion pour poser son instrument et laisser pendre le bras sur le côté afin de permettre au brachial antérieur de se détendre et de s'allonger.

## Traitement

Les *trigger points* se trouvent dans le brachial antérieur sous le bord externe du biceps brachial, au-dessus du pli du coude (figure 6.3). Décalez le biceps brachial afin de pouvoir accéder aux *trigger points* les plus profonds et massez-les en appuyant sur l'os sous-jacent à l'aide d'une balle contre un mur (figure 6.4). Remarquez que, pour une meilleure résistance, le bras pend librement contre la cuisse. Les deux *trigger points* internes montrés figure 6.3 peuvent causer la compression du nerf radial. On peut également traiter le milieu du brachial antérieur en utilisant une balle sur le biceps brachial. Il peut en outre s'avérer important de masser en plus le long supinateur, le premier radial et le deuxième radial.





Figure 6.4 Massage du brachial antérieur avec une balle contre un mur

## Muscles extenseurs de la main et des doigts

Les muscles *extenseurs* se trouvent sur la face externe, poilue, de l'avant-bras. Leurs extrémités supérieures se fixent sur l'épicondyle latéral, la protubérance osseuse la plus proéminente de l'extérieur du coude (voir page 135 «Repères osseux»). Ils s'attachent ensuite, grâce à de longs tendons, sur divers os de la main et des doigts. Ces muscles permettent d'amener la main vers l'arrière et de tendre ou de lever les doigts. Lorsque vous saisissez un objet avec la main, les extenseurs se contractent pour limiter l'action des *fléchisseurs* qui, eux, font plier le poignet vers l'intérieur (les muscles fléchisseurs sont sur la face interne, glabre, de l'avant-bras). Une préhension importante nécessite l'action conjointe des fléchisseurs et des extenseurs. En fait, les extenseurs sont presque constamment sollicités. Chez les musiciens qui utilisent intensément leurs doigts des heures durant, ces muscles sont soumis à des efforts extrêmement répétitifs.

*Âgé de 23 ans, Clément étudie le saxophone en troisième cycle. Il souffre de douleurs intenses aux mains et aux poignets lorsqu'il travaille son instrument ou joue sur scène. Il s'est beaucoup préparé pour un récital imminent, mais ses doigts sont lents et poussifs, et son jeu, au lieu de s'améliorer, va en empirant. Après qu'on lui eut montré comment masser ses avant-bras, Clément a été capable de jouer sans avoir mal, pour la première fois depuis un an. En massant ses avant-bras avant et après une pratique, il est parvenu à empêcher la douleur de revenir.*

Des *trigger points* présents dans les extenseurs provoquent une douleur dans la face externe du coude et à l'arrière de l'avant-bras, du poignet, de la main et des doigts. Ils entraînent également une faiblesse de la main, une raideur des doigts et une hypersensibilité des articulations. Les autres effets possibles sur les mains et les doigts sont un engourdissement, des picotements et une mauvaise coordination du pouce et de l'index. Lorsque les extenseurs de la main et des doigts posent problème, il arrive que vous laissiez tomber inopinément des objets.

Si les extenseurs ont été excessivement sollicités durant une longue période de temps, la première séance de massage thérapeutique peut s'avérer très douloureuse. Commencez plutôt par exercer une

pression qui procure un mieux-être, sans attendre de résultats trop rapides, et faites preuve de constance. Réussir à éliminer les *trigger points* dans les extenseurs peut être l'une de vos plus grandes victoires.

## *Premiers radiaux, longs supinateurs et courts supinateurs*

Chaque *premier radial* se fixe sur l'épicondyle latéral de l'humérus et sur la base du métacarpien de l'index ([figure 6.5](#)). Le trajet de ce muscle extenseur et de son tendon est parallèle à tout le corps du radius. Il permet au poignet de plier de manière à rapprocher la paume de la main de l'avant-bras (inclinaison radiale), comme avec le mouvement du poignet pour lancer un Frisbee, ainsi que l'extension du poignet (main vers l'arrière) et participe à la flexion du coude. Ces deux dernières actions donnent à la main une position pour des activités telles que taper à la machine ou jouer du piano. Sans ce muscle et les deux autres principaux extenseurs du poignet, la main pendrait mollement au bout du poignet lorsqu'on tend le bras devant soi.

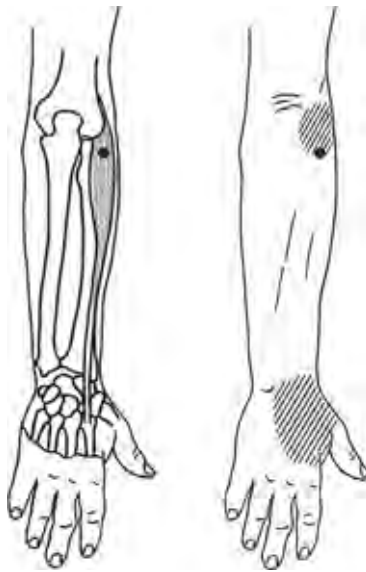


Figure 6.5 *Trigger point* du premier radial et schéma de douleur référée. Les dessins montrent la face externe de l'avant-bras et de la main

Des *trigger points* dans le premier radial sont une cause fréquente de tennis elbow. Ils sont également responsables d'une douleur de type brûlure sur la face externe de l'avant-bras, du poignet et de la main. Il faut parfois porter une contention élastique serrée au niveau du coude pour apaiser cette douleur. La compression de l'élastique est censée interférer avec la transmission des signaux de douleur. C'est un remède de dépannage qui s'avère toutefois utile pour effectuer une tâche à poursuivre impérativement. Une meilleure thérapie consiste, bien évidemment, à désactiver les *trigger points*.

Les premiers radiaux sont soumis à rude épreuve lors d'activités répétitives avec les mains comme le tennis, le golf, taper à la machine ou sur un clavier d'ordinateur, jouer d'un instrument de musique ou même préparer une pâte à gâteau. Lorsqu'on joue du violon, on risque un tennis elbow si l'on surmène les extenseurs du bras toujours pliés. Un chef d'orchestre souffre souvent de douleur dans les coudes à force de fléchir en permanence le poignet de la main qui tient la baguette. Il en va de même pour ceux qui adorent jouer au Frisbee. Tout mouvement intensif du poignet tend à épuiser les muscles de l'avant-bras.

Au travail, étudiez la manière dont vous pouvez surmener les premiers radiaux. Soupçonnez toute position nécessitant une contraction permanente afin de garder les mains dans la même position,



comme c'est le cas par exemple lorsque l'on passe de longues heures sur le clavier d'un ordinateur.

Les *trigger points* du premier radial se trouvent dans l'épaisse bande musculaire sur la face supérieure (côté poilu) de l'avant-bras. Commencez par localiser ce muscle avec une contraction isolée, posez les doigts sur cette zone et sentez le muscle qui gonfle lorsque vous inclinez le poignet vers l'arrière et le côté du pouce comme indiqué sur la [figure 6.6](#). Trouvez ensuite le *trigger point* à environ 2-3 cm vers le bas ainsi que vers l'extérieur à partir du pli du coude. La manière la plus simple pour traiter ce muscle consiste à utiliser une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm contre un mur, le bras tendu le long du corps ([figure 6.8](#)). Des instructions détaillées pour soigner le premier radial, le long supinateur et le court supinateur sont indiquées plus loin. Si la douleur est localisée sur l'articulation, reportez-vous au protocole sur le traitement d'une entorse ou d'une déchirure au [chapitre 3](#) (page 44).



Figure 6.6 Localisation du premier radial par une contraction isolée



Figure 6.7 Massage des trois muscles autour de la tête du radius (premier radial, court supinateur et long supinateur) avec l'articulation des doigts et un poing lâche



Figure 6.8 Massage du premier radial avec une balle contre un mur

Au niveau de la tête du radius, deux autres muscles sont importants. Il s'agit du *long supinateur*, qui se trouve le long du premier radial ([figure 6.9](#)), et du *court supinateur*, sous le premier radial et le long supinateur ([figure 6.10](#)). Dans ces trois muscles, les *trigger points* sont relativement près les uns des autres et tous ont un schéma de douleur référée similaire avec une hypersensibilité de la face externe du coude et de la première commissure entre le pouce et l'index. Le long supinateur contribue à plier le coude. Il peut être à l'origine d'une douleur aiguë, persistante le long de l'avant-bras. On trouve le long supinateur en pliant le bras au niveau du coude tout en opposant une résistance. C'est le muscle qui gonfle juste sous le coude du côté des fléchisseurs de l'avant-bras (face interne). Le *trigger point* dans le long supinateur se trouve à environ 5 cm du pli du coude vers l'extérieur.

Le court supinateur permet de tourner la main, paume vers le ciel. C'est la cause la plus fréquente de douleur dans l'épicondyle latéral, que ce soit au repos ou lorsqu'on porte une lourde charge. L'activation de ces *trigger points* résulte de n'importe quelle supination en force du poignet, en particulier lorsque le coude est tendu, par exemple si on rattrape mal une balle au tennis, si on utilise un tournevis ou que l'on tourne avec difficulté un objet comme une vieille poignée de porte ou le couvercle d'un bocal. Un chien qui tire sans arrêt sur sa laisse peut également entraîner des symptômes apparaissant généralement au niveau du coude. La douleur survient parfois après avoir lancé un attaché-case sur un bureau, serré des mains, effacé un tableau ou enlevé des feuilles avec un râteau. Sous l'influence des *trigger points*, le court supinateur peut comprimer le nerf radial et engourdir par voie de conséquence la main du côté du pouce. Afin de palper le court supinateur, bougez le long supinateur vers l'extérieur et appuyez fortement contre le radius en dessous. Le *trigger point* se trouve à 2-3 cm sous le pli du coude.

Le massage le plus facile et efficace de l'avant-bras s'effectue contre un mur avec une balle en caoutchouc d'environ la taille d'une balle de tennis. L'idéal est un diamètre de 60 mm ou un peu plus. Vous trouverez ce type de balle dans un magasin de jouets, une animalerie ou sur Internet. Vous pouvez également vous masser l'avant-bras avec une balle rebondissante en mousse (par exemple les balles Pinky) ou une balle de tennis dans une longue chaussette. Vous devrez garder le contrôle de la balle de tennis en tenant bien la chaussette juste au-dessus de la balle. Cela demande un peu plus d'effort, mais ça en vaut la peine! Une balle en caoutchouc présente toutefois l'avantage de bien adhérer au mur.

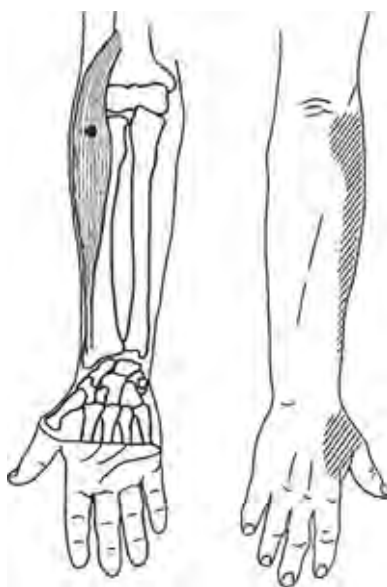


Figure 6.9 *Trigger point* du long supinateur et schéma de douleur référée

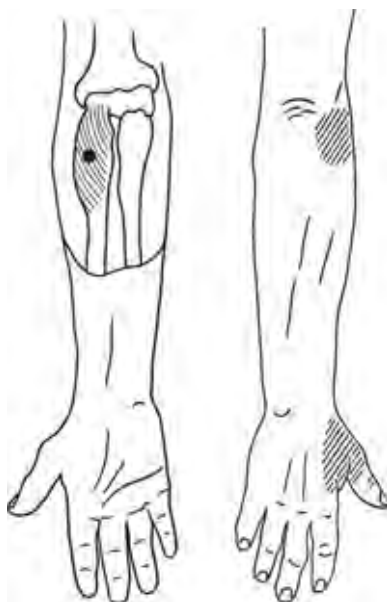


Figure 6.10 *Trigger point* du court supinateur et schéma de douleur référée

Afin de se masser avec une balle contre un mur, laissez pendre le bras tendu, la balle étant placée juste sous le coude sur la face externe (poilue) du bras. Trouvez le premier radial à 2-3 cm sous l'articulation. Tournez légèrement le pouce vers le mur. Effectuez dix à douze mouvements de va-et-vient sur ce point sensible avant de passer au suivant. Pour le *trigger point* dans le long supinateur, mettez-vous face au mur en faisant un pas vers lui. Tournez un peu plus l'avant-bras et la main vers l'extérieur afin que la paume soit en direction du mur. Faites rouler la balle sur la face interne du bras vers l'extérieur. Le *trigger point* du long supinateur se trouve à 2-3 cm sous la partie externe du pli du coude. Dans cette position, vous devriez également pouvoir masser le court supinateur, en profondeur sous le long supinateur à 2-3 cm sous le pli du coude. La hanche du même côté aidera à appuyer le bras contre le mur. Cette technique n'est confortable pour personne. Si c'est trop désagréable, massez ces muscles avec une balle en caoutchouc plus petite que vous tiendrez dans la paume de la main opposée. L'idéal est une balle rebondissante de 24 mm ou 35 mm, de la taille des boules de chewing-gum qu'on trouve dans les distributeurs. Le coude étant posé sur le genou, massez chacun des *trigger points* de l'avant-bras en vous aidant de la balle.

## Deuxièmes radiaux

Chaque deuxième radial se fixe sur l'épicondyle latéral et sur la base du métacarpien du majeur (figure 6.11). Si son nom latin *extensor carpi radialis brevis* semble indiquer qu'il s'agit d'un muscle court, cet extenseur longe en fait tout le radius sur sa face externe.

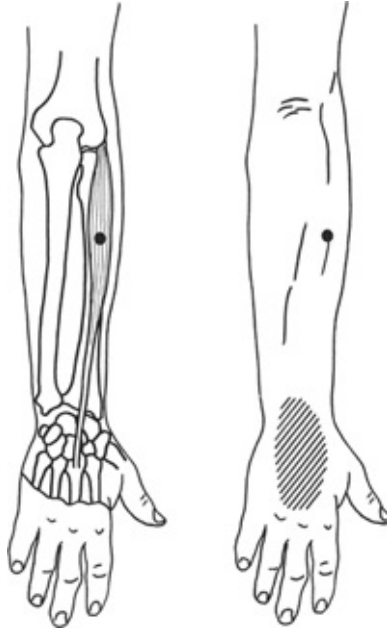


Figure 6.11 *Trigger point* du deuxième radial et schéma de douleur référée

Le *trigger point* dans le deuxième radial provoque une douleur à l'arrière du poignet et de la main, et au niveau du coude. Une sensation de crispation, de brûlure ou de douleur sourde à l'arrière de l'avant-bras est parfois due à ce muscle (non montré). Il arrive qu'un deuxième radial noué sous l'influence du *trigger point* comprime le nerf radial et entraîne un engourdissement et des picotements sur la face externe de l'avant-bras, du poignet et de la main. Cette compression peut également causer une faiblesse motrice de la main.

Toute activité qui demande de saisir fermement quelque chose avec les mains et les doigts épuise les deuxièmes radiaux. Lorsqu'on tape longtemps sur le clavier d'un ordinateur, ces muscles font partie de ceux qui doivent rester contractés pour que les mains effectuent leur tâche. Un repose-poignets au niveau du clavier est censé empêcher toute tension dans les muscles extenseurs, mais il n'accomplit pas toujours ce qu'il faudrait: le repose-poignets soutient bien le poids des avant-bras mais souvent très peu celui des mains.

Essayez d'utiliser autrement le repose-poignets. De temps à autre, posez les paumes des mains l'une contre l'autre et posez le côté des mains sur le repose-poignets. Cette astuce permet aux extenseurs d'effectuer une pause et peut faire toute la différence sur la quantité de douleur ressentie à la fin de la journée. Transformez ce geste en automatisme et prenez l'habitude d'y recourir le plus souvent possible. Afin d'améliorer votre posture et d'aider votre torse, le haut de votre dos, les épaules et les bras, habituez-vous à reposer les mains sur vos genoux.



Figure 6.12 Localisation du deuxième radial par une contraction isolée

Dans chaque deuxième radial, le *trigger point* se trouve à 8 ou 10 cm sous le coude, tout contre le corps du radius. Afin de confirmer l'emplacement du deuxième radial, posez les doigts sur l'avant-bras comme indiqué sur la [figure 6.12](#) et sentez le muscle se contracter lorsque vous pliez le poignet vers l'arrière. Vous pouvez masser avec le pouce voire le coude opposé, mais l'idéal sera une balle de la taille d'une balle de tennis contre un mur. L'avant-bras doit former un angle droit avec le bras, la paume étant face au ciel et le pouce en direction du mur ([figure 6.13](#)). Appuyez le bras contre la balle que vous ferez rouler lentement et de manière répétée sur le *trigger point*. Comme celui-ci est souvent aussi douloureux qu'un hématome, allez-y en douceur. Cet automassage devrait amener l'avant-bras vers le coude.

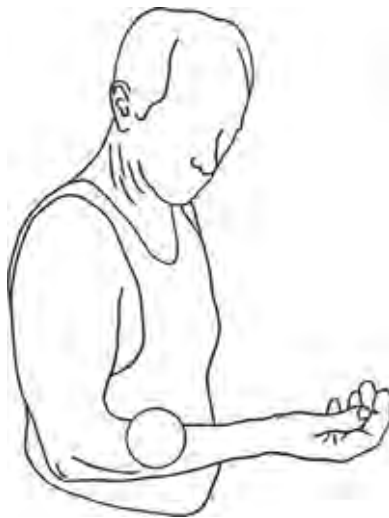


Figure 6.13 Massage du deuxième radial avec une balle contre un mur. Utilisez le poids du corps contre le bras pour exercer une pression

Des poignets que tant de personnes portent, un peu comme ceux des joueurs de tennis, sont efficaces pour traiter les muscles extenseurs fragilisés par un *trigger point*, mais l'inactivité qu'ils imposent tend à raidir les muscles. Au bout du compte, ils risquent d'aggraver le problème. Si vous faites bien attention à l'ergonomie, vous modifierez certaines de vos habitudes au travail et apprendrez à masser les *trigger points* de vos extenseurs. Des poignets seront alors inutiles.

## Cubitaux postérieurs

Le *cubital postérieur* est un autre muscle extenseur. Il se fixe sur l'épicondyle latéral et sur la base du métacarpien de l'auriculaire ([figure 6.14](#)). La présence de *trigger points* dans le cubital postérieur, ainsi que dans le cubital antérieur, est la cause la plus fréquente de douleur dans le poignet et la main du côté de l'auriculaire (du côté cubital). Vous aurez l'impression d'avoir une entorse au poignet.

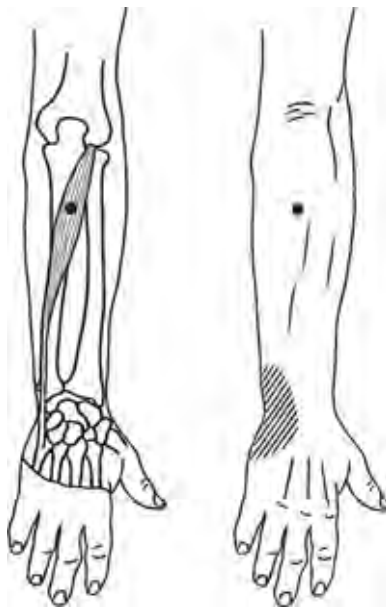


Figure 6.14 *Trigger point* du cubital postérieur et schéma de douleur référée

Remarquez que les poignets sont normalement penchés du côté du cubitus lorsque vous tapez sur un clavier standard ou un ordinateur portable. Cela impose aux cubitiaux postérieurs de rester contractés pour que les mains restent dans la même position. Un clavier ergonomique avec un alignement orthogonal des touches évite de garder les poignets plus droits, ce qui soulage beaucoup ces muscles.

La plupart des outils tenus par la main imposent de pencher le poignet dans la direction du cubitus. Par conséquent, les cubitiaux postérieurs se retrouvent conditionnés pour effectuer un dur labeur et sont généralement très puissants. Cependant, il n'existe aucun muscle qui ne puisse, un jour ou l'autre, être sollicité de manière excessive. En cas de douleur au poignet due au cubital postérieur, considérez-la comme le signal indiquant que vous devez modifier la position de vos mains afin de soulager ce muscle extenseur.

Le *trigger point* se trouve à 7 cm environ sous le coude sur la face externe de l'avant-bras, le long du cubitus. Pour trouver le ventre de ce muscle, pliez le poignet en direction de l'auriculaire pour le sentir se contracter ([figure 6.15](#)). Massez le cubital postérieur avec une balle contre un mur ([figure 6.16](#)). La paume est tournée vers le bas et la main du côté du pouce est éloignée du mur. Le bras est indifféremment tendu vers le bas ou à l'horizontale comme sur l'illustration. Utilisez le poids du corps pour exercer une pression et faites des mouvements répétés de va-et-vient en direction du coude.



Figure 6.15 Localisation du cubital postérieur par une contraction isolée



Figure 6.16 Massage du cubital postérieur avec une balle contre un mur

Une contraction isolée permet de trouver n’importe quel muscle de ce livre. Il suffit alors de le toucher pour le sentir se raidir et bouger sous le bout de vos doigts.

## Anconés

Chacun des deux *anconés* est un petit muscle qui se trouve au niveau du coude près du cubital postérieur (figure 6.17). Il se fixe sur la face postérieure du cubitus et l’épicondyle latéral de l’humérus, et permet, avec le triceps brachial, de tendre le coude. Un *trigger point* dans l’anconé provoque une douleur dans la région de l’épicondyle latéral et contribue parfois à celle d’un tennis elbow.



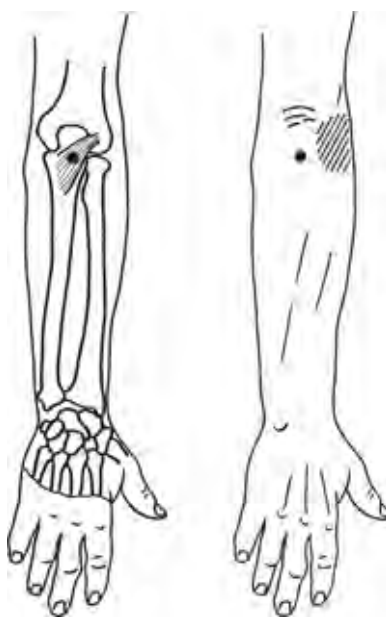


Figure 6.17 *Trigger point* de l'anconé et schéma de douleur référée

Trouvez l'anconé dans la zone non osseuse entre la pointe du coude et l'épicondyle latéral. Afin de confirmer l'emplacement de l'anconé, posez le doigt à cet endroit et sentez le muscle se contracter quand vous tournez fortement l'avant-bras et la main pour amener la paume vers le sol (pronation) ([figure 6.18](#)).



Figure 6.18 Localisation de l'anconé par une contraction isolée

Prenez l'habitude de masser les muscles de l'avant-bras et de la main avec une balle (de type balle de tennis) contre un mur. Une séance quotidienne de quelques minutes ou, si possible, de 15 à 20 minutes vous soulagera d'une «douleur exquise».

## *Extenseurs communs des doigts et extenseurs propres de l'index*

Chaque *extenseur commun des doigts* se fixe sur l'épicondyle latéral de l'humérus et sur les os des doigts ([figure 6.19](#)). Son rôle est de tendre (extension) le majeur, l'annulaire et l'auriculaire, ce qu'il

peut faire de manière sélective parce que ce muscle possède un tendon différent pour chaque doigt. Si l'index est également attaché à l'extenseur commun des doigts, il est principalement contrôlé par un autre muscle, l'*extenseur propre de l'index* (figure 6.20).

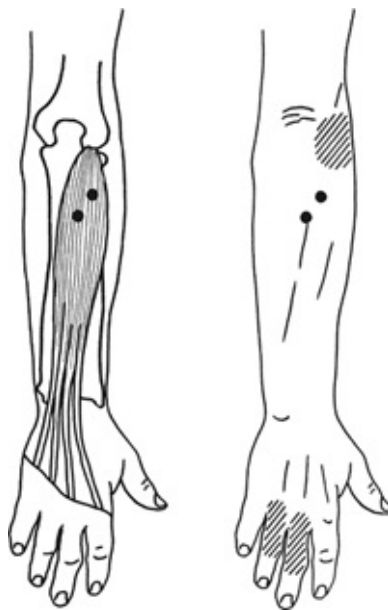


Figure 6.19 *Trigger points* de l'extenseur commun des doigts et schéma de douleur référée

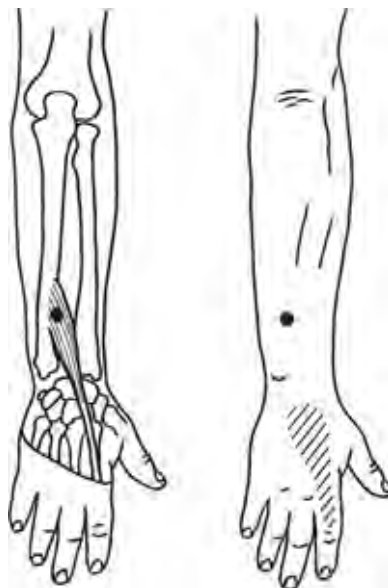


Figure 6.20 *Trigger point* de l'extenseur propre de l'index et schéma de douleur référée

Des *trigger points* dans l'extenseur commun sont la première cause de raideur des doigts. Ils provoquent également une douleur au niveau du coude (tennis elbow) et de la deuxième articulation du majeur et de l'annulaire. La douleur référée dans les articulations des doigts peut être confondue avec celle d'une arthropathie. Parfois, la douleur irradie à l'arrière de l'avant-bras et, de manière localisée, sur la face interne du poignet (non montré). En outre, une hypersensibilité et une faiblesse des doigts peuvent être symptomatiques de la présence de *trigger points* dans l'extenseur commun. Un *trigger point* dans l'extenseur propre de l'index entraîne une douleur à l'arrière du poignet, de la main et de l'index.

Lorsque vous serrez fortement le poing ou que vous saisissez, là aussi fortement, un objet, les extenseurs des doigts sont sollicités pour empêcher la flexion du poignet quand les doigts plient. Plus la préhension est forte et plus les extenseurs communs des doigts travaillent. Une activité qui demande

à la main de saisir ou de tourner quelque chose de manière répétitive, comme serrer des mains ou utiliser un tournevis, peut surmener l'extenseur commun des doigts. Toute action répétée de chaque doigt risque d'épuiser différentes parties du muscle.

Sur un clavier d'ordinateur, l'extenseur commun des doigts garde ceux-ci levés lorsqu'ils ne sont pas en train de taper sur une touche. Avec les mains en position pour travailler sur un clavier, les extenseurs communs des doigts sont toujours noués sans grande possibilité de se reposer. Actionner une souris entraîne le même problème, quel que soit le doigt utilisé. Si vous êtes longtemps devant un ordinateur, des *trigger points* dans l'extenseur commun des doigts sont probablement la cause de la crispation ressentie à l'arrière des avant-bras. Laissez reposer le plus possible ces muscles en mettant les mains le long du corps ou en les posant sur vos genoux. Habituez-vous à prendre cette position lorsque vous faites une pause entre deux périodes de frappe. Cela semblera peut-être un peu compulsif au début, mais sera un inconvénient bien mineur lorsque ce sera devenu une habitude. En outre, cela peut être une véritable bouée de sauvetage pour ces muscles si vulnérables. Toutefois, n'espérez pas trop de bienfaits de ce repos tant que vous n'avez pas éliminé les *trigger points*.

Localisez l'extenseur commun des doigts sur la face externe (poilue) de l'avant-bras, à 5-7 cm sous le coude. Vous pouvez sentir se contracter indépendamment les différentes parties du muscle lorsque vous levez un par un le majeur, l'annulaire ou l'auriculaire ([figure 6.21](#)). En levant l'index, vous percevrez la contraction de l'extenseur propre de l'index à 5 cm environ au-dessus de la boule osseuse sur la face externe du poignet ([figure 6.22](#)).



Figure 6.21 Localisation de l'extenseur commun des doigts par une contraction isolée



Figure 6.22 Localisation de l'extenseur propre de l'index par une contraction isolée

Massez l'extenseur commun des doigts avec une balle contre un mur, l'arrière de la main étant parallèle au mur et l'avant-bras horizontal (figure 6.23). Faites lentement rouler la balle sur toute la surface du muscle, du milieu de l'avant-bras au coude, en appuyant le poids du corps sur lui. Pour accéder à l'extenseur propre de l'index, tournez l'avant-bras et la main afin d'amener la paume vers le sol (pronation). L'extenseur propre de l'index se trouve entre le radius et le cubitus. Vous devrez peut-être vous aider du pouce pour le masser.



Figure 6.23 Massage de l'extenseur commun des doigts avec une balle contre un mur. Faites rouler la balle à plusieurs reprises sur toute la surface jusqu'au coude

Il est toujours plus efficace de masser des *trigger points* plusieurs fois dans la journée, chaque séance ne durant si besoin qu'une minute ou deux. Évitez la douleur en faisant une séance avant et après l'activité à l'origine du problème.

## *Extenseurs et abducteurs du pouce*

Le pouce est mobilisé par plusieurs muscles provenant de l'avant-bras pour un meilleur effet de levier. Le *long abducteur du pouce* écarte le pouce de la main comme pour ouvrir la bouche d'une marionnette manipulée avec la main. Il amène également le pouce sur l'extérieur et le côté en un mouvement que l'on appelle, d'une manière qui prête à confusion, «extension du pouce». Le *court extenseur du pouce* effectue ces deux mêmes actions et tend (extension) l'articulation métacarpo-phalangienne (entre la première phalange et le métacarpien). Le *long extenseur du pouce* provoque l'extension de toutes les articulations du pouce. Il agit seul sur le dernier segment du pouce. Ces trois muscles contribuent en outre à l'inclinaison radiale ou mouvement du poignet du côté du pouce. Sentez ces muscles se contracter à l'arrière du bras, à 8-10 cm au-dessus du poignet, lorsque vous effectuez ces mouvements. Toute activité qui surmène le pouce favorise l'apparition de *trigger points* dans ces muscles, notamment lorsqu'on utilise un téléphone portable.

Seul le schéma de douleur référée pour les *trigger points* du long abducteur du pouce est connu. Il est très similaire à celui d'une ténosynovite sténosante de Quervain et doit être envisagé en l'absence de problème inflammatoire ou neurologique. La douleur est perçue dans le poignet du côté du pouce et à l'arrière du majeur et de l'annulaire (Hwang, Kang, Shin et Hwee, 2005) (figure 6.24). On peut également trouver des *trigger points* dans le ventre de ces deux autres muscles. Cherchez-les pour les masser avec une balle en caoutchouc de 45 mm ou 60 mm contre un mur. Un ballon de hand-ball serait de taille idéale, mais il n'est peut-être pas assez dur pour certains.

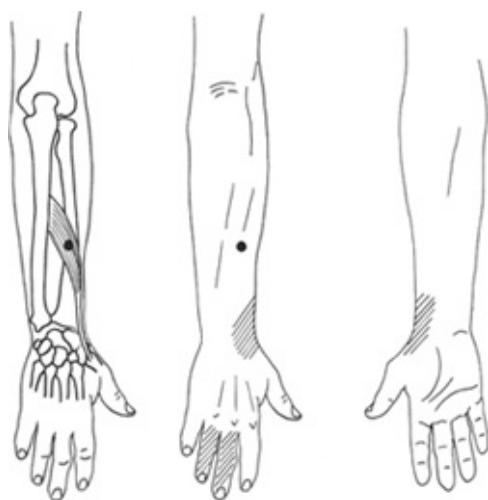


Figure 6.24 *Trigger point* d'un des faisceaux du long abducteur du pouce et schéma de douleur référée

## Muscles fléchisseurs de la main et des doigts

Les fléchisseurs de la main et des doigts se trouvent sur la face interne de l'avant-bras, la plupart étant fixés sur l'épicondyle médial ou épitrochlée, la projection osseuse sur la face interne du coude. Leur rôle est de replier la main vers l'avant-bras, de mettre les mains en coupe et d'amener le pouce et les autres doigts vers la paume.

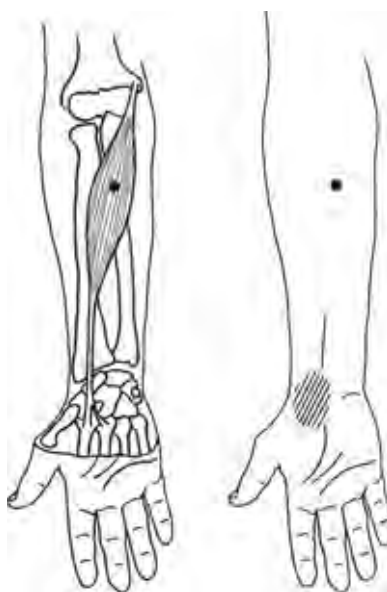


Figure 6.25 *Trigger point* du grand palmaire et schéma de douleur référée

Une douleur due aux *trigger points* dans les fléchisseurs est présente en différents lieux sur la face interne de l'avant-bras, du poignet, de la main et des doigts. Étant donné qu'il y a trois couches épaisses de muscle sur la face interne de l'avant-bras, les *trigger points* sont un peu plus difficiles à isoler et à masser que pour ceux sur la face externe de l'avant-bras.

On peut effectuer avec une grande précision l'automassage de la face interne de l'avant-bras en utilisant une petite balle en caoutchouc de 35 ou 45 mm sur le dessus d'un bureau ou d'une commode (figure 6.27). Vous trouverez une balle de cette taille dans un distributeur de boules de chewing-gum ou au rayon jouets d'un grand magasin. Une balle contre un mur est également efficace. Posez dans ce cas le dos au mur, la balle et le bras étant derrière le dos. Tenez le bras du côté à masser avec la main opposée pour un plus grand effet de levier pendant que vous appuyez la balle contre le mur

(figure 6.28). Il est difficile de déterminer sur quel muscle vous êtes dans cette position. Vous pouvez débiter par le poignet afin de masser les muscles du pouce et remonter peu à peu jusqu'à l'épicondyle médial en replaçant correctement, si besoin, la balle avec la main opposée. Certaines personnes trouvent qu'il est plus facile et efficace d'être face au mur dans l'embrasement d'une porte ou à un angle de mur. Laissez pendre le bras, la paume étant face au mur. Utilisez la hanche pour exercer une plus grande pression sur le bras à masser.

## *Grands palmaires (fléchisseurs radiaux du carpe)*

Chaque *grand palmar* se fixe sur l'épicondyle médial ou épitrochlée du coude et sur le métacarpien de l'index (figure 6.25). Ce muscle fléchisseur travaille avec le cubital antérieur pour amener la main vers la face interne de l'avant-bras.

Les *trigger points* dans le grand palmar provoquent une douleur dans la face interne du poignet près de la base du pouce. Cette douleur est souvent confondue avec une entorse du poignet. Les muscles dans la partie charnue du pouce sont eux aussi à l'origine d'une douleur au même endroit.

Les fléchisseurs de la main souffrent en cas d'actions excessives pour saisir, tourner et tirer avec les mains, dont le simple fait de tenir des bâtons de ski ou de petits outils. Dormir les poignets repliés sur eux-mêmes oblige les fléchisseurs à rester dans un état anormalement raccourci, ce qui tend à favoriser la survenue de *trigger points*.

Le muscle grand palmar se trouve dans la loge antérieure de l'avant-bras. Localisez le ventre de ce muscle à 7 cm environ sous le coude. Sentez le muscle se gonfler lors d'une contraction isolée en repliant la main vers le bras (figure 6.26). Comme le montre la figure 6.27, on peut utiliser une balle de 60 mm, ou plus petite, contre une table ou un bureau pour un massage spécifique de chacun des muscles présents du côté des fléchisseurs. Tenir le bras derrière le dos contre un mur peut vous permettre d'exercer une plus grande pression (figure 6.28). Commencez par masser avec la balle à 5-7 cm sous le coude et faites-la rouler tout le long de l'avant-bras jusqu'au coude. Tenez le bras à traiter avec la main opposée derrière le dos pour un meilleur effet de levier et une compression accrue. Sur l'illustration, c'est le bras gauche qui est massé. La main droite peut faire tourner légèrement la chair du bras gauche pour qu'il soit mieux positionné contre la balle sur le mur.



Figure 6.26 Localisation du grand palmar par une contraction isolée





Figure 6.27 Massage des fléchisseurs de l'avant-bras avec une balle sur une table



Figure 6.28 Position pour masser les fléchisseurs de l'avant-bras avec une balle contre un mur

### *Cubitaux antérieurs (ou fléchisseurs ulnaires du carpe)*

Chaque *cubital antérieur* se fixe sur l'épicondyle médial ou épitrochlée du coude et sur un petit os rond du carpe de la main appelé *os pisiforme*. Ce muscle aide à plier le poignet vers l'intérieur. Il permet également au cubital postérieur de plier le poignet vers l'auriculaire (inclinaison cubitale).

Un ou plusieurs *trigger points* dans le cubital antérieur provoquent une douleur du côté cubital du poignet ([figure 6.29](#)). Remarquez que celle-ci peut aussi bien résulter du cubital antérieur que du cubital postérieur, voire des deux. La présence de *trigger points* en cet endroit rend parfois douloureuses la paume de la main et la face interne du coude (non montré). Lorsque ce muscle est noué, il risque de comprimer le nerf ulnaire, entraînant un affaiblissement de la préhension et une



sensation de brûlure ou d'engourdissement dans l'annulaire et l'auriculaire (non montré). C'est ce qu'on appelle parfois un *syndrome de compression du nerf ulnaire*. Le fléchisseur commun des doigts et l'opposant du cinquième doigt peuvent eux aussi comprimer ce nerf.

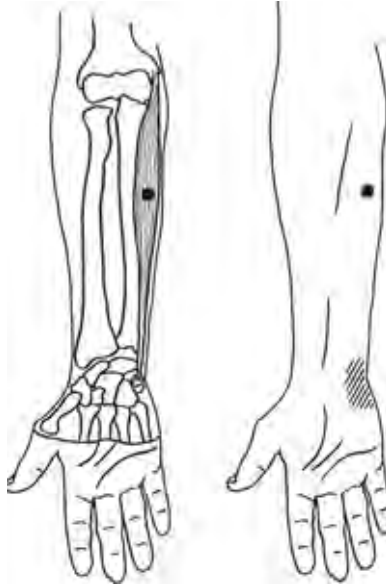


Figure 6.29 *Trigger point* du cubital antérieur et schéma de douleur référée

Afin de trouver ce muscle, effectuez une contraction isolée pour le sentir gonfler en pliant le poignet vers la main du côté de l'auriculaire ([figure 6.30](#)). Observez son trajet le long du bord interne du corps du cubitus. Pour le masser, utilisez le pouce ou une balle contre un mur. Vous pouvez trouver plus d'un *trigger point*, le plus douloureux étant plus ou moins à mi-chemin entre le coude et le poignet.



Figure 6.30 Localisation du cubital antérieur par une contraction isolée

## *Petits palmaires*

Chaque *petit palmaire* se fixe sur l'épicondyle médial ou épitrochlée du coude et sur la plupart des tendons dans la paume de la main. Son rôle est de mettre les mains en coupe et de contribuer à la flexion du poignet.

Un ou plusieurs *trigger points* dans le petit palmaire provoquent une sensation de brûlure ou de picotement dans la paume de la main ([figure 6.31](#)). L'utilisation d'outils qui exercent une pression sur la paume peut s'avérer très douloureuse lorsque des *trigger points* sont présents dans le petit palmaire. Une douleur peut également être perçue dans la moitié inférieure de la face interne de l'avant-bras (non montré). Des *trigger points* dans ce muscle n'entraînent pas de douleur aux doigts, mais sont souvent associés à la *maladie* ou *contracture de Dupuytren* où l'annulaire et l'auriculaire demeurent repliés contre la paume et résistent lorsqu'on essaie de les redresser.

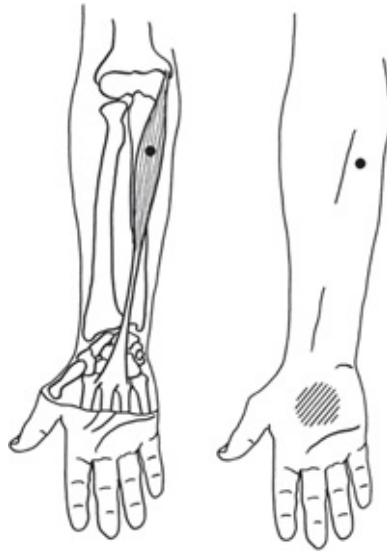


Figure 6.31 *Trigger point* du petit palmaire et schéma de douleur référée

Le petit palmaire est un muscle étroit situé entre le grand palmaire et le cubital antérieur sur la face interne de l'avant-bras, légèrement en direction du cubitus. Afin de localiser le ventre de ce muscle, sentez-le gonfler lors d'une contraction isolée quand vous plaquez le bout du pouce et des autres doigts les uns contre les autres ([figure 6.32](#)). On trouve des *trigger points* dans le petit palmaire du milieu du bras à la projection osseuse de la face interne du coude (épicondyle interne). Massez-les selon les mêmes techniques que pour les autres muscles fléchisseurs.



Figure 6.32 Localisation du petit palmaire par une contraction isolée

## *Fléchisseurs communs des doigts*

Il existe en fait deux muscles fléchisseurs des doigts: le *fléchisseur commun profond des doigts* et le *fléchisseur commun superficiel des doigts*. Le premier se trouve sous le second. Ensemble, ils constituent la deuxième et la troisième couche de muscle dans la face interne de l'avant-bras. Les extrémités inférieures de leurs tendons se fixent sur les os des doigts ([figure 6.33](#)). Leurs extrémités supérieures s'insèrent sur les deux os de l'avant-bras et sur l'épicondyle médial ou épitrochlée du coude.



Figure 6.33 *Trigger points* des fléchisseurs communs des doigts et schéma de douleur référée

Les *trigger points* dans les fléchisseurs communs des doigts provoquent une vive douleur sur le dessous des doigts. Lorsque les fléchisseurs communs des doigts ou le cubital antérieur compriment le nerf ulnaire, entraînant une douleur, un engourdissement, une sensation de brûlure, une hypersensibilité et une faiblesse de la main, on parle couramment de *syndrome du canal cubital*. Le nerf médian peut également être comprimé par les fléchisseurs communs des doigts et le rond pronateur, ce qui crée un engourdissement et des picotements dans le majeur et l'annulaire. Une contraction involontaire des doigts résulte parfois de la présence de *trigger points* dans les muscles fléchisseurs des doigts.

Une utilisation excessive de la préhension avec des outils ou des équipements sportifs comme une raquette de tennis, un club de golf et des rames aboutit à un problème dans les fléchisseurs communs des doigts. Un long trajet en voiture, les mains crispées sur le volant, risque de les malmenier. Un métier où il faut sans cesse se servir de ciseaux est néfaste à ces muscles. Une personne qui joue trop longtemps d'un instrument de musique favorise là aussi la survenue de *trigger points* dans les muscles fléchisseurs des doigts.

Les ventres des deux fléchisseurs communs des doigts sont difficiles à distinguer lorsqu'on les contracte. Recherchez des *trigger points* dans la moitié supérieure de la face interne de l'avant-bras; attendez-vous à ce qu'ils soient profondément enfouis. Massez-les avec une balle contre un mur, comme décrit précédemment, le bras étant derrière le dos, en exerçant une large pression en profondeur ([figure 6.28](#)).

Le trouble appelé *doigt à ressaut* (ou *en gâchette*) qui survient lorsqu'un doigt se retrouve figé en flexion peut parfois être amélioré par le massage profond d'un point hypersensible sur le côté de la paume de l'articulation, là où le doigt rejoint la main. Un doigt à ressaut est possible avec n'importe quel doigt, même le pouce. Cela résulte peut-être du tendon du fléchisseur qui se retrouve collé à sa gaine. D'après Travell et Simons, il suffit d'une seule injection de procaine, un anesthésique local, pour régler «rapidement et définitivement» ce problème.

## Ronds pronateurs et carrés pronateurs

Chaque *rond pronateur* se fixe sur le haut du cubitus et l'épicondyle médial ou épitrochlée, puis il traverse en diagonale la face interne de l'avant-bras pour aller s'attacher sur la partie moyenne de la face externe du radius ([figure 6.34](#)). Un muscle complémentaire, le *carré pronateur*, relie le radius au cubitus au niveau du poignet. Le rôle des pronateurs est de faire tourner le radius autour du cubitus, ce qui amène la paume de la main vers le sol, le pouce en dedans, un mouvement appelé *pronation*. Le mouvement opposé est la *supination* qui amène la paume de la main vers le ciel, le pouce en dehors. (La supination est réalisée par le long et le court supinateurs, et le biceps brachial.)

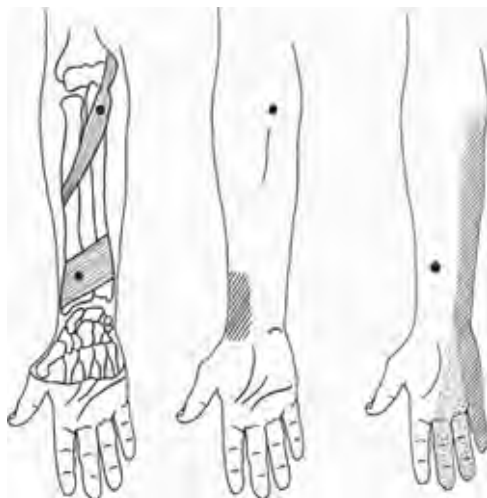


Figure 6.34 *Trigger points* du rond pronateur et du carré pronateur, douleur référée du rond pronateur et douleur référée du carré pronateur (évitez d'appuyer sur l'artère radiale et le nerf médian quand vous massez ces muscles)

Des *trigger points* dans le rond pronateur provoquent une douleur dans une vaste région du poignet du côté du pouce. Celle-ci peut irradier jusqu'à la base du pouce et la face interne de l'avant-bras (non montré). Des *trigger points* dans le rond pronateur risquent d'entraîner la compression du nerf médian par le muscle. L'engourdissement qui en résulte dans le majeur et l'annulaire peut être attribué, à tort, à un syndrome du canal carpien ou à ce qu'on appelle un *syndrome du rond pronateur*. Le carré pronateur est à l'origine d'une douleur dans la main et le bras, du côté de l'auriculaire, jusqu'à l'épicondyle médial ou épitrochlée. Parfois la douleur est perçue dans l'auriculaire ou dans l'annulaire et le majeur. Ces schémas de douleur imitent ceux des nerfs sensitifs du nerf ulnaire et du nerf médian (Hwang, Kang et Kim, 2005).

Tout sport ou travail qui demande une importante pronation répétée surmènera les muscles pronateurs et créera des *trigger points*. Au tennis par exemple, la main doit se mettre en pronation lorsque le poignet sert à réaliser un coup droit lifté. Retirer des vis avec un tournevis dans la main droite sollicite beaucoup les pronateurs. Avec un tournevis dans la main gauche, les pronateurs travaillent lorsqu'on serre des vis. De même, taper sur un clavier standard maintient les mains en pronation durant une longue période de temps.

Afin de trouver le rond pronateur, mettez la main en pronation: tournez-la le plus loin possible, paume vers le sol. Localisez le muscle en le sentant gonfler pendant qu'il se contracte, juste sous la face interne du coude ([figure 6.35](#)). Pour trouver le ventre du carré pronateur, effectuez une importante pronation en sentant l'endroit sur le poignet où l'on prend son pouls ([figure 6.36](#)). Le pouce sert à masser ces deux muscles. On peut également masser le rond pronateur avec une balle contre une table ou un mur, le bras étant derrière vous ([figures 6.27 et 6.28](#)).



Figure 6.35 Localisation du rond pronateur par une contraction isolée



Figure 6.36 Localisation du carré pronateur par une contraction isolée

### *Longs fléchisseurs propres du pouce*

Chaque *long fléchisseur propre du pouce* se fixe sur la base de la deuxième phalange du pouce du côté opposé de l'ongle (sous la partie charnue du pouce). L'autre extrémité de ce muscle étonnant, grand et puissant, s'attache sur pratiquement toute la longueur du radius ([figure 6.37](#)). Son rôle est de plier la dernière phalange du pouce vers la paume, une composante importante d'une forte préhension.

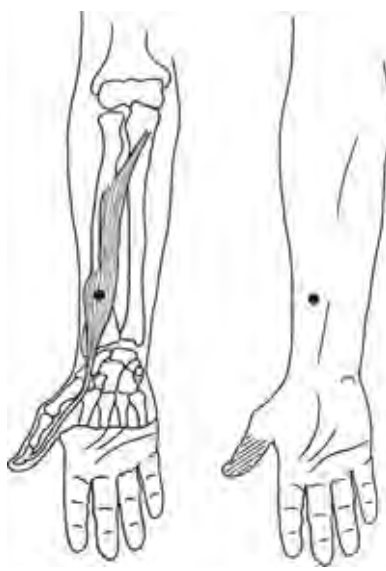


Figure 6.37 *Trigger point* du long fléchisseur propre du pouce et schéma de douleur référée

Un ou des *trigger points* dans le long fléchisseur propre du pouce provoquent une douleur et une hypersensibilité dans la dernière phalange du pouce. Ils peuvent rendre la pince du pouce et de l’index (qui permet d’écrire) gauche, faible ou maladroite même en l’absence de douleur. Lorsque vous pliez la dernière articulation du pouce, celle-ci peut se bloquer ou émettre un bruit sec. Chez de nombreux utilisateurs, ce muscle reste contracté lorsqu’ils rédigent un texto ou utilisent leur téléphone portable.

Localisez le ventre du long fléchisseur propre du pouce à environ un tiers de son trajet en partant du poignet sur le côté du pouce (côté cubital) de la face interne de l’avant-bras. Sentez-le se contracter lorsque vous fermez fortement le poing en appuyant fermement le pouce contre le majeur (figure 6.38). Massez le muscle contre le radius avec une balle (de la taille d’une balle de tennis) contre un mur, le bras étant derrière vous. En raison de la longueur variable des fibres de ce muscle, plusieurs *trigger points* peuvent se trouver tout le long du radius.



Figure 6.38 Localisation du long fléchisseur propre du pouce par une contraction isolée

Lisez page 35 le chapitre 3 sur les «Recommandations préalables». Si cela vous gêne de vous masser au travail avec une balle contre un mur, faites-le dans les toilettes de votre entreprise où personne ne viendra vous poser de question.



# Muscles de la main

Lorsque des personnes éprouvent une douleur, un engourdissement et d'autres symptômes dans leurs mains, trois seules causes possibles viennent généralement à l'esprit: de l'arthrose, une tendinite ou un syndrome du canal carpien. Si l'une d'elles vous semble probable, attendez d'avoir effectué une recherche de *trigger points* avant de prendre une décision. Commencez d'abord par explorer les endroits à distance de la main. Si vos symptômes vous posent problème, reportez l'examen de la main pour la fin. En effet, la désactivation des *trigger points* dans les avant-bras et des lieux plus éloignés encore devrait très probablement tout résoudre. Utilisez les différents guides qui figurent au début du chapitre pour organiser votre recherche. Lorsque vous aurez éliminé d'autres zones de projection de la douleur, les symptômes qui persisteront dans les mains seront faciles à identifier et à traiter.

On compte dix-neuf muscles dans la main auxquels s'ajoutent plusieurs autres provenant de l'avant-bras qui contribuent à la mobilisation de la main. Les quatre plus grands muscles font bouger le pouce. Trois muscles de taille modeste agissent sur l'auriculaire. Un muscle met en coupe la paume. Quatre muscles minuscules dans la paume, les lombricaux, aident à plier et à tendre les doigts. Les sept muscles restants sont les interosseux entre les différents métacarpiens de la main. Ils actionnent les doigts ensemble et séparément. Dans les doigts eux-mêmes, il n'y a que des tendons.

## Muscles de l'éminence thénar

Trois des quatre muscles courts du pouce constituent la partie charnue du pouce ou *éminence thénar*. Le *court fléchisseur du pouce* et le *court abducteur du pouce* recouvrent l'*opposant du pouce*. Les *trigger points* présents dans ces trois muscles sont très proches les uns des autres. Le schéma de douleur référée du court fléchisseur du pouce n'a pas encore été identifié, mais on pense qu'un *trigger point* dans ce muscle serait impliqué dans le trouble appelé *pouce à ressaut* ou *en gâchette*. Ces trois muscles se fixent sur les os du pouce et sur les os du carpe et les métacarpiens de la main et du poignet (figure 6.39). L'*opposant du pouce* et le court fléchisseur du pouce permettent d'amener en dedans le pouce face aux autres doigts en direction de l'auriculaire. Le court abducteur du pouce écarte le pouce des autres doigts sur l'avant de la main. Bougez comme si vous manipuliez une marionnette. Le court abducteur du pouce est le muscle responsable de l'ouverture de la bouche de celle-ci. Quant au quatrième muscle, l'*adducteur du pouce*, il ferme la bouche de la marionnette. Les *trigger points* présents dans ces trois premiers muscles se trouvent dans la partie charnue de la main à la base du pouce.

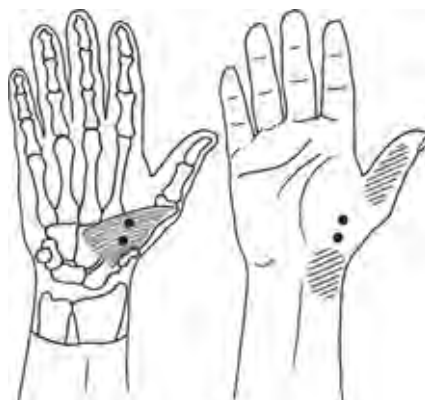


Figure 6.39 *Trigger points* de l'opposant du pouce et schéma de douleur référée



Des *trigger points* dans l'opposant du pouce provoquent une douleur dans la face interne du poignet, du côté du pouce (côté radial), vous donnant l'impression d'avoir une entorse du poignet. Ils irradient également sur le côté du pouce. Ils rendent maladroite la pince (du pouce et du bout des doigts) qui permet la préhension. Il devient alors difficile d'écrire avec un stylo ou d'effectuer des mouvements fins avec les mains. Le court abducteur du pouce peut entraîner une douleur dans la première commissure entre le pouce et l'index ainsi que sur le dessus du majeur. La douleur est parfois perçue selon un schéma, plus vaste, sur toute la longueur inférieure du premier tiers de l'avant-bras du côté du pouce (côté radial). Plus rarement, la douleur est ressentie au niveau de l'épicondyle médial ou épitrochlée ([figure 6.41](#)) (Kim *et al.*, 2009).



Figure 6.40 Massage de l'opposant du pouce avec l'autre pouce

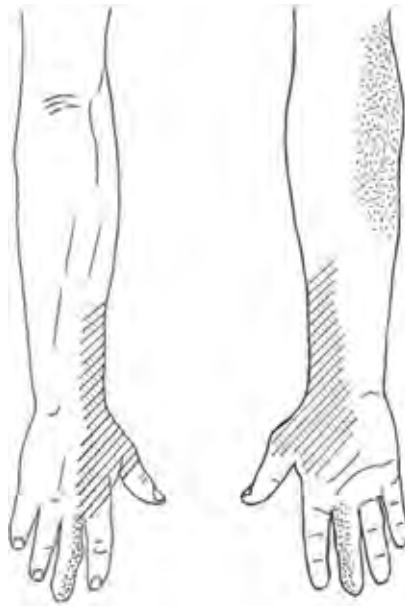


Figure 6.41 Schéma de douleur référée du court abducteur du pouce

Le pouce peut être surmené par des activités banales telles que retirer les mauvaises herbes d'un jardin, coudre, faire de la tapisserie, écrire ou jouer d'un instrument de musique ainsi que par tous les travaux artisanaux et de nombreux métiers dans l'industrie. Abuser du téléphone portable pour écrire des textos ou du clavier d'un ordinateur risque d'entraîner la survenue de *trigger points* dans n'importe lequel de ces muscles. De nombreux massothérapeutes doivent abandonner leur profession

et chercher une autre manière de subvenir à leurs besoins parce que leurs pouces, trop sollicités, sont complètement handicapés.

Recherchez des *trigger points* sur toute la partie charnue du pouce. Vous en trouverez généralement plus d'un. La manière la plus sûre et efficace pour masser la partie charnue du pouce consiste à faire rouler d'avant en arrière une petite balle en caoutchouc dur posée sur une table ou contre un mur derrière vous (la [figure 6.42](#) montre la position la plus aisée). Utilisez une balle rebondissante de 24 mm ou 35 mm que vous trouverez dans les distributeurs de boules de chewing-gum. La gomme au bout d'un crayon constitue un autre outil de massage très utile ([figure 6.49](#)). En cas d'urgence, massez cette zone en vous aidant du pouce ([figure 6.40](#)).



Figure 6.42 Position pour un massage des mains contre un mur avec une balle rebondissante de 24 mm ou 35 mm

Lors de ces massages, le plus difficile est de ne pas se nuire à soi-même. À chaque fois que vous effectuez un automassage, tapotez-vous ensuite le dos pour détendre vos doigts.

## Adducteur du pouce

L'*adducteur du pouce* est le quatrième petit muscle du pouce. Il fait partie intégrante de la première commissure entre le pouce et l'index, et se fixe sur la base du deuxième et du troisième métacarpiens ([figure 6.43](#)). Son rôle est de rapprocher le pouce de la paume, soit de la position latérale en forme de L (le pouce étant à l'extérieur sur le côté) soit par l'avant (comme lorsqu'on manipule une marionnette). Afin de vérifier son emplacement, posez un doigt de la main opposée sur l'adducteur du pouce. Vous devriez sentir le muscle se contracter lorsque vous appuyez le pouce contre la base de l'index. Cela vous donnera une idée de la manière dont le pouce participe au mouvement de préhension.

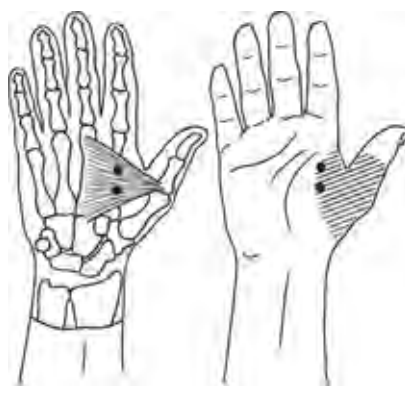


Figure 6.43 *Trigger points* de l'adducteur du pouce et schéma de douleur référée

Des *trigger points* dans l'adducteur du pouce provoquent une douleur à la base du pouce, mais très peu au niveau de la première commissure (entre le pouce et l'index). Gardez à l'esprit qu'une douleur perçue à la fois dans la première commissure et la base du pouce peut résulter du scalène, du brachial antérieur, du premier radial, du court supinateur, du long supinateur et du court abducteur du pouce.

Pour masser les *trigger points* présents dans l'adducteur du pouce, on peut pincer la première commissure et, pour un massage moins fatiguant, utiliser une petite balle en caoutchouc sur une table ou derrière votre dos contre un mur.

Sur une échelle de douleur de 1 à 10, un «5» serait un niveau parfait de compression. Elle doit être «délicieusement thérapeutique», légèrement douloureuse tout en restant supportable. À «6», vous plisserez les yeux.

## *Muscles de l'éminence hypothénar*

Trois muscles modestes mobilisent l'auriculaire dans la région de l'éminence hypothénar, du côté de l'auriculaire. Il s'agit de l'*abducteur du cinquième doigt*, du *court fléchisseur du cinquième doigt* et de l'*opposant du cinquième doigt*. Les abducteurs du cinquième doigt écartent l'auriculaire vers l'extérieur, loin de la main. Les courts fléchisseurs du cinquième doigt le plient vers le poignet. Les opposants du cinquième doigt amènent l'auriculaire au travers de la paume pour rencontrer le pouce. Le schéma de douleur référée de ces muscles n'est pas encore connu, mais vous trouverez des points sensibles dans chacun d'eux et leur automassage vous fera le plus grand bien. Utilisez une balle en caoutchouc de 24 mm ou 35 mm sur un bureau ou derrière le dos contre un mur pour les masser (figure 6.42). Tournez la main pour que son bord externe se trouve contre la balle en soutenant cette main au niveau du poignet avec la main opposée.

N'oubliez pas qu'une douleur perçue dans l'annulaire et l'auriculaire peut provenir de nombreux muscles, dont le petit dentelé postérieur et supérieur, le grand dentelé, le grand dorsal, le petit pectoral et le grand pectoral, le cubital postérieur, le cubital antérieur et le triceps brachial. Un engourdissement dans ces deux doigts et sur le côté de l'auriculaire (côté cubital) de la main résulte du cubital antérieur, des fléchisseurs communs des doigts, du petit pectoral, du triceps brachial, du petit rond et du scalène.

## *Muscles interosseux*

Les muscles *interosseux* occupent l'espace entre les quatre métacarpiens de la main ([figure 6.44](#)). Remarquez que ces petits muscles ne se trouvent que dans une moitié de la main, celle près des doigts, la paume de la main étant composée des os carpiens. Il existe deux types de muscles interosseux. Les quatre *interosseux dorsaux* sont accessibles de l'arrière (dos) de la main. Ils écartent l'index et l'annulaire du majeur et mobilisent latéralement le majeur. Les quatre *interosseux palmaires* sont accessibles du côté de la paume. Ils réunissent les doigts en faisant bouger l'index, l'annulaire et l'auriculaire en direction du majeur. Ces huit muscles interosseux jouent un rôle dans la préhension et de nombreux mouvements subtils de manipulation des doigts et de la main.

Des *trigger points* dans les interosseux provoquent une douleur sur les côtés et le dessous des doigts et aux articulations de l'auriculaire. Ils contribuent à la raideur, la faiblesse et la gaucherie des doigts. Les interosseux causent parfois un engourdissement des doigts lorsqu'ils compriment les nerfs digitaux qui se trouvent également entre les métacarpiens. Les nerfs digitaux sont les nerfs sensitifs des doigts.

Le premier interosseux dorsal, massif et très développé constitue l'essentiel de la première commissure entre l'index et le pouce ([figure 6.45](#)). Ses *trigger points* ont un schéma de douleur référée bien plus vaste, provoquant une douleur dans la paume, l'auriculaire, le dos de la main et toutes les surfaces de l'index. Ils sont souvent à l'origine d'une vive douleur persistante dans la main du côté de l'auriculaire (côté cubital). Afin de localiser le premier interosseux dorsal, voyez-le et sentez-le gonfler lorsque vous appuyez l'index contre le pouce ([figure 6.46](#)).

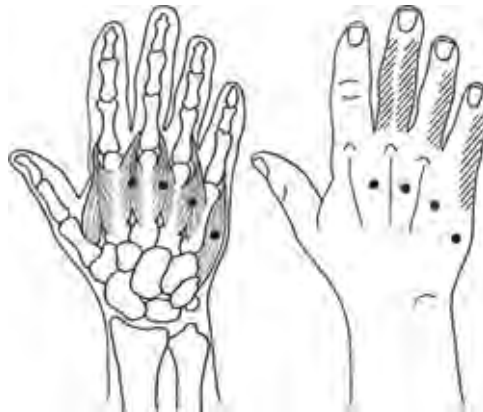


Figure 6.44 *Trigger points* des interosseux dorsaux et schéma de douleur référée. L'abducteur du cinquième doigt, son *trigger point* et la douleur référée figurent également sur ce dessin



Figure 6.45 *Trigger points* du premier interosseux dorsal et schéma de douleur référée



Figure 6.46 Localisation du premier interosseux dorsal par une contraction isolée

Si vous avez mal sous le majeur et sa dernière articulation quand vous écrivez, cherchez un *trigger point* dans le deuxième interosseux dorsal entre les métacarpiens de l'index et du majeur. Ce muscle aide le majeur à pousser contre le pouce afin de tenir un stylo. Chez un écrivain, une crampe persistante peut souvent se résumer à la question de trouver les principaux muscles qui renferment des *trigger points*. Les muscles courts du pouce et le premier interosseux dorsal sont la principale source de la crampe de l'écrivain. Ne négligez pas pour autant les autres muscles.

Les *nodosités d'Heberden* sont des renflements sur les côtés des dernières articulations des doigts. On pense qu'ils résulteraient de la présence de *trigger points* dans des interosseux surmenés. Des renflements dans les articulations du milieu sont appelées *nodosités de Bouchard*. Il est possible d'éliminer ces deux types de nodosités en traitant les *trigger points* dans les interosseux, à condition que cela soit réalisé assez tôt. Une nodosité, même pleinement développée, peut souvent être réduite. Les mêmes tensions dans les interosseux qui entraînent des nodosités sur les articulations peuvent contribuer au développement d'une arthropathie.

Ceux qui jouent d'un instrument de musique comme le piano, le violon ou la guitare, où il faut souvent étirer au maximum les doigts pour atteindre certaines notes, sont particulièrement sujets à des interosseux malmenés. Au travail ou lors d'une activité sportive, saisir en force un objet de manière répétée fait subir un risque similaire à ces petits muscles.

Avec la souris d'un ordinateur, le premier interosseux dorsal et le premier interosseux palmaire risquent de travailler de manière excessive si l'on utilise l'index pour cliquer. La souris malmène également de façon prévisible l'extenseur propre de l'index et une partie de l'extenseur commun des doigts qui travaillent en synergie pour lever le doigt entre deux frappes. Si votre souris se trouve trop loin sur le côté par rapport au clavier, vous serez probablement sujet à des *trigger points* dans les sous-épineux, les petits ronds, les trapèzes, les rhomboïdes et les deltoïdes antérieurs à cause de la rotation vers l'extérieur et de la flexion vers l'avant des bras. Une solution efficace pour régler ce problème serait d'utiliser un clavier ergonomique avec un pavé tactile pouvant être utilisé comme une souris.

On peut masser les interosseux en s'aidant du pouce ([figure 6.47](#)). Un massage plus profond s'effectuera avec le coin de la gomme d'un crayon maintenu dans une petite pince à ressort pour un meilleur confort des doigts. Les [figures 6.48](#) et [6.49](#) montrent deux types différents de gommes que l'on peut se procurer n'importe où. L'une d'elles est une grosse gomme de bureau, l'autre se trouve au bout d'un crayon raccourci coincé dans une pince. Il est facile de trouver une telle pince à ressort en plastique bon marché dans un grand magasin ou une quincaillerie.



Figure 6.47 Massage de l'interosseux dorsal avec le pouce



Figure 6.48 Massage de l'interosseux avec une gomme

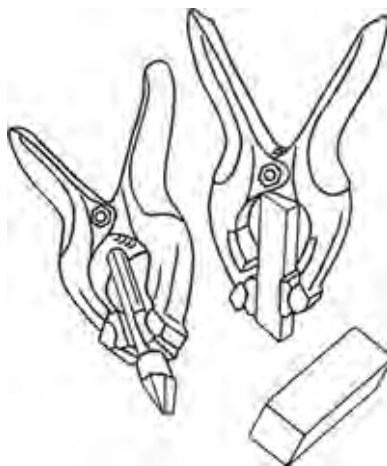


Figure 6.49 Pincettes à ressort et gommes pour masser les interosseux



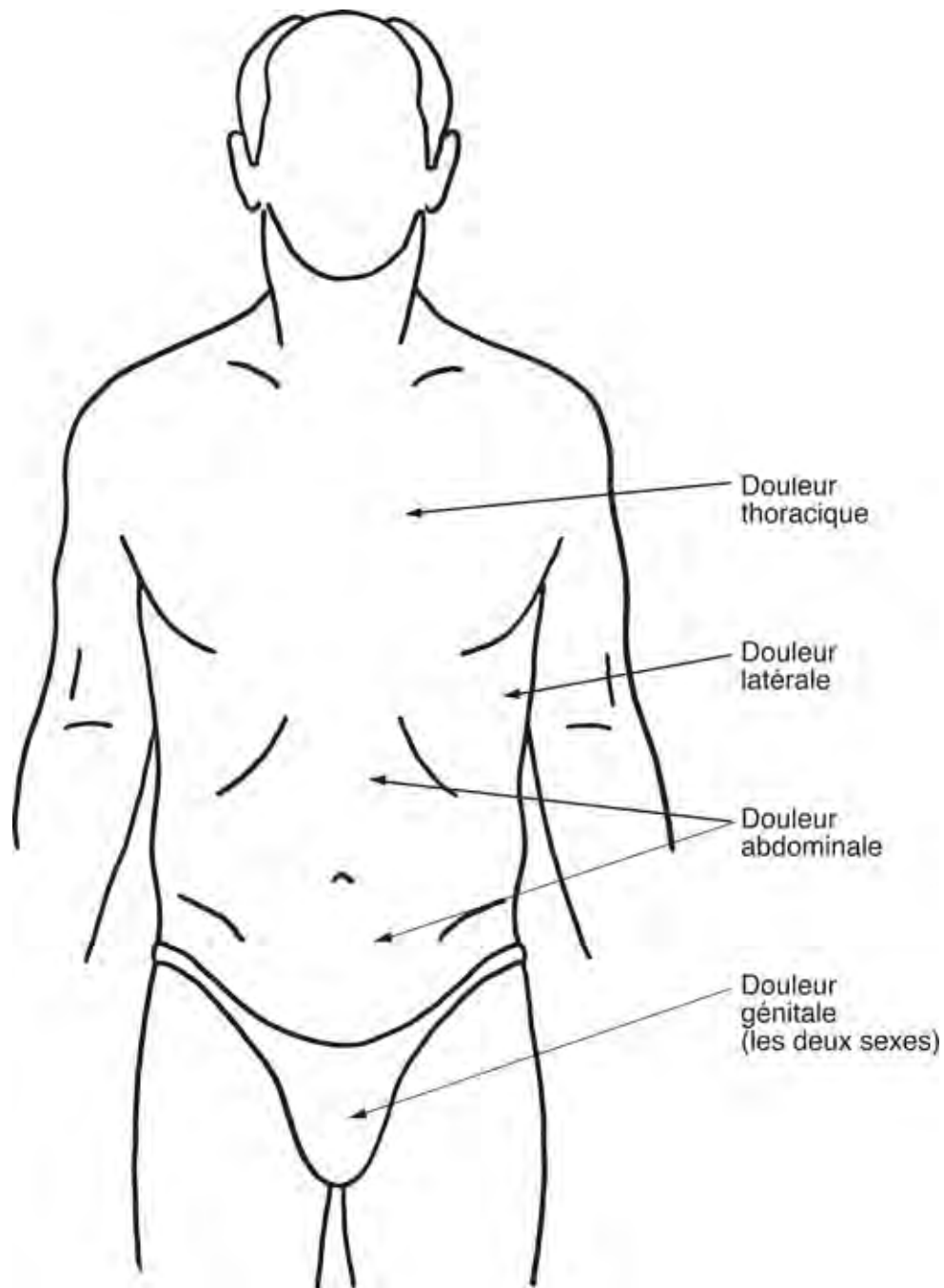
Figure 6.50 Massage du premier interosseux dorsal avec le pouce (appuyez le muscle contre l'os)

Massez le premier interosseux dorsal, épais, en appuyant contre le métacarpien avec l'aide du pouce ([figure 6.50](#)). La main est dans une position neutre, comme pour tenir une tasse. Si vous utilisez le pouce ou une gomme, il vaut mieux poser la main sur le genou. Effectuez des mouvements lents en prenant le temps de bien trouver les *trigger points*, car il peut y en avoir plusieurs dans ce muscle. Un problème avec les interosseux peut être difficile à résoudre. En effet, ils ne sont pas faciles à masser et vos activités les malmènent peut-être en permanence. Envisagez sérieusement de modifier ce qui peut l'être dans votre manière d'utiliser vos mains afin de permettre à ces muscles si particuliers de faire une pause.



## Chapitre 7

# Douleur thoracique, abdominale et génitale



# Guide des douleurs

## Thorax, abdomen et appareil génital

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Flancs

- grand dentelé** (p. 169)
- obliques abdominaux** (p. 172)
- intercostaux** (p. 195)
- grand dorsal (p. 117)
- diaphragme** (p. 171)

### Thorax

- grand pectoral** (p. 163)
- petit pectoral** (p. 167)
- scalène** (p. 96)
- sterno-cléido-mastoïdien** (p. 62)
- sternaux** (p. 166)
- intercostaux** (p. 195)
- ilio-costal (p. 195)
- sous-clavier** (p. 166)
- obliques abdominaux (p. 172)
- diaphragme** (p. 171)

### Abdomen

- grand droit de l'abdomen** (p. 172)
- obliques abdominaux** (p. 172)
- ilio-costal (p. 195)
- spinaux profonds (p. 192)
- carré des lombes (p. 198)

### Appareil génital

**périnéaux** (p. [181](#))

**obliques abdominaux** (p. [172](#))

**grand adducteur** (p. [236](#))

**grand droit de l'abdomen** (p. [172](#))

grand glutéal (p. [201](#))

pyramidal (p. [182](#))

psoas (p. [177](#))

## Guide des autres symptômes

# Thorax, abdomen et appareil génital

## Arythmie cardiaque

grand pectoral (p. [163](#))

## Besoin fréquent ou urgent d'uriner

obliques abdominaux (p. [172](#))

## Brûlures d'estomac

obliques abdominaux (partie haute) (p. [172](#))

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## Cardiopathie ischémique ou angine de poitrine (fausse)

grand pectoral (p. [163](#))

petit pectoral (p. [167](#))

sternaux (p. [166](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

ilio-costal (p. [195](#))

## Coliques

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## Douleur au pénis

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

périnéaux (ischio-caverneux et bulbo-caverneux) (p. [181](#))

## Douleur au périnée

pyramidal (p. [182](#))

périnéaux (releveur de l'anus, bulbo-caverneux et ischio-caverneux) (p. [181](#))

## Douleur au rectum et sensation de présence de selles

grand adducteur (p. [236](#))

périnéaux (releveur de l'anus, obturateur interne et sphincter de l'anus) (p. [182](#))

pyramidal (p. [182](#))

## **Douleur au scrotum**

carré des lombes (p. [198](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

périnéaux (bulbo-caverneux) (p. [181](#))

## **Douleur aux testicules**

obliques abdominaux (p. [172](#))

périnéaux (bulbo-caverneux et ischio-caverneux) (p. [181](#))

carré des lombes (p. [198](#))

## **Douleur à la vessie ou besoin fréquent d'uriner**

grand adducteur (p. [236](#))

obliques abdominaux (p. [172](#))

pyramidal (et autres rotateurs latéraux profonds) (p. [209](#))

périnéaux (p. [162](#))

## **Douleur au vagin ou à la vulve (vulvodynie)**

obliques abdominaux (p. [172](#))

grand adducteur (p. [236](#))

périnéaux (releveur de l'anus, bulbo-caverneux, ischio-caverneux et obturateur interne) (p. [181](#))

## **Douleur chronique pelvienne, gynécologique ou menstruelle**

obliques abdominaux (p. [172](#))

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

grand adducteur (p. [236](#))

périnéaux (p. [162](#))

pyramidal/rotateurs latéraux profonds (p. [209](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

## **Douleur en respirant, toussant, éternuant ou difficulté à inspirer à fond**

scalène (p. [96](#))

grand dentelé (p. [169](#))

petit pectoral (p. [167](#))

grand pectoral (p. [163](#))

diaphragme (p. [171](#))

intercostaux (p. [195](#))

obliques abdominaux (p. [172](#))

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

grand dorsal (p. [117](#))

## **Douleur ou hypersensibilité au coccyx**

grand glutéal (p. [201](#))

transversaire épineux (p. [78](#))

périnéaux (releveur de l'anus, coccygien, sphincter de l'anus et obturateur interne) (p. [162](#))

## **Douleur ou trouble lors de mouvements**

### **En se penchant et se soulevant**

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

### **En allant à la selle**

périnéaux (sphincter de l'anus) (p. [182](#))

### **En éjaculant**

périnéaux (bulbo-caverneux) (p. [181](#))

### **En étant allongé à plat sur le dos**

périnéaux (releveur de l'anus) (p. [182](#))

### **En tendant le bras vers l'extérieur ou vers l'arrière**

grand pectoral (p. [163](#))

petit pectoral (p. [167](#))

### **En se levant d'une chaise**

spinaux superficiels (p. [195](#))

### **En se penchant sur le côté**

obliques abdominaux (p. [172](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

### **En s'asseyant**

périnéaux (releveur de l'anus et coccygien) (p. [182](#))

### **En tournant le tronc (mouvement de torsion)**

intercostaux (p. [195](#))

## **Éructations (rots)**

obliques abdominaux (p. [172](#))

## **Hypersensibilité aux seins ou aux mamelons**

grand pectoral (p. [163](#))

grand dentelé (p. [169](#))

## **Impuissance**

pyramidal (p. [182](#))

périnéaux (bulbo-caverneux) (p. [181](#))

## **Incontinence urinaire**

périnéaux (p. [192](#))

## **Indigestion**

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## **Nausées**

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## **Posture voûtée**

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

obliques abdominaux (p. [172](#))

grand pectoral (p. [163](#))

petit pectoral (p. [167](#))

sternaux (p. [166](#))

sterno-cléido-mastoïdien (p. [62](#))

scalène (p. [96](#))

## **Pseudo-appendicite**

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## **Rétention urinaire**

obliques abdominaux (p. [172](#))

## **Spasmes du sphincter urinaire**



grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

## **Syndrome de Tietze (douleur intercostale)**

grand pectoral (p. [163](#))

grand dentelé (p. [169](#))

intercostaux (p. [171](#))

diaphragme (p. [171](#))

obliques abdominaux (p. [172](#))

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

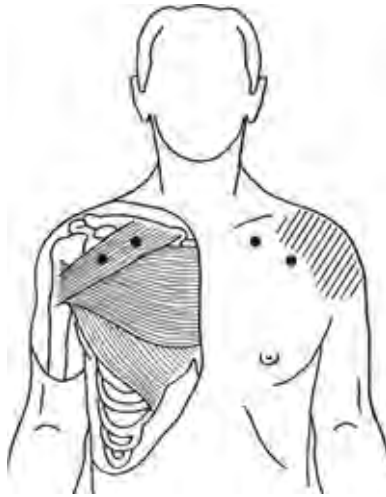
## **Vomissements en jet**

obliques abdominaux (p. [172](#))

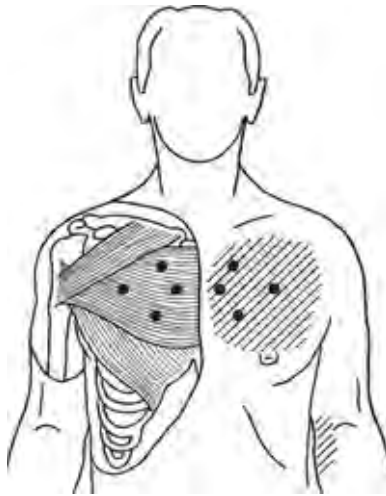
grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

# Guide illustré des trigger points

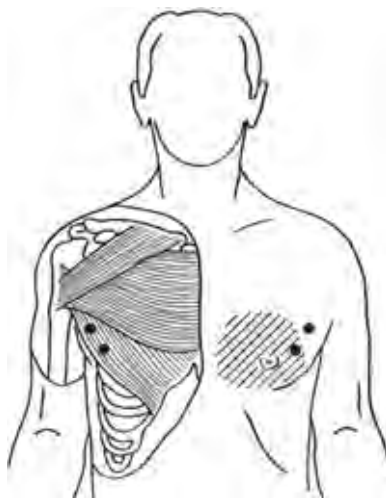
## Thorax, abdomen et appareil génital



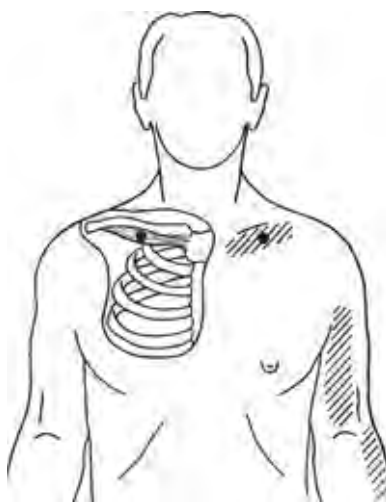
Grand pectoral, section claviculaire: *trigger points* et schéma de douleur référée (p. [163](#))



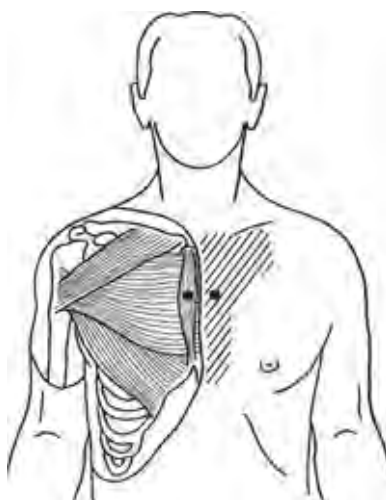
Grand pectoral, section sternale: *trigger points* et schéma de douleur référée (p. [163](#))



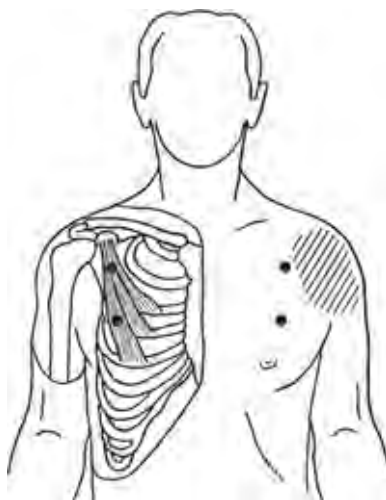
Grand pectoral, section costale: *trigger points* et schéma de douleur référée (p. [163](#))



*Trigger point* du sousclavier et schéma de douleur référée (p. 166)



*Trigger point* d'un des muscles sternaux et schéma de douleur référée (p. 166)



*Trigger points* du petit pectoral et schéma de douleur référée (p. 167)



Schéma de douleur référée du grand dentelé (*trigger point* latéral) (p. 170)

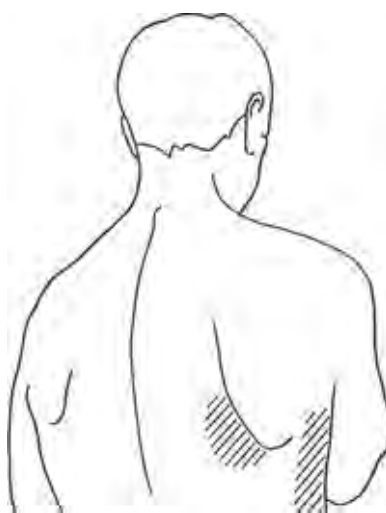


Schéma de douleur référée du grand dentelé au dos (p. 170)

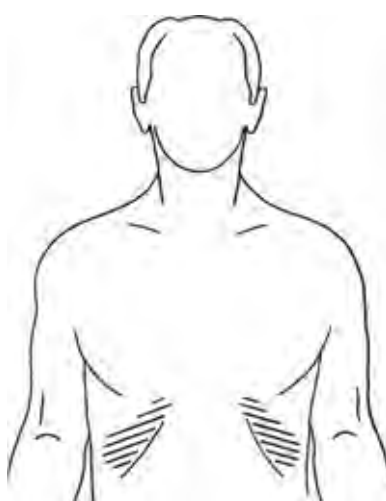
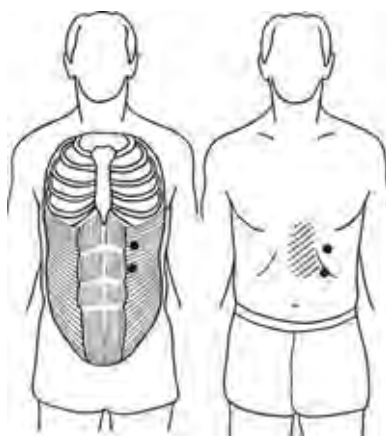
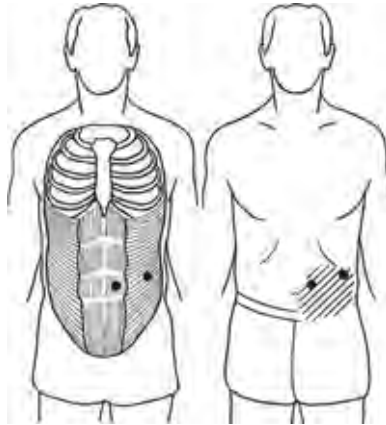


Schéma de douleur référée du diaphragme. Les *trigger points* sont cachés derrière les dernières côtes (p. 171)

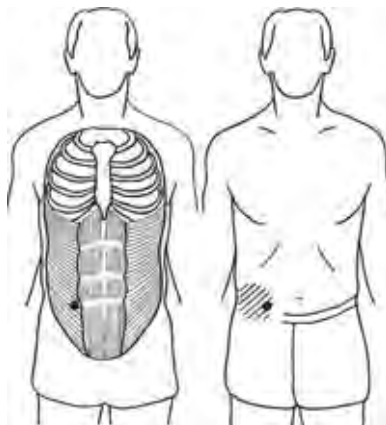


*Trigger points du haut de l'abdomen et schéma de douleur référée viscérale (p. 174)*

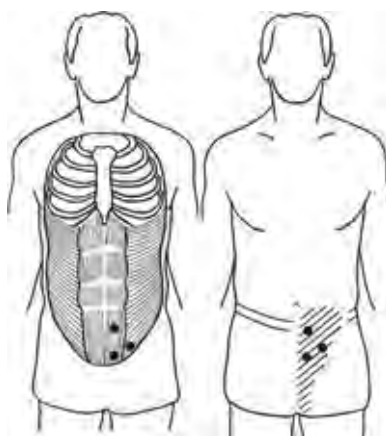


*Trigger points du milieu de l'abdomen et schéma de douleur référée viscérale (p. 174)*

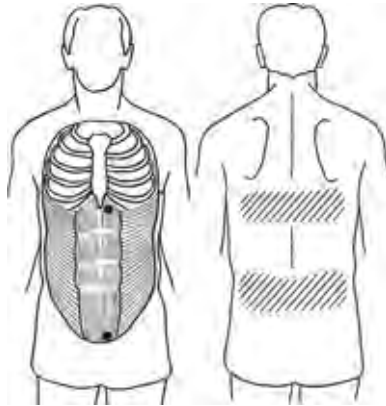
*Avertissement: pour chaque muscle, lisez au préalable toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



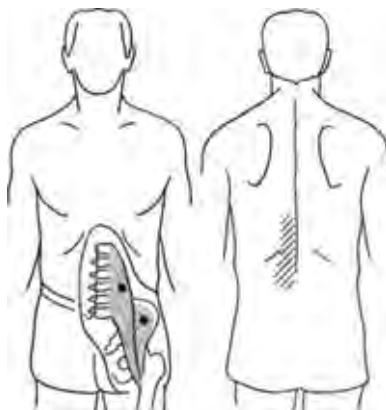
*Trigger point d'une pseudoappendicite et schéma de douleur référée (p. 174)*



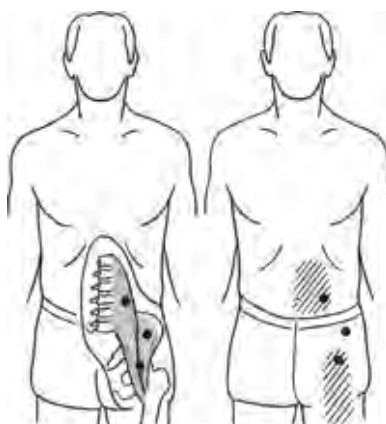
*Trigger points* du bas de l'abdomen et schéma de douleur référée inguinal et génital (les deux sexes) (p. 174)



*Trigger points* de l'abdomen et schémas de douleur référée au dos (p. 175)



*Trigger points* du psoas et de l'iliaque, et schéma de douleur référée au dos (p. 178)



*Trigger points* du psoas et de l'iliaque, et schéma de douleur référée à l'abdomen, à l'aîne et à la cuisse (p. 178)

# Douleur thoracique, abdominale et génitale

Les symptômes résultant de la présence de *trigger points* dans les muscles thoraciques et abdominaux donnent plus facilement lieu à une erreur de diagnostic et à un traitement inadapté que lorsqu'ils concernent une autre partie du corps. C'est d'autant plus regrettable que la solution est si simple lorsque des *trigger points* sont en cause. Une thérapie par les *trigger points* est appropriée dans de nombreux types de symptômes concernant le thorax, le dos, les flancs, l'estomac, l'épaule, le bras et la main, provenant des muscles thoraciques et abdominaux.

Des *trigger points* dans les muscles thoraciques peuvent entraîner une mauvaise posture à l'origine d'une respiration superficielle et d'un manque de souffle. Des problèmes d'hypersensibilité, de douleur et de respiration dus à ces *trigger points* sont souvent confondus avec des symptômes de hernie hiatale ou de maladie pulmonaire. Des *trigger points* dans les pectoraux peuvent provoquer une douleur au thorax, à l'épaule, au bras et au dos, une arythmie cardiaque et une fausse douleur cardiaque. Ils contribuent parfois au développement d'une «bosse de sorcière». Leurs effets indirects sur les muscles du cou et du haut du dos induisent une céphalée, une douleur à la mâchoire et d'autres troubles à la tête, à la face et au cou. L'engourdissement consécutif des mains et des doigts peut aboutir, à tort, à un diagnostic de syndrome du canal carpien.

Des *trigger points* abdominaux peuvent être associés à une douleur abdominale, dorsale ou menstruelle, à des brûlures d'estomac, à une fausse appendicite, de la diarrhée, des nausées, des spasmes de la vessie et du sphincter urinaire, de la constipation, voire plus rarement des vomissements en jet. Tout comme les viscères peuvent créer des *trigger points* dans les muscles, des *trigger points* peuvent imiter des troubles de l'œsophage, des reins, de la vessie, du côlon, de la vésicule biliaire et d'autres organes internes, dont le cœur. Des coliques chez les bébés et des douleurs à l'estomac chez les enfants comme chez les adultes résultent parfois de *trigger points* abdominaux. Ils pourraient même être responsables du fait que des enfants mouillent leur lit.

La douleur myofasciale provenant de *trigger points* dans le bas de l'abdomen et le plancher pelvien est souvent perçue dans l'aine, le rectum, les ovaires, l'utérus, le vagin, le pénis et les testicules, causant beaucoup d'inquiétude et de gêne inutiles. Chez les hommes, les troubles de la prostate et l'impuissance résultant de l'effet des *trigger points* dans le plancher pelvien ne sont pas inhabituels, tout comme des relations sexuelles douloureuses pour les deux sexes.

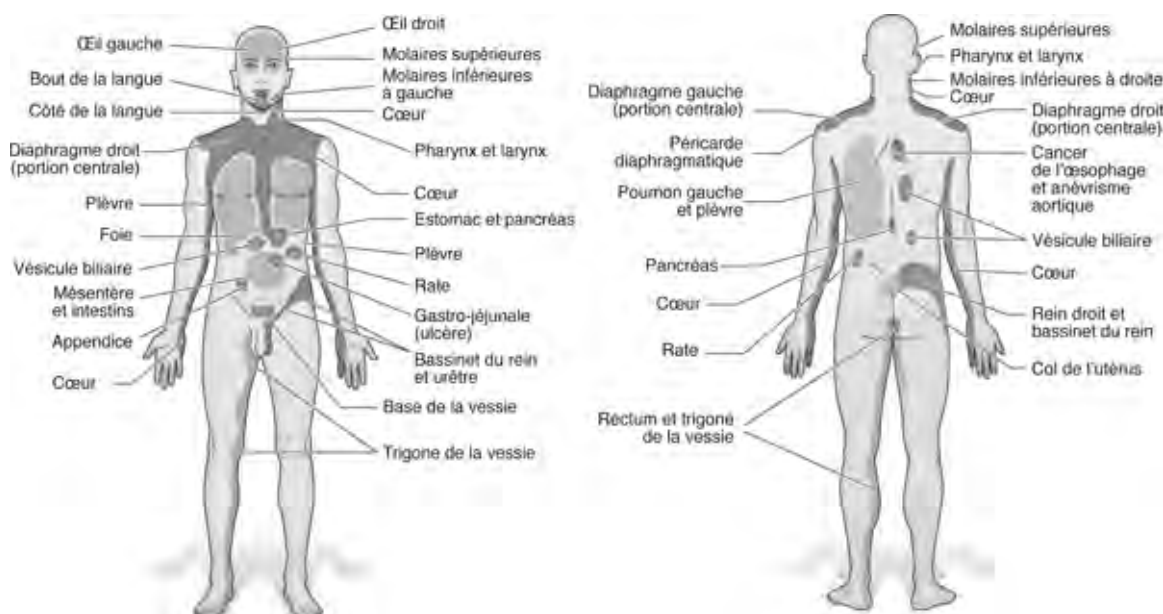


Figure 7.1 Schémas de douleur référée des organes internes: (à gauche) avant du corps et (à droite) arrière du corps. Adapté d'après Rothstein, Roy et de Wolf, 1998, avec leur autorisation.



Comme le montre la [figure 7.1](#), bien des organes induisent une douleur référée et des *trigger points* myofasciaux satellites. Un cancer peut lui aussi imiter une douleur référée due à des *trigger points*. Il est important d'écarter au plus vite toute pathologie véritable. Si quelque chose ne va pas, vos symptômes persistent et votre instinct vous dit de vous inquiéter. En cas de forte douleur, consultez un médecin afin de savoir s'il ne s'agirait pas de quelque chose de grave. Si celui-ci ne trouve rien, réjouissez-vous. Ce n'est peut-être qu'une douleur musculaire qui, elle, ne peut pas vous tuer. En médecine occidentale, on est très bon pour prolonger la vie en traitant et en guérissant des maladies. Le problème, c'est pour reconnaître une douleur musculaire et la résoudre. Dans les sections qui suivent, des conseils vous guideront afin de savoir quel muscle masser lorsqu'il n'existe aucun autre trouble ni pathologie. Si l'un de ces symptômes est dû aux *trigger points*, il suffit de recourir à l'automassage.

## Grands pectoraux

Les muscles *grands pectoraux* sont la partie musculaire du torse chez l'homme comme chez la femme. Pectoral vient du latin *pectus* qui signifie «poitrine». Il est «grand», car c'est le plus important des muscles thoraciques.

### Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans le grand pectoral peut être perçue dans le thorax et l'avant de l'épaule, le long de la face interne du bras, du coude ([figures 7.2](#), [7.3](#) et [7.4](#)) et sur la main du côté de l'auriculaire (côté cubital), et à l'annulaire et à l'auriculaire (non montré). Les symptômes sont parfois confondus avec un syndrome du scalène antérieur. L'emplacement exact de la douleur dépend de celui du *trigger point* en plusieurs sections de ce muscle complexe. La section externe devant l'aisselle renferme parfois un *trigger point* source de douleur à la poitrine et d'hypersensibilité aux mamelons ([figure 7.4](#)). Un *trigger point* dans le bord inférieur du grand pectoral peut provoquer un trouble du rythme cardiaque ([figure 7.5](#)). Vous pensez peut-être qu'un *trigger point* affectant le cœur est du côté gauche, près de cet organe, mais ce *trigger point* de l'arythmie est toujours à droite. Le schéma de douleur référée du grand pectoral et des autres muscles de cette région provoque parfois des signes aussi effrayants que ceux d'une crise cardiaque. Ce qui est déroutant avec une douleur au thorax, c'est qu'un véritable problème cardiaque peut très bien entraîner la survenue de *trigger points* dans les muscles thoraciques. Longtemps après avoir récupéré d'un trouble cardiaque, une forte douleur thoracique peut persister, conséquence non du cœur mais des muscles thoraciques.

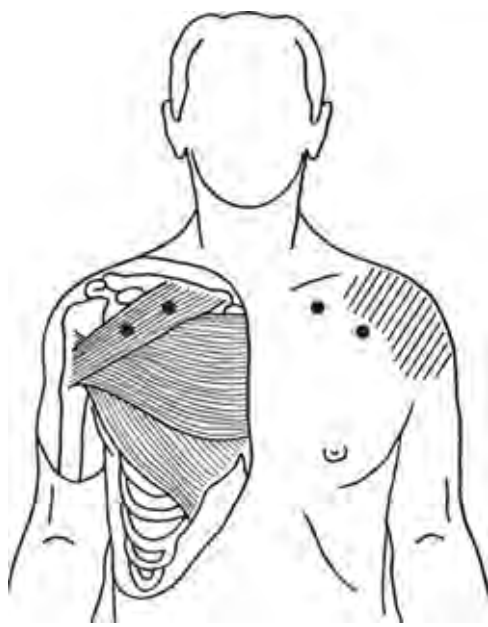


Figure 7.2 Grand pectoral, section claviculaire: *trigger points* et schéma de douleur référée

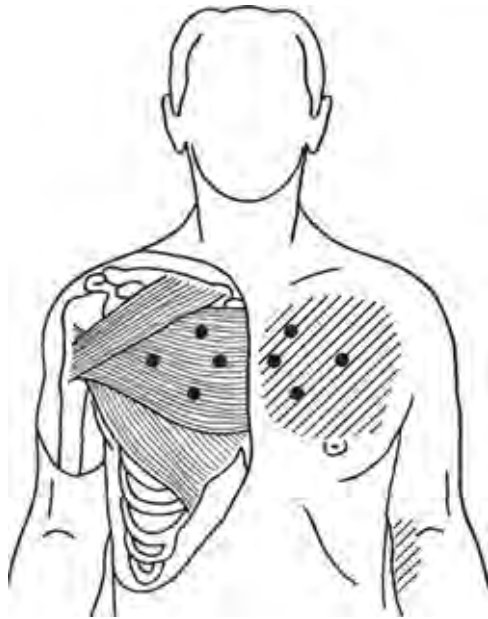


Figure 7.3 Grand pectoral, section sternale: *trigger points* et schéma de douleur référée

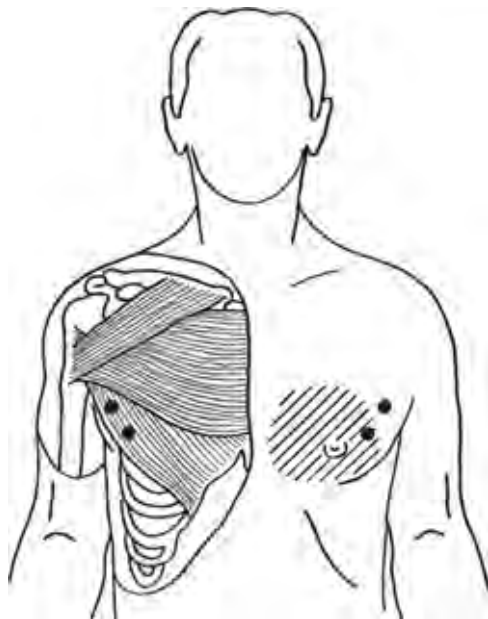


Figure 7.4 Grand pectoral, section costale: *trigger points* et schéma de douleur référée

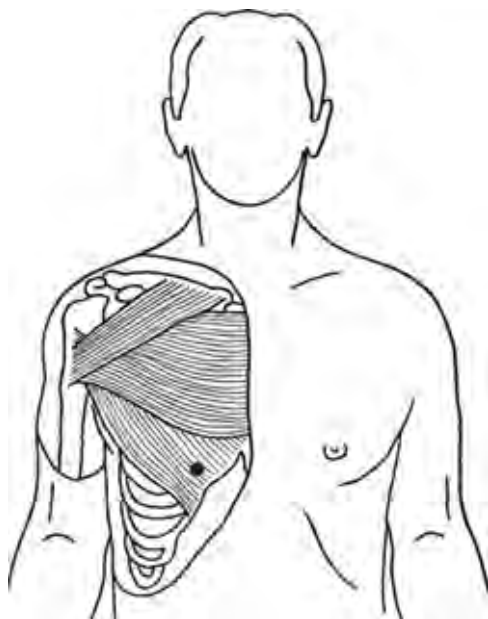


Figure 7.5 Grand pectoral, *trigger point* de l'arythmie

*Âgée de 73 ans, Anne souffre sans le savoir de trigger points dans le pectoral. Elle s'astreint chaque jour à une séance avec un neurostimulateur TENS (stimulation électrique nerveuse transcutanée) à cause de sa douleur chronique au milieu du dos. Incapable de rester branchée la nuit, elle doit prendre un antalgique pour arriver à s'endormir. Des trigger points ont raccourci ses pectoraux à un point tel qu'elle ne peut plus tirer les épaules vers l'arrière pour se lever. Après le premier massage des trigger points, elle a pu dormir sans prendre aucun médicament contre la douleur pour la première fois depuis des années. Bien qu'elle soit réticente à masser ses pectoraux, toujours très sensibles, son dos est toujours moins douloureux après coup.*

Un grand pectoral noué à cause de *trigger points* fige les épaules vers l'avant, rendant difficile d'atteindre quoi que ce soit derrière et imposant une tension constante sur les muscles du haut du dos. Une posture voûtée fige là aussi la tête et le cou vers l'avant, ce qui favorise la survenue de *trigger points* dans les sterno-cléido-mastoïdiens, les scalènes et les muscles de la nuque. Le grand pectoral peut alors devenir, indirectement, la source des nombreux symptômes dus à ces muscles. L'excès de tension sur les muscles de l'épaule et du haut du dos en raison d'un grand pectoral raccourci peut aboutir à l'apparition de *trigger points* secondaires dans le deltoïde antérieur, le coraco-brachial, le rhomboïde et le trapèze moyen, ce qui limite peu à peu les mouvements du bras et entraîne des *trigger points* dans le sous-scapulaire, le grand dorsal et le grand dentelé. Par voie de conséquence, le sous-épineux, le grand rond et le deltoïde postérieur développent des *trigger points* antagonistes à force d'être constamment étirés et ces troubles fonctionnels aboutissent à une épaule bloquée. Une posture le dos voûté entretenue par des *trigger points* thoraciques a parfois de nombreux effets inattendus, dont une douleur chronique au niveau du haut du dos, une pression excessive sur les disques du rachis, une compression des nerfs, un problème aux mâchoires, une respiration superficielle, une fatigue chronique, une douleur au cou et des maux de tête.

Malheureusement, toute tentative pour corriger en force la posture échoue généralement tant que l'on n'a pas trouvé et désactivé les *trigger points* qui maintiennent les muscles thoraciques noués. S'efforcer d'étirer ces muscles sensibles sans avoir éliminé au préalable leurs *trigger points* risque d'aggraver tous vos symptômes. Une fois ceux-ci disparus, des étirements et une rééducation posturale sont alors tout à fait appropriés et devraient avoir un effet bénéfique.

## Causes

Le grand pectoral compte trois sections distinctes. La section *claviculaire* (supérieure) se fixe sur la clavicule, la section *sternale* (du milieu) sur le sternum et la section *costale* (inférieure) sur les côtes et l'aponévrose du grand droit de l'abdomen. Toutes s'attachent à l'avant de l'humérus. Ces points d'insertion permettent au grand pectoral de tourner le bras vers l'intérieur et de l'amener au thorax. La section supérieure contribue également à lever le bras et la section inférieure à abaisser le bras et l'épaule. Lors d'activités sportives vigoureuses et dans de nombreuses activités professionnelles, le grand pectoral est sollicité de manière excessive par n'importe lequel de ces mouvements effectués avec une trop grande force ou de manière répétée.

Porter un lourd sac à dos peut être une cause favorisante, voire la seule, de la survenue de *trigger points* dans les muscles du thorax, de l'abdomen, du haut du dos et du cou. Soyez donc à l'écoute de toute tension musculaire ressentie lorsque vous utilisez un sac à dos. Une partie de votre thérapie par les *trigger points* consistera à trouver le moyen d'en alléger la charge ou de trouver un autre moyen de la porter.

## Traitement

Chez les hommes, le grand pectoral est directement accessible sous la peau. Chez les femmes, seule la moitié supérieure l'est, la moitié inférieure devant être contactée au travers du tissu mammaire ou en décalant le plus possible le sein.

On trouvera des *trigger points* dans quatre régions du grand pectoral que vous localiserez en distinguant leurs différents schémas de douleur. Les *trigger points* dans la section claviculaire provoquent une douleur à l'avant de l'épaule ([figure 7.2](#)). Ceux dans la section sternale touchent la face interne du bras et du coude ([figure 7.3](#)) ainsi que la partie centrale du grand pectoral lui-même. Une hypersensibilité et une douleur à la poitrine résultent de *trigger points* dans l'épais bord latéral de ce muscle ([figure 7.4](#)) (Simons, Travell et Simons, 1999; Long, 1956).

Le *trigger point* qui entraîne un flutter auriculaire bénin (un trouble du rythme cardiaque) se trouve entre les côtes, à 5 cm environ à droite de l'extrémité inférieure du sternum ([figure 7.5](#)). Appuyer sur ce *trigger point* est très douloureux, mais le rythme cardiaque se normalise immédiatement si c'est bien ce point qui est en cause. Il suffit alors de le masser avec le bout des doigts. Un *trigger point* se trouve parfois à gauche du sternum, mais il n'est pas impliqué dans le trouble du rythme cardiaque et n'a aucun schéma de douleur spécifique. Ces *trigger points* peuvent être difficiles à supprimer si de l'emphysème oblige à lutter sans cesse pour expirer.

Un massage avec une balle de tennis ou rebondissante de 60 mm contre l'angle d'un mur est très efficace pour toute la région du pectoral ([figure 7.6](#)). Utiliser l'embrasure d'une porte est plus confortable que se trouver devant la surface d'un mur. Certains préféreront une canne de massage de type Thera Cane, mais les doigts sont tout aussi adaptés ([figure 7.7](#)). Préservez vos doigts en exerçant l'essentiel de la pression à l'aide de la main. Effectuez de petits mouvements de va-et-vient lents et répétés. Pour un massage spécifique des *trigger points* dans le bord latéral du grand pectoral, vous devez vous servir du pouce et des autres doigts ([figure 7.8](#)). Afin de rester loin des principaux vaisseaux sanguins, des nerfs et des ganglions lymphatiques, évitez d'appuyer les muscles contre les côtes dans la zone à 5 cm environ sous l'apophyse coracoïde que vous trouverez en consultant la section «Omoplate» au [chapitre 5](#) (voir p. 101).



Figure 7.6 Massage du grand pectoral et du petit pectoral avec une balle contre l'angle d'un mur ou l'embrasure d'une porte (évitez la zone à 5 cm environ sous l'apophyse coracoïde)



Figure 7.7 Massage du grand pectoral avec les doigts



Une forte poitrine ne doit pas vous empêcher de masser. Les femmes dont c'est le cas ont généralement bien conscience de la relation entre le poids de leurs seins et leur douleur dans le haut du dos, mais souvent moins de la tension qu'entraînent des seins lourds sur les muscles de la région pectorale.

Une douleur aux seins ou autour d'eux peut s'avérer très préoccupante pour une femme qui redoute alors un cancer du sein. La Sécurité sociale fait de gros efforts pour que les femmes soient régulièrement suivies afin de les familiariser avec l'état naturel d'un tissu mammaire sain et qu'elles puissent ainsi reconnaître toute modification laissant envisager la possibilité d'une tumeur. Toutefois, d'après les médecins et les autres professionnels qui surveillent la santé des femmes, la plupart n'examineraient pas leurs seins, soit parce qu'elles sont terrifiées à la perspective de ce qu'elles pourraient trouver soit parce qu'elles comprennent mal ce qu'elles doivent chercher (R.M. Hackett, infirmière, communication personnelle avec Clair Davies, 2000).

C'est bien dommage, car la palpation des seins est un moment idéal pour apprendre à distinguer une masse normale d'une autre anormale dans le tissu mammaire et les *trigger points*, parfois similaires à une boule dans les muscles sous-jacents. Très souvent, une douleur dans la région mammaire n'est rien d'autre que la manifestation de *trigger points* dans les muscles thoraciques. Une palpation effectuée avec soin et attention afin de déceler de possibles *trigger points* devrait apaiser une peur, et non l'accroître. Travailler avec un médecin ou une infirmière qui comprend la douleur myofasciale et l'anatomie du sein peut s'avérer une aide précieuse (R.M. Hackett, communication personnelle avec l'auteur, 2000).

## *Sous-claviers*

Les muscles *sous-claviers* se trouvent juste sous les clavicules. Ils se fixent sur la partie moyenne de la face inférieure des clavicules et sur la face supérieure de la première côte et de son cartilage sterno-costal, tout contre le sternum. Les muscles sous-claviers tirent les clavicules vers le haut et les abaissent, entraînant dans ce mouvement la première côte. Un dos constamment voûté, le bras en écharpe ou l'habitude de dormir sur le côté peuvent entraîner la survenue de *trigger points* dans ces muscles (Muscolino, 2009).

Les sous-claviers ont un schéma de douleur référée étendu d'une manière disproportionnée par rapport à leur petite taille (figure 7.9). Des *trigger points* dans le sous-clavier provoquent une douleur juste sous la clavicule ainsi qu'au niveau du biceps brachial et à l'avant-bras du côté du pouce (côté radial) et, parfois, à la main du côté du pouce, au pouce, à l'index et au majeur (non montré). Le raccourcissement du sous-clavier dû à la présence de *trigger points* peut créer une tension sur la clavicule, comprimant la veine et l'artère sous-clavières contre la première côte, ce qui diminue l'afflux de sang dans le bras et la main. Des symptômes dans le sous-clavier et le grand pectoral imitent parfois un syndrome du scalène antérieur.

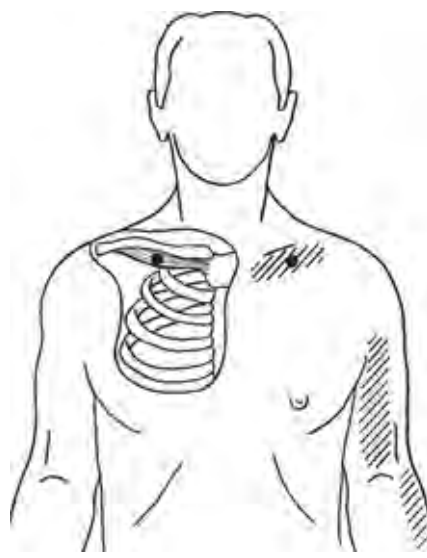


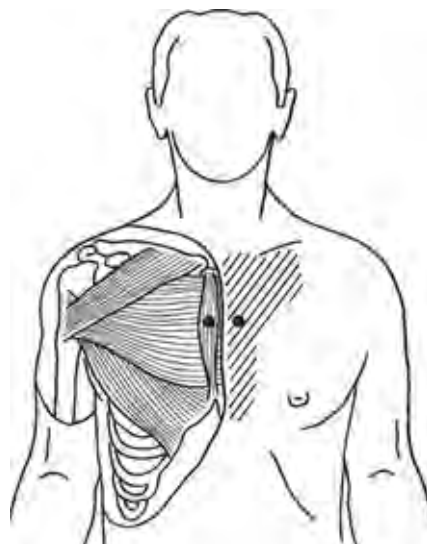
Figure 7.9 *Trigger point* du sous-clavier et schéma de douleur référée

Le sous-clavier peut s'avérer difficile à palper. Assis à une table, posez sur celle-ci l'avant-bras allongé. Penchez-vous vers l'avant et sentez avec le bout des doigts de la main opposée la clavicule qui s'éloigne des côtes pendant ce mouvement. Recherchez la douleur exquise de son *trigger point* en profondeur sous le milieu de la clavicule. Massez avec le bout des doigts. Évitez d'appuyer sous la moitié latérale de la clavicule, car d'importants vaisseaux sanguins s'y trouvent ainsi que des nerfs et des ganglions lymphatiques.

## *Muscles sternaux*

Les muscles sternaux n'existent que chez 5% environ de la population et n'ont aucune fonction évidente. Lorsqu'ils sont présents, leur configuration est très variable, par exemple un muscle sternal d'un seul côté. Si vous en avez deux, ils peuvent se chevaucher ou recouvrir le sternum. Les muscles sternaux sont soit épais soit minces. Leur nom dérive de l'emplacement de ces muscles le long du sternum.

Une douleur provoquée par des *trigger points* dans le muscle sternal sera vive au centre du thorax ([figure 7.10](#)). Une douleur moins forte irradie parfois sur le thorax, l'avant de l'épaule et le long de la face interne du bras (non montré). Des *trigger points* présents en haut du muscle sternal, près de l'extrémité inférieure du sterno-cléido-mastoïdien, entraînent parfois une toux sèche.





Des *trigger points* dans le muscle sternal peuvent être associés à des *trigger points* dans les grands pectoraux ou les sterno-cléido-mastoïdiens. Des *trigger points* insoupçonnés dans le muscle sternal peuvent être la cause d'une douleur qui persiste après une crise cardiaque ou un traumatisme cervical (coup du lapin). Afin de trouver ces *trigger points*, palpez avec les doigts tout le sternum sur les deux côtés (Simons, Travell et Simons, 1999; Epstein, Gerber et Borer, 1979).

## *Petits pectoraux*

Le muscle *petit pectoral* est complètement caché sous le grand pectoral. Il est orienté différemment et ses points d'insertion ne sont pas les mêmes. Ce muscle généralement plus petit peut néanmoins être très puissant et épais. Le petit pectoral se fixe sur l'extrémité supérieure de l'*apophyse coracoïde*, cette saillie osseuse de l'omoplate à l'avant de l'épaule (figure 5.9 page 102). Le bras étant au repos sur un genou, vous sentez l'apophyse coracoïde comme une sorte de bille sous la peau, juste sous l'extérieur de la clavicule près de la tête de l'humérus (figure 5.16 page 103) dans l'articulation de l'épaule.

L'autre extrémité de ce muscle se divise en trois sections ou plus qui s'attachent sur la face antérieure de plusieurs côtes au milieu de la région du sein. Le rôle du petit pectoral est d'amener l'apophyse coracoïde en avant, en dedans et en bas afin de positionner l'omoplate pour les différents mouvements du bras. Il joue également un rôle secondaire dans l'inspiration en tirant les côtes vers le haut pour contribuer à l'expansion de la cage thoracique lors d'une respiration amplifiée comme lors d'une activité sportive énergique, une toux ou un éternuement, qui déclenchent tous une douleur si des *trigger points* sont présents.

Des *trigger points* dans le petit pectoral créent des symptômes similaires à ceux des *trigger points* dans le grand pectoral, mais un petit pectoral noué a parfois des conséquences propres étonnantes comme l'illustre le cas de Paul.

*Âgé de 52 ans, Paul est cadre dans une société automobile. Il a régulièrement mal à l'avant de l'épaule gauche depuis qu'il a «fait n'importe quoi» en jouant au volley dix ans plus tôt. Ses doigts sont en outre engourdis la plupart du temps. Il a tout essayé dont beaucoup de kinésithérapie mais en vain. Dans une tentative pour renforcer son épaule, Paul a fait de l'aérobic à la piscine municipale, mais le seul résultat a été d'intensifier la douleur. On a trouvé des trigger points actifs dans ses scalènes et ses petits pectoraux. Tous les points sont beaucoup plus sensibles du côté gauche. Une pression sur le petit pectoral gauche accentue la douleur à l'avant de l'épaule et l'engourdissement dans sa main. Paul a du mal à croire que le problème et sa solution étaient si simples. Après une seule séance de massage par un professionnel et des instructions pour des automassages, Paul s'est débarrassé de sa douleur chronique et de l'engourdissement de ses doigts en moins de trois semaines.*

## **Symptômes**

Le schéma de douleur référée du petit pectoral est presque le même que pour la section claviculaire du grand pectoral, à savoir essentiellement à l'avant de l'épaule (figure 7.11). La douleur irradie parfois dans toute la zone mammaire et la face interne du bras, du coude, de la main du côté du pouce (côté cubital) ainsi que dans le majeur, l'annulaire et l'auriculaire (non montré). Comme pour les

symptômes dus à des *trigger points* dans d'autres muscles thoraciques, cette douleur est parfois confondue avec les signes d'une pathologie cardiaque.

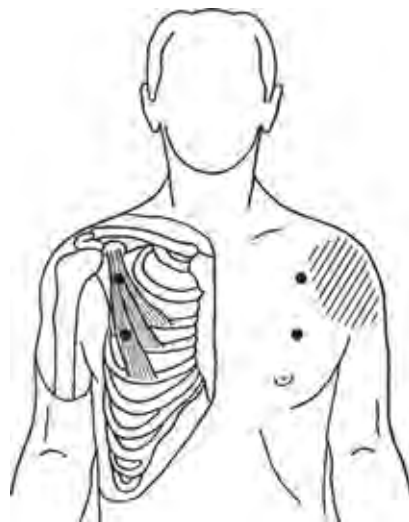


Figure 7.11 *Trigger points* du petit pectoral et schéma de douleur référée (évitiez d'appuyer fort entre l'apophyse coracoïde et le *trigger point* du haut)

Un petit pectoral noué à cause de la présence de *trigger points* provoque souvent une compression de l'artère axillaire et des nerfs du plexus brachial qui innervent le bras et constitue l'une des principales voies neuro-vasculaires. La circulation sanguine vers le bras et la main peut être ainsi entravée, parfois à un point tel qu'il devient difficile de percevoir le pouls au poignet. Un œdème dans la main et les doigts n'est toutefois pas un symptôme dû à des *trigger points* dans le petit pectoral, mais résulte plutôt de scalènes crispés qui compriment la veine axillaire circulant sous les scalènes, et non sous les petits pectoraux (Simons, Travell et Simons, 1999; Rubin, 1981).

Un engourdissement dans l'avant-bras, la main ou les doigts à cause d'une bande musculaire tendue dans le petit pectoral qui appuie sur les nerfs du plexus brachial aboutit parfois au diagnostic erroné de syndrome du canal carpien. Un syndrome canalaire serait un diagnostic plus approprié si le petit pectoral est responsable de la compression. Rappelez-vous que les scalènes à l'origine d'un syndrome du scalène provoquent un engourdissement et une interprétation similaires. Une douleur résultant des scalènes irradie souvent dans le thorax, à l'emplacement exact du petit pectoral, et peut être une raison du développement des *trigger points*. S'il existe plusieurs sites de compression nerveuse, le diagnostic est peut-être multiple ou alors il s'agit d'un syndrome de *compression double* ou *multiple*. Dans tous les cas, le massage du ou des *trigger points* peut s'avérer un traitement efficace (Simons, Travell et Simons, 1999; Waslaski, 2012).

Un dos voûté à cause de petits pectoraux raccourcis provoque parfois une douleur dans le milieu du dos à cause de la contrainte exercée sur le faisceau inférieur des trapèzes. Reportez-vous à la section sur les «*Trigger points* actifs et passifs» au [chapitre 2](#) pour de plus amples informations (voir page 21). Un excès de tension dans le petit pectoral tire l'omoplate vers l'avant, ce qui la plaque contre le dos. Cette «omoplate ailée» est aggravée lorsque le faisceau inférieur du trapèze est affaibli par des *trigger points* et ne parvient plus à résister à la traction du petit pectoral. Cet état noué du petit pectoral limite également le mouvement de l'omoplate sur la paroi thoracique. Il peut alors devenir difficile de lever le bras au-dessus de la tête ou d'atteindre quelque chose derrière soi. Toute tentative d'étirement thérapeutique du petit pectoral doit être effectuée avec la plus grande prudence en raison de l'effort imposé aux points d'insertion vulnérables (Simons, Travell et Simons, 1999; Lewit, 1991).

## Causes

Une hyperventilation ou une tendance à respirer par la poitrine peuvent solliciter de manière excessive les petits pectoraux, tout comme une toux chronique. Un traumatisme cervical étire parfois ces muscles et entraîne la survenue de *trigger points*. La pression des lanières d'un sac à dos ou d'un sac à main trop lourd risque de couper la circulation sanguine. Des mouvements en force et répétés du bras vers le bas, au sport ou au travail, malmènent ces muscles et induisent là aussi des *trigger points*. Comme pour le grand pectoral, un dos voûté, une posture avachie ou la tête vers l'avant provoquent également l'apparition de *trigger points* tenaces dans le petit pectoral.

Si vous êtes sujet à des problèmes aux petits pectoraux, commencez par examiner les circonstances qui favorisent ou perpétuent ces *trigger points*. Une personne stressée n'a pas forcément conscience qu'elle retient son souffle, hyperventile un peu ou respire superficiellement avec la poitrine et non l'abdomen. Regardez votre corps dans une glace quand vous respirez. Si votre respiration est thoracique, vos épaules se soulèvent et s'abaissent, car les muscles du trapèze, du scalène, du petit pectoral, du sterno-cléido-mastoïdien et des petits dentelés travaillent dur pour augmenter le volume de la cage thoracique. Dans l'idéal, le ventre, et non le haut du thorax, devrait se gonfler à chaque inspiration. Une posture voûtée peut maintenir les muscles thoraciques raccourcis et noués.

Porter de lourdes charges pose problème aux petits pectoraux tout comme aux scalènes. Travailler de longues périodes le bras tendu devant soi ou levé au-dessus de la tête a un effet similaire. Recherchez régulièrement la présence de *trigger points* dans ces deux muscles. Ils ne doivent pas faire mal quand vous les touchez. Une hypersensibilité révèle l'existence de *trigger points* passifs.

## Traitement

Vous localiserez le petit pectoral en le sentant gonfler quand il se contracte. Afin de le contracter sans que le grand pectoral bouge, mettez la main derrière le dos puis repoussez un mur ou le dos d'une chaise tout en posant l'autre main sur le thorax comme si vous prêtiez serment. Le bout des doigts se retrouvera dans la bonne position pour sentir la contraction du petit pectoral ([figure 7.12](#)).



Figure 7.12 Localisation du petit pectoral (la main derrière le dos pousse contre un mur)

On peut trouver plus d'un *trigger point* dans les petits pectoraux en raison de la longueur variable des fibres musculaires dans les différents chefs. Massez avec les doigts en commençant par l'apophyse coracoïde. Effectuez de petits mouvements de va-et-vient très lents et appuyés en diagonale sur le thorax ([figure 7.7](#)). Le bout des doigts de la main opposée du côté massé est posé sur les *trigger points*. L'autre main par-dessus augmente la pression du massage. Le *trigger point* du bas se trouve dans la courbure de la paroi thoracique. Il n'est ni tout à fait sur le côté ni tout à fait sur

l'avant du corps. Essayez de décaler le grand pectoral et appuyez sur les côtes juste au-dessus et à l'extérieur du milieu de la région mammaire. Le *trigger point* du haut est à environ 5 cm au-dessus, en ligne droite vers l'apophyse coracoïde. Appuyez bien sur le grand pectoral pour masser le petit pectoral en dessous. Évitez la région de 5 cm environ de l'apophyse coracoïde afin de protéger les importants vaisseaux sanguins, les nerfs et les ganglions lymphatiques. Un outil plus ergonomique serait une balle de tennis ou rebondissante de 60 mm contre un mur, l'angle d'un mur ou l'embrasement d'une porte (figure 7.6). Un Knobble (voir p. 43) vous permettra de préserver vos doigts tout comme vos articulations.

## Grands dentelés

Bien que le *grand dentelé* se trouve sous le bras, il s'agit en fait d'un muscle de l'épaule. Son insertion sur les côtes et le bord interne de la face profonde de l'omoplate lui donne un effet de levier pour faire tourner l'omoplate. Ainsi, la cavité glénoïde de l'humérus se trouve orientée davantage vers le haut, ce qui permet de lever le bras. Sans cette capacité de repositionner l'omoplate, on ne pourrait pas mettre le bras au-dessus de la tête. Les grands dentelés favorisent également l'inspiration, en contribuant à l'expansion des côtes lorsqu'on a besoin de plus d'air. Ils posent problème à ceux qui respirent par la poitrine comme Julie qui les sollicite de manière excessive.

*Âgée de 27 ans, Julie est travailleuse sociale. Elle a ressenti une forte douleur dans les flancs alors qu'elle ne parvenait quasiment plus à respirer tant elle était stressée. Il faut dire qu'à son travail, le stress est son lot quotidien. «Quand j'ai eu cette douleur, je ne pouvais inspirer qu'à environ 10% de ma capacité pulmonaire. Je ne peux plus monter un escalier, je manque de souffle et je ne peux plus rien faire. C'est comme si une bande de métal me comprimait. Je n'arrive plus du tout à prendre une inspiration profonde. Si je me mets à tousser ou à éternuer, c'est si douloureux que mes genoux se dérobent sous moi et me font tomber». On a trouvé des trigger points passifs hypersensibles dans ses grands dentelés. On lui a montré comment masser le grand dentelé avec le bout des doigts lorsqu'elle sent arriver une crise. Même lorsque celle-ci est sévère, elle parvient à se débarrasser de la douleur dans ses flancs en deux heures. À titre préventif, elle apprend à se détendre, à respirer par le ventre et travaille à améliorer sa posture.*

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans les grands dentelés est généralement perçue dans le flanc et souvent aussi dans le milieu du dos, au niveau de l'extrémité inférieure de l'omoplate (figures 7.13, 7.14 et 7.15). Parfois, la douleur irradie dans la face interne du bras et de l'avant-bras et à la main du côté de l'auriculaire (non montré). Ce schéma de douleur peut évoquer une maladie pulmonaire ou une crise cardiaque et sa véritable cause demeure alors mystérieuse tant qu'on n'a pas l'idée de penser à une douleur myofasciale.

Avec des *trigger points* dans le grand dentelé, vous ne pouvez plus inspirer à fond sans avoir mal, ni expirer complètement. La respiration diaphragmatique est douloureuse, ce qui oblige à se limiter à une respiration thoracique superficielle. Un grand dentelé malmené peut être la cause du «point de côté» si familier aux coureurs. Ce dernier peut également résulter de la présence de *trigger points* dans le diaphragme ou les intercostaux. Une douleur ou des spasmes musculaires dans cette région peuvent en outre être les premiers symptômes d'une poussée de zona. Contrairement à des *trigger points*, un zona entraîne des rougeurs, des éruptions cutanées et une hypersensibilité. Une douleur induite dans la poitrine est parfois un symptôme résultant de *trigger points* dans le grand dentelé. Des

grands dentelés noués rendent difficile le fait d'atteindre quelque chose derrière soi ou de tirer les épaules vers l'arrière. Des *trigger points* dans le grand dentelé peuvent ajouter une douleur à celle généralement associée à une crise cardiaque.

L'emphysème ne favoriserait pas la survenue de *trigger points* dans le grand dentelé, mais lorsque des *trigger points* sont présents pour d'autres raisons, ils peuvent accroître de manière significative la douleur ressentie par ceux qui souffrent d'emphysème et leur difficulté à expirer. Lorsque le grand dentelé est fragilisé, une tension supplémentaire s'exerce sur le scalène, le sterno-cléido-mastoïdien et les deux petits dentelés postérieurs qui jouent tous un rôle dans une respiration maximale. Il en résulte parfois une cascade de symptômes, des maux de tête à une douleur aux mâchoires en passant par des vertiges et un engourdissement des mains, ce qui aboutit à la possibilité de nombreux diagnostics erronés.



Figure 7.13 *Trigger point* primaire du grand dentelé sur la sixième côte (des *trigger points* peuvent se trouver sur n'importe lequel des faisceaux du muscle)

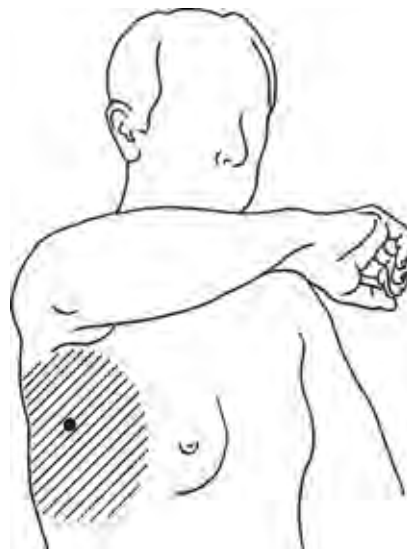


Figure 7.14 Schéma de douleur référée du grand dentelé (*trigger point* sur le côté)

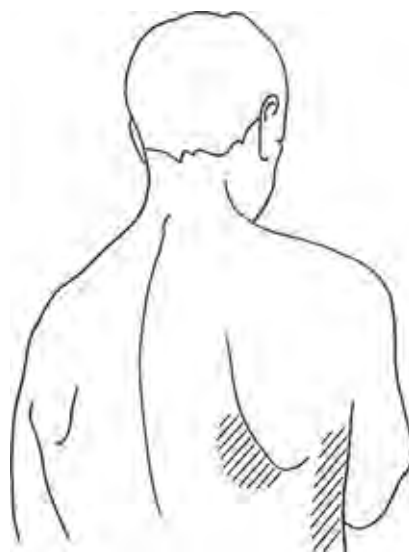


Figure 7.15 Schéma de douleur référée du grand dentelé au dos

## Causes

Lorsque vous avez besoin de respirer plus intensément, comme lors d'une activité sportive énergique, les grands dentelés contribuent à l'inspiration en tirant sur les côtes afin d'augmenter le volume de la cage thoracique. C'est pourquoi un effort physique vigoureux, surtout si vous êtes en mauvaise condition, risque de malmenager rapidement ces muscles. C'est généralement un sportif amateur ou «du week-end» qui attrape un point de côté, et non le professionnel résistant et à l'écoute de son corps. Le grand dentelé étant si actif dans les mouvements du bras et de l'épaule, il est particulièrement vulnérable si vous faites du tennis, de la natation, du jogging, des tractions, des pompes, de l'haltérophilie et des exercices sur un cheval-d'arçons ou des anneaux.

Toute maladie respiratoire accompagnée d'une forte toux risque d'activer des *trigger points* dans les grands dentelés. La douleur ressentie au niveau des flancs ou du dos peut faire redouter qu'il s'agisse de signes précurseurs d'une pleurésie ou d'une pneumonie.

## Traitement

Généralement hypersensible, le *trigger point* primaire du grand dentelé se trouve sur le côté, au-dessus de la côte la plus proéminente, sous l'aisselle à environ la largeur d'une main. Lorsqu'il est très actif, vous n'aimerez pas y toucher, car il fait très mal. Heureusement, une légère pression suffit pour un massage efficace. Attention toutefois, car il peut y avoir des *trigger points* au niveau de n'importe laquelle des neuf côtes sur lequel ce muscle se fixe. S'il vous est difficile de vous débarrasser de cette douleur latérale, cherchez dans toute la région des côtes sous le bras et jusque dans l'aisselle. Des *trigger points* dans les obliques abdominaux, qui s'attachent sur les dernières côtes, provoquent également ce type de douleur sur le côté.



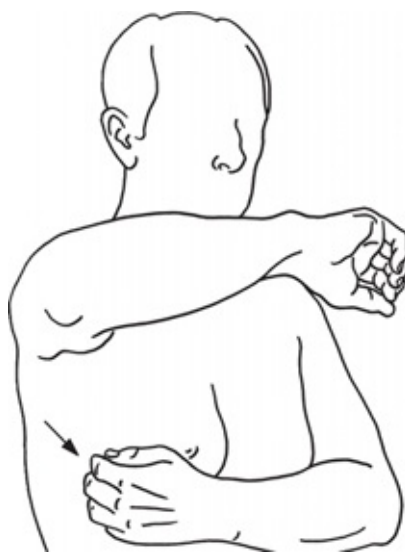


Figure 7.16 Massage du grand dentelé avec le bout des doigts ou une balle de tennis. Le bras est levé sur le schéma pour une meilleure compréhension, mais il doit être abaissé pour le massage

On peut utiliser le bout des doigts pour effectuer de profonds mouvements de va-et-vient sur les grands dentelés ([figure 7.16](#)) ou encore une balle contre un mur, mais cela risque d’être trop intense. Une autre solution consiste à tenir la balle dans la main pour masser lentement le *trigger point*. On peut appliquer une pression supplémentaire en serrant la balle et la main contre le côté avec le bras.

Toutefois, si vous voulez éviter ce type de problème, soyez conscient du fait qu’un stress psychique est source de tension musculaire, ce qui prédispose les grands dentelés à des *trigger points*. Apprenez à être attentif afin de savoir quand vous retenez votre souffle et quand vous expirez avec la poitrine, et reportez-vous au [chapitre 12](#) pour apprendre des méthodes pratiques qui atténuent une tension musculaire.

## *Muscles intercostaux et diaphragme*

Plusieurs muscles ne peuvent pas être massés car ils se situent trop en profondeur dans le corps pour être accessibles. Ceux de l’intérieur du thorax en font partie. Heureusement, les véritables auteurs de troubles se trouvent à l’extérieur. Il s’agit du *diaphragme* et des *muscles intercostaux*, à la limite du thorax. Les intercostaux sont situés entre les côtes et peuvent être massés avec le bout des doigts. Le bord du diaphragme est accessible par l’avant sous les côtes. L’accès de ces muscles importants n’est pas grand mais suffit pour vous apporter un net mieux-être.

## **Symptômes**

Une douleur résultant des *trigger points* dans les intercostaux est généralement perçue juste sous ceux-ci, mais elle se trouve parfois à une courte distance d’eux vers l’avant du corps. Cette douleur est parfois suffisamment désagréable pour vous empêcher de tourner le corps ou de lever le bras. Des *trigger points* dans le diaphragme provoquent une douleur sous les côtes vers l’avant, près des points d’insertion du diaphragme derrière les dernières côtes ([figure 7.17](#)). Elle survient classiquement à l’expiration. Si des *trigger points* sont présents dans le diaphragme ou les intercostaux, vous pouvez ressentir le même «point de côté» et le même manque de souffle qu’avec le grand dentelé.



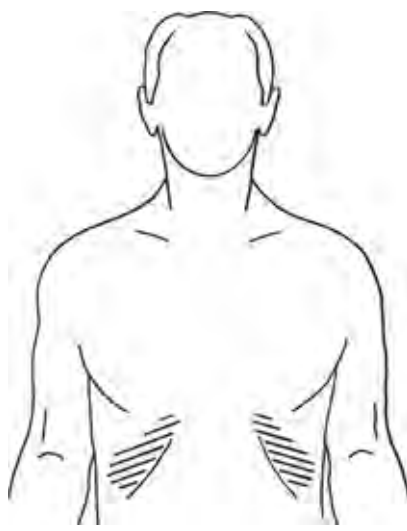


Figure 7.17 Schéma de douleur référée du diaphragme (les *trigger points* sont cachés derrière les dernières côtes)

La douleur myofasciale associée aux côtes est parfois cataloguée, à tort, de syndrome de Tietze, une inflammation du cartilage des côtes. On peut vous dire que vous souffrez d'une lésion de l'articulation sterno-costale, d'un ulcère de l'estomac ou d'un problème de vésicule biliaire. Le traitement préconisé dans ces cas ne risque pas de résoudre quoi que ce soit si des *trigger points* sont en cause.

## Causes

Situé dans la cage thoracique, le diaphragme est un grand muscle mince formé de deux hémicoupoles qui sépare les organes du thorax de ceux de l'abdomen. Il se fixe sur l'intérieur des dernières côtes, le bas du sternum, la paroi abdominale et les vertèbres lombaires. Au repos, il a la forme d'un dôme formant le plancher de la cavité thoracique. À l'inspiration, le diaphragme se contracte et s'abaisse en s'aplatissant, ce qui crée un vide dans le thorax entraînant le gonflement des poumons. Afin d'expirer, il suffit de relâcher le diaphragme. Lorsque la respiration s'intensifie, les intercostaux viennent en renfort pour permettre d'expulser l'air. Afin d'inspirer correctement, il faut laisser les viscères s'avancer, ce qui gonfle le ventre, pour faire de la place au diaphragme qui descend. Si vous contractez le ventre en permanence afin de paraître plus mince, vous entravez inutilement les mécanismes de la respiration naturelle.

L'anxiété, une respiration par la poitrine et des efforts physiques trop intenses en athlétisme provoquent la survenue de *trigger points* dans le diaphragme et les intercostaux. Un traumatisme local ou une intervention chirurgicale au thorax risquent d'aboutir à des *trigger points* dans les intercostaux et une toux chronique. Tout problème qui entraîne une difficulté à trouver votre souffle peut causer l'apparition de *trigger points* dans le diaphragme (Simons, Travell et Simons, 1999; Bonica et Sola, 1990).

Des *trigger points* dans les intercostaux peuvent également résulter d'une torsion excessive du corps. Cela survient parfois après un zona. Un dos voûté risque de favoriser et de perpétuer des *trigger points* dans le diaphragme et les intercostaux.

## Traitement

Comme avec le grand dentelé, les *trigger points* dans les intercostaux doivent être massés en exerçant une pression légère. Et c'est bien ainsi parce que vous ne supporteriez pas un massage plus intense lorsque vous commencez à les désactiver. Utilisez le bout des doigts et cherchez entre les

côtes dans la région douloureuse. Il se peut que plusieurs courtes séances d'automassage des *trigger points* des intercostaux soient nécessaires, pendant plusieurs jours d'affilée, afin d'en venir à bout.

Pour les *trigger points* dans le diaphragme qui sont accessibles, effectuez le plus possible de mouvements de va-et-vient en profondeur en creusant avec les doigts sous les dernières côtes (figure 7.18). Comme vos mains et vos doigts se fatigueront rapidement, faites de courtes séances répétées. L'accès à ces *trigger points* est plus facile si l'on rentre le ventre tout en expirant à fond. Cela étire également le diaphragme, ce qui peut s'avérer bénéfique pendant le massage. Afin de masser plus profondément, asseyez-vous et penchez-vous vers l'avant ou allongez-vous sur le dos, les jambes pliées. Tout travail sur d'éventuels *trigger points* périphériques dans la partie centrale du dôme, impossibles à atteindre, gagnera en efficacité si vous relâchez toute tension sur le diaphragme. Notez qu'une inspiration profonde risque de trop contracter le diaphragme. Il vaut donc mieux éviter l'athlétisme tant que la situation ne s'est pas améliorée.

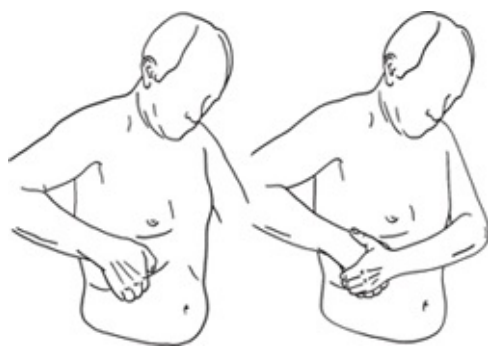


Figure 7.18 Massage du diaphragme avec les doigts qui creusent derrière les dernières côtes par l'avant. Pour travailler plus profondément, asseyez-vous et penchez-vous vers l'avant ou allongez-vous sur le dos, les jambes repliées

Une posture avachie, la tête vers l'avant, contribue à créer des problèmes au diaphragme et aux intercostaux. N'oubliez toutefois pas qu'un dos voûté peut être difficile à corriger tant que les *trigger points* ne sont pas désactivés dans les muscles abdominaux et thoraciques. Afin d'aider tous les muscles de la respiration, apprenez à respirer par le ventre et non par la poitrine. Arrêtez en outre de fumer et faites le nécessaire pour enrayer une toux chronique.

## Muscles de l'abdomen

Les muscles abdominaux couvrent l'avant et les côtés de l'abdomen. Le grand droit de l'abdomen est cette longue bande verticale centrale qui se fixe sur les dernières côtes et l'os du pubis. Les muscles obliques, sur les côtés de l'abdomen, s'attachent aux côtes, aux *aponévroses* abdominales qui se rejoignent pour former la *ligne blanche* de l'abdomen (une structure tendineuse médiane qui sépare les grands droits de l'abdomen), au *ligament inguinal* (qui relie l'avant du bassin à l'os du pubis), à la crête iliaque du bassin et au *fascia thoraco-lombaire* (qui recouvre les muscles spinaux). Les obliques se composent de trois couches de muscles, chacune ayant des fibres orientées selon une direction différente, comme des pneus aux couches croisées. Il s'agit du *grand oblique*, du *petit oblique* et du *transverse*.

Les abdominaux fonctionnent comme une seule et même unité pour plier le tronc vers l'avant, lui permettre de tourner et de se pencher sur le côté. Ils font office de frein quand vous vous penchez vers l'arrière. Ils contribuent à stabiliser le rachis et soutiennent le corps durant chacune de ses activités. Lors d'une respiration normale ou forcée, ils jouent un rôle pour expulser l'air des poumons. Il est intéressant de savoir que leur action sur la respiration comprime et libère alternativement les grandes veines dans l'abdomen, aidant ainsi le cœur à ramener le sang des jambes.

Les abdominaux forment en outre un caisson assez rigide qui maintient en place les viscères et la pression qu'ils exercent permet d'accoucher, de vomir, d'uriner et de déféquer. Chez la femme, un effort extrême lors d'un accouchement par les voies naturelles provoque la survenue d'un grand nombre de *trigger points* dans le ventre.

Des *trigger points* dans les abdominaux entraînent une douleur à l'estomac, sur les côtés et au dos, ainsi qu'au niveau des viscères dans la cavité abdominale et aux organes sexuels de l'homme comme de la femme. Pour Travell et Simons, les divers effets souvent très indirects des *trigger points* abdominaux «induisent fortement en erreur d'un point de vue diagnostique».

*Âgé de 69 ans, Benoît continue de s'occuper de matériel informatique. Il souffre d'une forte douleur sur le côté gauche de l'abdomen qui semble provenir des dernières côtes. Tout a commencé six semaines plus tôt, juste après avoir débuté une nouvelle série d'étirements de la sangle abdominale dans l'espoir d'atténuer sa douleur chronique au dos. Il porte une large gaine élastique et sa posture est très voûtée et bossue. Son dos rond et son bassin penché vers l'avant lui donnent la forme d'un grand C.*

*La douleur dans ses côtes s'intensifie lorsqu'il s'habille, surtout quand il doit lever les jambes pour enfiler son pantalon. D'après son médecin, Benoît souffre d'un syndrome de Tietze, une inflammation du cartilage des côtes. «Nous ne savons pas vraiment quelle en est la cause», lui dit-il. «Tout ce que nous pouvons faire est de laisser le corps guérir tout seul. Pendant ce temps, je vais vous donner un bon antalgique contre la douleur.» Mais les médicaments n'ont pas eu grand effet sur la douleur de Benoît, aux côtes comme à son dos, et elles n'ont pas amélioré sa posture. Découragé et cherchant désespérément de l'aide, il a essayé un massothérapeute. Celui-ci a trouvé des trigger points incroyablement sensibles en plusieurs endroits dans les abdominaux de Benoît, en particulier sur leurs points d'insertion aux côtes. Le massage de ses abdominaux n'a pas seulement soulagé sa douleur aux côtes, mais a également atténué celle au dos. Deux semaines plus tard, après des automassages quotidiens, il a constaté qu'il se tient plus droit et que sa douleur aux côtes a complètement disparu. Son dos va tellement bien grâce au massage abdominal qu'il peut désormais se passer de la gaine qu'il a portée si longtemps.*

## Symptômes

Cinq groupes de signes devraient vous faire soupçonner qu'un problème viscéral explique peut-être toute votre douleur ou une partie (adapté de Gray, 2004):

1. La douleur est constante et n'évolue pas en fonction de la position du corps ou d'une activité.
2. Elle augmente lors d'un effort physique qui n'exerce aucune tension sur les zones douloureuses.
3. Elle s'intensifie après avoir mangé, uriné, été à la selle ou si l'on tousse ou respire intensément.
4. Elle s'accompagne de symptômes gastro-intestinaux tels qu'indigestion, nausées, vomissements, diarrhée, constipation ou saignement rectal.
5. Il existe d'autres symptômes comme de la fièvre, des sueurs nocturnes, une pâleur de la peau, des vertiges, de la fatigue ou une perte de poids inexpliquée. Attention toutefois, car des *trigger points* peuvent être source de nausée, de vertiges et de fatigue, et l'on peut très bien avoir en même temps des *trigger points* et une douleur référée viscérale.

Des *trigger points* dans l'abdomen peuvent entraîner une douleur abdominale à la fois externe et interne. On pense généralement que celle-ci et les autres symptômes abdominaux ont une cause interne, mais les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Des personnes ont subi une intervention chirurgicale inutile parce qu'on n'avait pas su voir l'origine myofasciale de leur douleur. Souvent

d'autres symptômes permettent d'aider un médecin à diagnostiquer un véritable problème médical. Reportez-vous à l'encadré où figurent les signes révélant le besoin de consulter. Un diagnostic sera moins source d'erreur et le traitement des symptômes abdominaux plus efficace si le médecin connaît l'existence des *trigger points* qui constituent tout ou partie du trouble.

Une douleur dans le haut de l'abdomen due à des *trigger points* (figure 7.19) peut ressembler à la gêne que l'on éprouve en cas de brûlures d'estomac, de reflux gastrique, d'œsophagite, de hernie hiatale, de calculs dans la vésicule biliaire, de cancer de l'estomac, d'ulcère gastro-duodénal, de cardiopathie ou d'une simple indigestion. Plus rarement, ces *trigger points* provoquent des nausées, des vomissements en jet et une perte de l'appétit.

Des *trigger points* dans le milieu de l'abdomen (figure 7.20) incriminent parfois, à tort, des coliques, des crampes d'estomac et une diarrhée chronique. Si un *trigger point* se trouve sur le côté droit de l'abdomen dans la région de l'appendice, cela ressemblera fort à une appendicite (figure 7.21). L'absence de fièvre et un bilan sanguin négatif pour la recherche d'une appendicite sont de bonnes raisons de chercher des *trigger points* dans la paroi abdominale voisine. Un *trigger point* au dos, là où les muscles obliques se fixent sur le fascia thoraco-lombaire qui recouvre le rachis peut provoquer de nombreux rots voire des vomissements en jet. Il se trouve juste sous les côtes à 7-10 cm environ de la colonne vertébrale (Simons, Travell et Simons, 1999; Good, 1950).

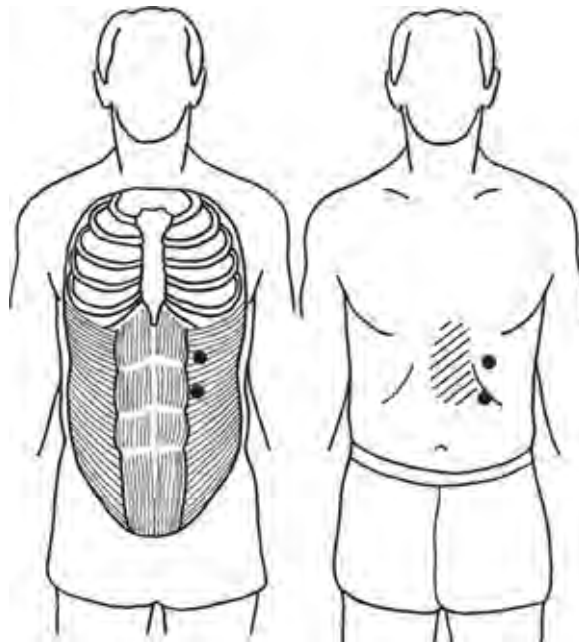


Figure 7.19 *Trigger points* du haut de l'abdomen et schéma de douleur référée viscéral

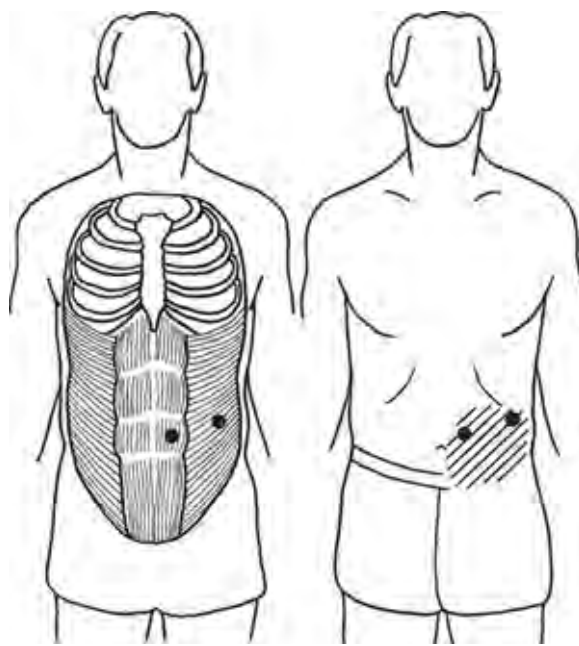


Figure 7.20 *Trigger points* du milieu de l'abdomen et schéma de douleur référée viscéral

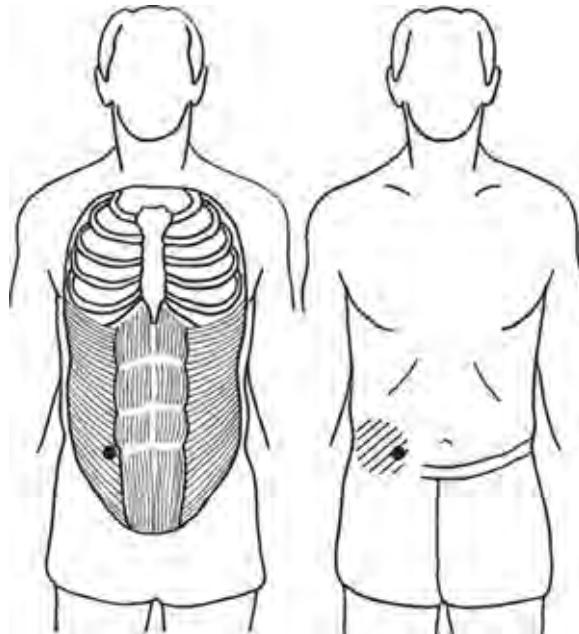


Figure 7.21 *Trigger point* d'une pseudo-appendicite et schéma de douleur référée

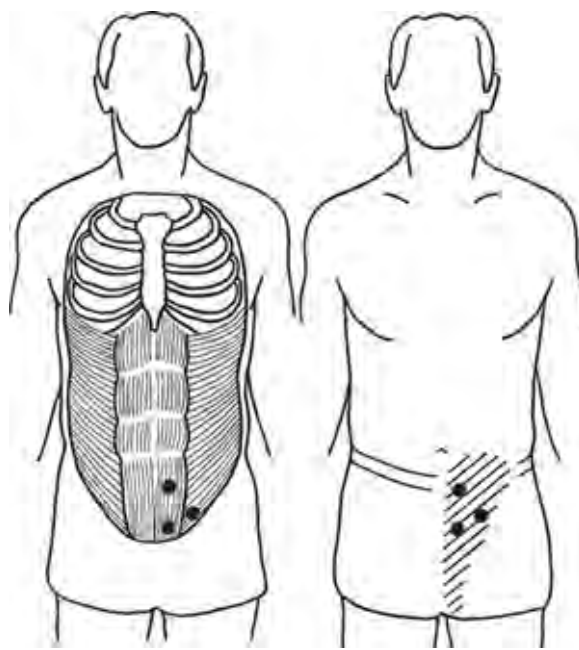


Figure 7.22 *Trigger points* du bas de l'abdomen et schéma de douleur référée dans l'aîne et les organes génitaux (les deux sexes)

Des *trigger points* dans le bas de l'abdomen peuvent évoquer une hernie inguinale ([figure 7.22](#)). Ils entraînent également des spasmes très douloureux dans la vessie et risquent de provoquer une rétention urinaire chez certains et une incontinence chez d'autres. Les enfants qui nous exaspèrent parce qu'ils mouillent leur lit ont peut-être des *trigger points* dans la partie inférieure des abdominaux. Un adulte incontinent peut avoir des *trigger points* dans l'abdomen et le plancher pelvien, ce qui contribue au problème.

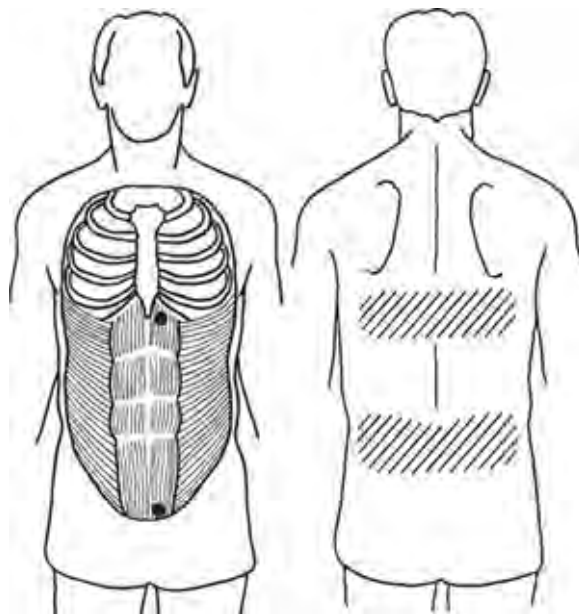


Figure 7.23 *Trigger points* de l'abdomen et schémas de douleur référée au dos

Des *trigger points* dans le bas de l'abdomen peuvent être source d'une profonde angoisse inutile lorsque la douleur siège dans les organes génitaux. Chez les femmes, l'essentiel du mal de ventre durant les règles ainsi qu'une douleur chronique dans les ovaires, l'utérus et le vagin résultent parfois de *trigger points* dans le bas des abdominaux. Chez les hommes, une douleur au pénis et aux testicules n'est peut-être que la simple manifestation de la présence de ces mêmes *trigger points* abdominaux ou périnéaux. Étant donné que plusieurs muscles peuvent être à l'origine d'une douleur chronique

intrapelvienne, passez en revue tous les muscles cités dans le «Guide des douleurs» et celui des autres symptômes au début de ce chapitre.

Une douleur dans les abdominaux eux-mêmes provient parfois de *trigger points*. Il n'est pas toujours facile d'en identifier l'origine, car un *trigger point* présent dans un côté de l'abdomen peut entraîner des symptômes aux deux côtés voire ailleurs dans l'abdomen. La zone de projection d'une douleur au dos résultant des abdominaux est très courante et perçue dans de larges bandes horizontales (figure 7.23). Une douleur au dos qui empire quand vous respirez à fond peut être le signe de *trigger points* dans les abdominaux.

Les symptômes myofasciaux deviennent plus importants lorsqu'on bouge, se lève ou s'assied. Ils ne sont pas modifiés par le fait de manger ou d'éliminer. Une gêne causée par des *trigger points* dans les abdominaux favorise une respiration par la poitrine et une posture voûtée, ce qui maintient les muscles de l'abdomen raccourcis et, bien sûr, perpétue les *trigger points*.

## Causes

Une activité physique trop intense au travail ou au sport peut promouvoir des *trigger points* dans les abdominaux. Si le ventre est mou, des relevers de buste et des levers de jambes sont connus pour créer des problèmes. Être assis avec le tronc de travers, en torsion, ou trop longtemps, avoir une toux chronique ou encore un stress psychique risquent d'entraîner des *trigger points* dans les abdominaux. Ceux-ci font partie des muscles qui travaillent de manière excessive quand on porte un lourd sac à dos, la fatigue étant un autre facteur. L'impression d'avoir le dos «cassé» en fin de journée sera nettement soulagée si vous massez un peu les *trigger points* de l'abdomen.

Des *trigger points* peuvent apparaître dans les abdominaux suite à une maladie touchant des organes internes et expliquer pourquoi une douleur persiste malgré la guérison. De même, si une intervention chirurgicale sur l'abdomen provoque la survenue de *trigger points*, il en résulte une douleur tenace. Un tissu cicatriciel peut s'avérer problématique pour le système myofascial. En effet, des *trigger points* apparus dans un tissu cicatriciel entraînent divers schémas de douleur, source de détresse. Le massage de ce tissu une fois celui-ci cicatrisé, avec l'accord du chirurgien, sera bénéfique. Cela vaut également pour de très anciennes cicatrices (Chaitow et Fritz, 2006; Simons, Travell et Simons, 1999).

Un test facile permet de vérifier si vos symptômes ne sont pas, au moins en partie, dus aux muscles. Allongez-vous sur le dos, recherchez une zone douloureuse — un *trigger point* ou une zone de douleur référée — puis, tout en appuyant sur l'endroit sensible, décollez les deux jambes du lit. Si la douleur diminue, la gêne provient d'une source interne. Si elle reste inchangée ou augmente, c'est le muscle qui est en cause. Levez à la place la tête et les épaules si vous avez du mal à décoller les jambes (Chaitow et Fritz, 2006)

Nous avons presque tous des *trigger points* passifs dans nos abdominaux et ne le découvrons qu'une fois qu'ils se manifestent. La première étape pour prévenir un problème futur consiste à se débarrasser de ceux masqués déjà présents. Vous devez au préalable apprendre à connaître votre ventre. Prenez le temps de chercher les *trigger points* passifs pour les désactiver.

## Traitement



Décomposons l'abdomen en trois régions: haut, bas et milieu. Des *trigger points* dans le haut de l'abdomen se massent avec de profonds mouvements de va-et-vient avec les doigts selon une position différente de celle habituelle (figure 7.24). Cherchez des *trigger points* sur toutes les côtes en commençant par le milieu (éliminez ceux du milieu avant de masser sur les côtés). On peut en trouver sur la surface des côtes, sur leur bord inférieur ou juste dessous. N'oubliez pas que des *trigger points* peuvent se trouver des deux côtés de l'abdomen. Il est intéressant de savoir qu'un petit *trigger point* juste à droite ou à gauche crée parfois une bande douloureuse au haut du dos. Vous découvrirez certainement des points sensibles dans les muscles spinaux érecteurs, mais ils sont souvent anodins. Vous pouvez masser assis, debout ou allongé.



Figure 7.24 Soutien des doigts pour un massage du haut de l'abdomen

Les *trigger points* dans le bas de l'abdomen se trouvent sous la ceinture. Massez-les avec les doigts (figure 7.25) en déplaçant les muscles vers le bas, contre le haut du pubis et les os des hanches. Cherchez-les sur tous les os en partant du milieu pour aller ensuite sur les côtés. Ce massage sera plus efficace si vous êtes allongé. Les *trigger points* en bas du grand droit de l'abdomen qui provoquent parfois un schéma de douleur horizontal sur tout le bas du dos se trouvent sur la partie supérieure du pubis. Appuyez vers cet os en posant les mains par dessus. Ces *trigger points* seront probablement très sensibles, presque comme des hématomes.



Figure 7.25 Soutien des doigts pour un massage du bas de l’abdomen

D’après Janet Travell, une femme peut diminuer le mal de ventre pendant ses règles en massant régulièrement le bas de l’abdomen quand elle ne saigne pas, tous les jours si besoin. Si vous faites du massage abdominal une habitude, ce ne sera pas une corvée, car cela ne prend que quelques minutes avant de se coucher et à nouveau quelques minutes au lever.

Des *trigger points* dans le milieu de l’abdomen se massent en posant le dessus des doigts des deux mains l’un contre l’autre ([figure 7.26](#)). C’est très efficace dans tout l’abdomen, mais plus encore si vous êtes allongé sur le dos. Ce sont les majeurs et les annulaires qui jouent le rôle principal en étant le plus possible sur le même point. Ainsi ils travaillent comme une équipe de doigts, ce qui facilite la tâche.



Figure 7.26 Soutien des doigts mains dos-à-dos pour un massage du milieu de l’abdomen. Placés le plus possible sur un même point, le majeur et l’annulaire des deux mains sont les acteurs principaux

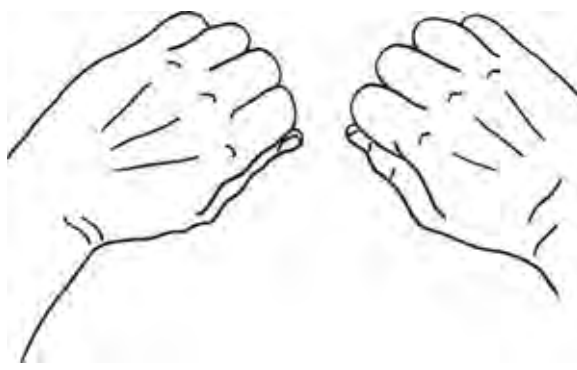


Figure 7.27 Soutien des pouces en opposition pour un massage du milieu de l'abdomen



Figure 7.28 Massage du milieu de l'abdomen en comprimant bien. Bougez les mains vers le haut et le bas dans des directions opposées

En massant le ventre, n'oubliez pas l'importance de soutenir les doigts afin qu'ils ne s'épuisent pas. Pour un massage plus sûr et efficace, coupez et limez vos ongles, et posez l'extrémité du bout des doigts, et non leur partie charnue, sur chaque *trigger point*. Portez en outre une ou deux couches de vêtements afin d'éviter que la peau ne s'irrite. Effectuez de lents mouvements de va-et-vient profonds et dans une seule direction, en déplaçant la peau avec les doigts.

On peut pétrir les *trigger points* de la section moyenne et sur les flancs avec les pouces en vis-à-vis (figure 7.27), aussi bien debout qu'allongé. Bougez les mains vers le haut et le bas dans des directions opposées, en comprimant bien les nœuds entre eux (figure 7.28). Déplacez les mains selon des positions différentes, verticalement et horizontalement, pour piéger les différents *trigger points*. Cette technique est particulièrement efficace contre une douleur à l'estomac. Réalisé avec douceur, ce massage peut traiter les coliques d'un bébé. Les enfants plus âgés apprendront à le faire eux-mêmes une fois qu'on le leur a montré. Poursuivez le massage des différents *trigger points* en effectuant une série d'amples mouvements de va-et-vient sur le ventre dans le sens des aiguilles d'une montre. Ainsi, vous évacuerez vers le gros intestin sur la droite tout ce qui est éliminé grâce à cette technique.

Les muscles *psaos*, ou *grand psaos*, s'appellent en fait *ilio-psaos* parce qu'ils incluent chacun un chef, celui du muscle *iliaque* qui borde l'avant de l'os iliaque de la hanche. Les *psaos* à proprement parler sont enfouis derrière les intestins et les abdominaux. Il s'agit de muscles profonds fléchisseurs de la hanche.

Les *psaos* se fixe sur le corps des vertèbres, à partir du niveau de la dernière côte, et descend jusqu'au bassin. Un fascia relie le *psaos* à l'iliaque au niveau de l'aîne, puis ils partent ensemble se fixer sur une apophyse à l'intérieur du haut du fémur (l'os de la cuisse) appelé *petit trochanter*. Le point d'insertion supérieur de l'iliaque se trouve sur la face interne de l'os iliaque du bassin.

L'action principale du *psaos* est la flexion du fémur, le mouvement qui consiste à lever la cuisse vers le ventre ou à l'amener vers l'avant, comme lorsqu'on marche ou qu'on court. Il joue également un grand rôle dans l'action opposée lorsqu'en partant d'une position allongée, on redresse le corps pour s'asseoir. Si ces muscles sont raccourcis et contractés, ils peuvent créer des troubles fonctionnels mécaniques dans la partie lombaire du rachis et dans l'articulation sacro-iliaque qui contribuent aux différents schémas de douleur du bas du dos.

Des *trigger points* dans les *psaos* sont une cause fréquente de douleur dans le bas du dos et dans la cuisse. Ils sont également impliqués dans des symptômes gynécologiques (Travell et Simons, 1992; Dobrick, 1989). Malgré leur apparente inaccessibilité, les *psaos* sont en fait très faciles à masser. Si l'on enseignait l'automassage des *psaos* dans les écoles de massage, Nathalie aurait pu s'éviter et éviter à ses patients beaucoup de détresse inutile.

*Âgée de 39 ans, Nathalie est massothérapeute et propriétaire de sa propre clinique de massage qui emploie plusieurs autres thérapeutes. Elle donne également un cours quotidien d'aérobic qui inclut un programme énergique de step. Elle constate malheureusement que les exercices sur lesquels elle compte pour garder la forme provoquent généralement une douleur au bas du dos. Par ailleurs, ses hanches sont raides et lui font mal quand elle marche. Elle parle à une amie thérapeute de ses inquiétudes. «Je sais qu'il s'agit de classiques microtraumatismes répétés, mais il faut que je laisse tomber l'aérobic. Si je ne fais pas ce qu'il faut pour m'entretenir, tu n'as pas idée du nombre de kilos que je prends. Je fais beaucoup d'étirements, mais cela ne semble pas avoir les résultats escomptés.»*

*Pendant un massage, son amie découvre que les *psaos* de Nathalie, qui effectuent l'essentiel du travail pendant les exercices de step, sont durs comme un roc et hypersensibles au toucher. Une pression sur les *trigger points* reproduit sa douleur. Son amie lui montre une technique pour masser ses *psaos*. En quelques jours, sa douleur dans le bas du dos et les hanches a disparu. Elle peut en outre aider dès à présent un patient qui souffre d'un problème similaire.*

## Symptômes

Des *trigger points* dans le *psaos* provoquent une douleur dans le bas du dos du même côté du corps (figure 7.29). Le schéma de douleur référée est orienté dans un sens vertical, sauf si les deux *psaos* sont impliqués, auquel cas la verticalité n'est pas toujours aussi apparente. Lorsque les *trigger points* sont particulièrement sensibles, la douleur au dos peut irradier de la partie inférieure de l'omoplate à la partie supérieure de la région glutéale (le haut des fesses). La douleur empire lorsqu'on se lève. Les relevers de buste deviennent impossibles et l'on a parfois du mal à se lever d'une chaise. Parfois, des *psaos* très atteints empêchent complètement de se lever ou de marcher et vous ne pouvez plus vous déplacer qu'à l'aide des mains et des genoux.

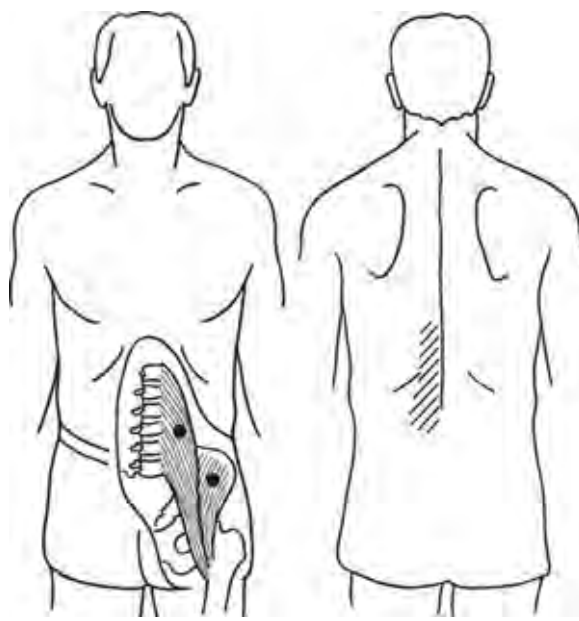


Figure 7.29 *Trigger points* du psoas et de l'iliaque, et schéma de douleur référée dans le dos

Un *trigger point* dans le chef iliaque de l'ilio-psoas entraîne une douleur au dos selon le même schéma que celui montré [figure 7.29](#). Un *trigger point* près du point d'insertion inférieur provoque une douleur à l'aîne, au scrotum et en haut de la cuisse ([figure 7.30](#)). Il peut y avoir un quatrième *trigger point* dans le petit *psoas*, un muscle qui n'existe que chez 50% environ de la population. Ce muscle fusiforme se trouve devant le grand psoas au niveau du nombril, mais vous ne parviendrez peut-être pas à les distinguer l'un de l'autre au toucher. N'importe lequel des *trigger points* de cette zone peut être source d'une douleur dans l'abdomen et les organes génitaux, chez l'homme comme chez la femme (Travell et Simons, 1992; Dobrick, 1989).

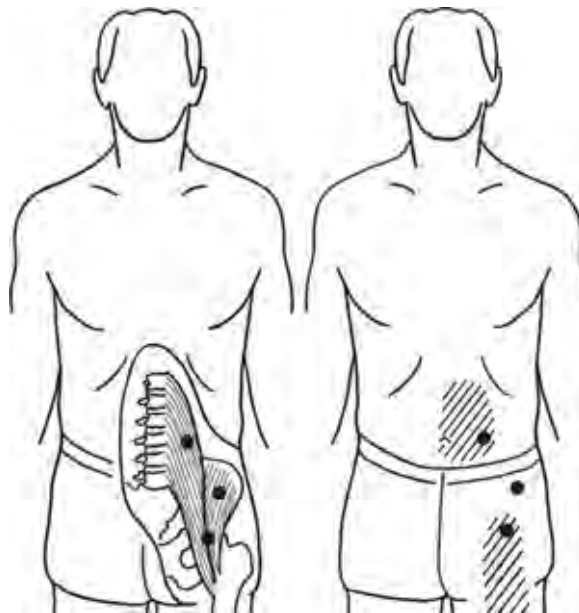


Figure 7.30 *Trigger points* du psoas et de l'iliaque, et schéma de douleur référée dans l'abdomen, l'aîne et la cuisse

Des petits psoas noués font parfois basculer l'avant du bassin vers l'arrière, aplatisant la courbure des lombes. À l'opposé, un grand psoas contracté tire le rachis vers l'avant lorsqu'on est debout, avec l'effet inverse sur la courbure au bas du dos qu'il accentue. Lorsqu'ils sont raccourcis par des *trigger points*, les iliaques font pencher le bassin vers l'avant comme si l'on bombait le postérieur. Il est possible que la bascule du bassin ne concerne qu'un seul côté, ce qui risque alors de créer une tension dans les deux articulations sacro-iliaques et, par conséquent, une vive douleur très

handicapante. Les deux muscles ont tendance à tirer le milieu du rachis vers un seul côté lorsque seuls les muscles de cette région sont touchés, ce qui aboutit souvent à une scoliose latérale. Les effets sur la colonne vertébrale des *trigger points* dans le psoas sont parfois très sérieux. Des psoas raccourcis exercent une pression constante sur les disques intervertébraux de la région lombaire et peuvent être au cœur de toutes sortes de problèmes au rachis, notamment aux disques vertébraux, que l'on ne parvient pas à expliquer.

Une posture voûtée ou l'habitude de se pencher d'un côté indique parfois la présence de *trigger points* dans le psoas pouvant faire boiter ou marcher avec les pieds plats et valgus (déviés en dehors). Si, au réveil, le bas du dos vous fait mal, vos hanches ou les régions de l'aine sont raides et s'il vous est difficile de vous tenir droit, vous allez probablement trouver des *trigger points* dans les psoas. Lorsqu'une des deux hanches semble plus en avant par rapport à l'autre, recherchez des *trigger points* dans le muscle iliaque sur la face interne de l'os iliaque de cette hanche (Travell et Simons, 1992; Porterfield, 1985).

Afin d'étendre la jambe derrière soi, le psoas et l'iliaque sont nécessaires pour l'allonger. C'est ce qui explique qu'il soit si difficile de marcher lorsque des *trigger points* affectent ces muscles. La contraction des psoas contribue en outre à tourner la jambe vers l'extérieur. C'est pourquoi on marche les pieds en dehors lorsque les psoas sont noués. Certains muscles glutéaux (situés dans les fesses) sont les principaux muscles à permettre cet effet de rotation externe.

## Causes

Les psoas peuvent être surmenés après une chute, suite à une course ou une escalade éprouvante ou par tout exercice qui épuise la section moyenne. Les relevés de buste, les levers de jambe et autres mouvements faisant travailler les abdominaux peuvent s'avérer désastreux pour des psoas déjà handicapés par des *trigger points*. D'un autre côté, les abdominaux peuvent être très bénéfiques au psoas et aux muscles abdominaux si l'on veille bien à ce qu'aucun *trigger point* ne soit présent.

Être assis longtemps, surtout les genoux vers le haut, est néfaste aux psoas et aux iliaques parce que cela les maintient raccourcis. En voiture, des sièges baquets créent de nombreux problèmes à ces muscles. Les chauffeurs de camion et ceux qui roulent longtemps pour se rendre à leur travail risquent fort d'avoir des *trigger points* et une douleur au bas du dos à cause du raccourcissement des fléchisseurs de la hanche. Une posture crispée est une autre source de complications chez les psoas, alors que pour se tenir droit, sans tension, aucun muscle ou groupe de muscles particulier n'est nécessaire. Toutefois, si vous avez l'habitude d'être courbé, penché ou voûté, certains muscles doivent rester contractés en permanence tout simplement pour vous empêcher de tomber.

Une posture déformée due à des ilio-psoas noués tend également à épuiser les muscles du cou et du dos, car ils doivent rester contractés pour maintenir la tête levée avec les yeux droit devant. Tout muscle sollicité ainsi de manière excessive se retrouve, un jour ou l'autre, avec des *trigger points*. Les effets en cascade d'un muscle favorisant la survenue de *trigger points* dans un autre muscle risquent d'aboutir à la présence de *trigger points* partout dans le corps.

## Traitement

Les *trigger points* primaires du psoas sont profondément enfouis dans l'abdomen à environ 5 cm de chaque côté et à 2-3 cm sous le niveau du nombril. Sur l'avant du corps, trouvez avec une main l'os iliaque de la hanche, ou plus exactement l'épine iliaque antéro-supérieure, au niveau de la poche avant d'un pantalon, et avec l'autre main, le nombril. Le principal *trigger point* se trouve à mi-chemin



entre ces deux repères ([figure 7.31](#)). Les doigts des deux mains doivent travailler dos-à-dos comme indiqué [figure 7.26](#).

Pour masser le psoas, allongez-vous sur le dos, les genoux repliés. Laissez ensuite tomber les genoux sur le côté à distance du psoas sur lequel vous voulez travailler. Un gros oreiller sous les genoux sera utile. Cette position relève la hanche et permet aux intestins de dégager un peu le psoas ([figure 7.32](#)). C'est une excellente manière de faciliter le massage de tous les muscles sur un côté de l'abdomen. Si cette position vous fait mal au dos, restez plutôt allongé sur le dos avec les deux genoux qui reposent sur un oreiller.



Figure 7.31 Recherche de l'épine iliaque antéro-supérieure et du nombril pour masser le psoas



Figure 7.32 Massage du psoas avec les doigts des deux mains dos-à-dos

Afin de confirmer le bon emplacement des doigts pour masser le psoas, levez la tête un moment pour contracter le grand droit de l'abdomen, cette longue bande verticale centrale. Les doigts doivent se trouver tout près du bord externe de ce grand droit. Appuyez fortement dessus et vers le rachis. Recherchez un endroit ferme et arrondi parallèle au grand droit. Un psoas contracté ressemble à un poivron tout en longueur ou à une saucisse de Toulouse. Si aucun *trigger point* n'est présent dans le muscle, il sera souple et vous risquez même de ne pas le trouver. Pour sentir ce muscle se contracter, pliez le bassin en amenant légèrement le genou vers l'épaule opposée. Une petite résistance à la cuisse vous aidera, en utilisant l'une de vos mains ou celle de quelqu'un d'autre.

**Mise en garde:** Ayez bien conscience de l'aorte descendante, profondément enfouie dans l'abdomen. Si vous percevez un pouls pendant que vous cherchez le psoas, bougez



légèrement vers l'extérieur. Si vous sentez une masse qui pulse, arrêtez immédiatement le massage et consultez un médecin.

Si vous tombez sur les pulsations puissantes de l'aorte descendante lorsque vous massez le psoas gauche, déplacez très légèrement le plan médian du corps. L'aorte est la plus grosse artère du corps et vient directement du cœur. Elle est généralement plus près du plan médian que l'un ou l'autre des psoas. On peut très bien masser sans risque le psoas en évitant d'affecter l'aorte. Si néanmoins vous percevez un pouls, à droite comme à gauche, quelque chose qui semble pulser ou une masse qui pulse bel et bien, arrêtez immédiatement de masser et consultez un médecin. Vous avez peut-être un anévrisme de l'aorte ou un bulbe (un renflement) de l'aorte descendante qui met en danger votre vie.

### **Qu'est-ce qu'une douleur musculaire et qu'est-ce qui provient des organes internes?**

En étant allongé, appuyez sur l'endroit sensible puis contractez les muscles abdominaux en décollant légèrement les pieds du lit. Si la douleur disparaît alors, c'est qu'elle provient des organes internes ou des intestins. Si elle persiste ou empire, elle est musculaire.

Vous reconnaîtrez la douleur exquise des *trigger points* dans le psoas quand vous les toucherez. Lorsqu'ils sont hypersensibles, même un massage léger est désagréable, mais n'abandonnez pas pour autant. Vous êtes la personne la mieux placée pour les traiter parce que vous avez un contrôle absolu sur le niveau de la douleur. Massez un court instant et revenez-y régulièrement. Un massage léger vaut mieux que pas de massage du tout.

Vous percevrez mieux la forme et l'emplacement du psoas si vous effectuez des mouvements de va-et-vient sur toute sa surface dans le sens latéral (d'un bord à l'autre). Une fois que vous l'aurez bien localisé, vous pourrez le masser sur toute sa longueur. Faites de courts mouvements de va-et-vient de 2-3 cm, en bougeant très lentement et en amenant la peau avec les doigts. Utilisez le massage des doigts des deux mains dos-à-dos quand vous allez en direction de votre tête. Recherchez des *trigger points* sous les dernières côtes et jusqu'à l'aine. Le point le plus douloureux se trouvera à mi-chemin entre le nombril et l'os iliaque de la hanche.

### *Conseils de massage*

Utilisez un oreiller ou une serviette pliée sous la partie supérieure du buste et des épaules pour qu'il soit plus facile au bras d'atteindre tout l'abdomen.

La portion iliaque de l'ilio-psoas est parfois aussi importante que le psoas. Cherchez avec les doigts le côté antérieur de l'os pelvien en forme de bol en appuyant le muscle contre l'os. Afin de confirmer que vous êtes bien sur l'iliaque, il suffit de lever la jambe et de sentir ce muscle se contracter sous les doigts. Certaines personnes aiment également la position allongée sur le côté pour masser ce muscle avec le pouce opposé ([figure 7.33](#)). Effectuez sur tous les *trigger points* que vous trouverez de lents et petits mouvements de va-et-vient.



Figure 7.33 Massage de l'iliaque avec le pouce opposé

Une douleur près du point d'insertion du muscle en haut de la cuisse ne demande généralement aucune attention, car elle est censée disparaître une fois éliminés les *trigger points* primaires près du nombril. S'il s'avère qu'il faut la traiter, allongez-vous et cherchez un *trigger point* à 2-3 cm sous le pli inguinal (pli de l'aîne) légèrement à l'intérieur de la cuisse. Ce *trigger point* peut se trouver au niveau de l'os. Faites bien attention à rester loin de l'artère fémorale; si vous percevez une pulsation, bougez vers l'extérieur.

Après avoir traité les psoas, cherchez des *trigger points* dans le carré des lombes, le droit antérieur, le tenseur du fascia-lata, le pectiné, les muscles glutéaux et les ischio-jambiers. Vous trouverez ces muscles aux [chapitres 8 et 9](#) ou dans l'«Index succinct des muscles» [page 355](#).

Afin de prévenir tout problème avec les psoas, faites attention à votre posture. Évitez de rester assis trop longtemps. Ceux qui roulent de longues distances ou sont assis toute la journée à leur travail devraient faire de fréquentes pauses pour marcher un peu, donnant ainsi à leurs muscles psoas et autres fléchisseurs de la hanche la possibilité de s'allonger. Chez les personnes sédentaires, cela ne doit pas être fait trop souvent. Une fois les *trigger points* désactivés, vous retrouverez le plaisir de bouger. Prenez l'habitude de masser et d'étirer ces muscles. Dormir en position fœtale, les genoux repliés, oblige les psoas à demeurer raccourcis durant toute la nuit. Entraînez-vous donc à garder les jambes plus droites. Dormir avec un oreiller sous les genoux risque également de perpétuer des *trigger points* dans ces muscles. Commencez par les désactiver, puis essayez de faire en sorte qu'ils ne reviennent pas.

N'essayez pas de renforcer la section du milieu avant d'avoir traité tous les *trigger points* de la région abdominale. Surmener et contracter de manière excessive les ilio-psoas, en particulier, alors qu'ils sont déjà atteints ne peut qu'aggraver la situation. Faire des exercices et des étirements est une bonne idée dès lors que vous attendez le moment approprié, c'est-à-dire après la disparition des *trigger points*.

## Muscles du plancher pelvien

Imaginez la cavité abdominale comme un haut cylindre avec le diaphragme qui le fermerait, les couches les plus profondes des obliques abdominaux étant les côtés et le plancher pelvien le bas. Les muscles du plancher pelvien ou muscles périnéaux jouent de nombreux rôles, dont le fonctionnement normal du sphincter vésical et du sphincter anal, le soutien de la vessie et de l'utérus, la stabilité de la colonne vertébrale, la fonction sexuelle et la fonction respiratoire (Jones, 2012). Cette région du corps est assez complexe et les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le nom et la description de ces muscles. En général, les *muscles périnéaux* peuvent être divisés en deux groupes: les muscles

superficiels ou «diaphragme urogénital» qui incluent les muscles les plus externes et le *périnée* (la zone entre l’anus et le vagin ou le pénis), et les muscles profonds ou «diaphragme pelvien».

La couche la plus externe du diaphragme urogénital se compose des muscles *bulbo-caverneux* (également appelés bulbo-spongieux) et *ischio-caverneux* dont la fonction est essentiellement sexuelle. Chez la femme, le muscle bulbo-caverneux entoure l’orifice du vagin et s’attache aux tissus qui entourent le clitoris et l’anus. Il resserre le vagin et contribue à l’érection du clitoris. Le muscle ischio-caverneux, également appelé muscle «érecteur du clitoris», recouvre la surface non attachée du clitoris. Chez l’homme, le muscle bulbo-caverneux recouvre la partie postérieure du corps du périnée et entoure la base antérieure du pénis. Le muscle ischio-caverneux, également appelé muscle «érecteur du pénis», recouvre les côtés les plus extérieurs du périnée au pénis. Le périnée se compose de fibres musculaires provenant des muscles environnants, dont les sphincters du rectum et de l’anus, le releveur de l’anus, les muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux (Jones, 2012).

Le diaphragme pelvien est essentiellement formé d’un groupe de muscles appelés collectivement le *releveur de l’anus* qui est divisé en deux parties principales. Débutant à l’avant du pubis, la partie en forme de U qui entoure l’urètre, le vagin et le rectum est le muscle pubo-viscéral ou pubo-coccygien. Juste derrière et à l’extérieur de ce muscle pubo-coccygien se trouve le muscle *ilio-coccygien* qui se fixe sur les deux côtés de l’intérieur du pelvis grâce à un fascia recouvrant le périnée et le diaphragme urogénital. Chez les deux sexes, le releveur de l’anus soutient les organes pelviens et aide les sphincters de l’anus et de l’urètre. Il contribue en outre à resserrer le vagin. Un autre muscle, l’*ischio-coccygien* (ou *coccygien*), constitue la partie la plus postérieure du diaphragme pelvien. Il se fixe sur le sacrum, le coccyx et l’épine ischiatique du bassin. Il soutient les organes pelviens, amène le coccyx vers l’avant et stabilise l’articulation sacro-iliaque qu’il permet de faire tourner (Jones, 2012).

Il existe également des muscles du plancher pelvien interne — l’*obturateur interne* et le *pyramidal*. Chez les deux sexes, l’obturateur interne se fixe sur le grand trochanter du fémur et sur la face interne de l’os iliaque du bassin. Il permet la rotation externe de la cuisse lorsque celle-ci est allongée (tourne la jambe en dehors quand l’os de la hanche est fixe) et l’abduction de la hanche lorsque la cuisse est fléchie (éloigne la jambe du plan médian quand on est assis). Le pyramidal se fixe sur le grand trochanter du fémur et sur la face antérieure du sacrum. Il permet la rotation externe de la cuisse, l’abduction de la hanche quand la cuisse est fléchie et la rotation controlatérale (du côté opposé) du bassin.

## Symptômes

Une douleur dans les muscles périnéaux est perçue dans le vagin, la vulve, le pénis, les testicules, le périnée, la vessie, l’urètre, l’extrémité inférieure du dos, l’anus, le rectum, le sacrum, le coccyx et en haut de l’arrière des cuisses. Une incontinence urinaire peut découler de muscles hypotoniques (flasques) ou hypertoniques (contractés) et de *trigger points*. Une sensation de lourdeur ou de présence de selles dans la région du rectum ou de la prostate est un symptôme courant. Chez la femme, des *trigger points* contribuent parfois au mal de ventre pendant les règles et à une douleur pendant les rapports sexuels. Chez l’homme, ils peuvent être source d’un problème de prostate, d’une douleur pendant l’éjaculation et d’impuissance. Les diagnostics évoqués sont souvent ceux de syndrome du releveur de l’anus, de cystite interstitielle (non bactérienne), de vestibulite vulvaire, de dyspareunie (douleur pendant les rapports), de coccygodynie, de vulvodynie, de rectalgie fugace et de myalgie (tension chronique) du plancher pelvien (Travell et Simons, 1992; Chaitow, 2006).

Vous n’avez pas besoin de supposer que les *trigger points* dans le plancher pelvien sont la cause de votre problème, car il est très probable qu’il s’agit de *trigger points* satellites de muscles externes. Les obliques abdominaux, le grand droit de l’abdomen, le grand adducteur, le pyramidal, le moyen

glutéal, le grand glutéal et le psoas ont peut-être tous besoin d'être traités au préalable (Travel et Simons, 1992; FitzGerald et al., 2009). Si les symptômes persistent après la désactivation des *trigger points* alors que la mobilité a été rétablie dans ces muscles, commencez dans un premier temps par explorer de l'extérieur les muscles du plancher pelvien puis, si besoin, de l'intérieur. Un soulagement sur le long terme peut dépendre d'un traitement de l'extérieur vers l'intérieur (Deborah Brodzik, kinésithérapeute, communication personnelle avec l'auteur, 2012).

Des *trigger points* présents à la fois dans les muscles les plus superficiels du diaphragme urogénital, les bulbo-caverneux et les ischio-caverneux, peuvent entraîner une douleur dans le périnée, le vagin, le pénis, les testicules et le scrotum. Les bulbo-caverneux peuvent en outre causer une douleur vaginale pendant les rapports sexuels, pendant l'éjaculation et une impuissance. La couche la plus profonde des muscles périnéaux, le releveur de l'anus, provoque parfois une douleur dans le vagin, le périnée, le rectum, l'anus, le sacrum et le coccyx. Une sensation de présence de selles dans le rectum ou une incontinence urinaire à l'effort sont également possibles. Les actions douloureuses incluent le fait de s'asseoir, d'être allongé sur le dos et l'élimination des selles. Des muscles dans le sphincter de l'anus peuvent également être impliqués dans des symptômes touchant le rectum et le coccyx. Des muscles coccygiens contractés sont capables de décaler le coccyx et le sacrum, provoquant une douleur dans le bas du dos, la hanche, l'articulation sacro-iliaque et le coccyx. Les ostéopathes, les chiropracteurs, les kinésithérapeutes et certains massothérapeutes sont formés pour remettre en place les articulations sacro-iliaques, ce qui peut s'avérer nécessaire même après une désactivation des *trigger points*. Une douleur au coccyx s'explique parfois par des *trigger points* dans le grand glutéal ou le transversaire épineux. Des *trigger points* dans l'obturateur interne peuvent être la cause d'une douleur rectale et de la sensation de présence de selles ainsi que d'une douleur au coccyx et au vagin. Le pyramidal peut lui aussi contribuer à une douleur rectale et à la sensation de présence de selles ainsi qu'à une impuissance et une douleur au périnée (Travell et Simons, 1992; Kidd, 1988).

## Causes

Une mauvaise chute, un accident de voiture, une intervention chirurgicale sur le bassin, une hystérectomie, une grossesse, une tension psychique ou un accouchement entraînent parfois des *trigger points* dans les muscles périnéaux. Les autres états pathologiques pouvant créer des *trigger points* dans ces muscles sont une infection pelvienne chronique, une endométrite, un kyste intrapelvien, un fibrome, une cicatrice post-chirurgicale et des hémorroïdes (Travell et Simons, 1992; Lilius et Valtonen, 1973).

Trop muscler le plancher pelvien par différents exercices visant à le renforcer sans travailler également la souplesse peut s'avérer particulièrement problématique. Dans son article «Le paradoxe du plancher pelvien», le médecin ostéopathe Leon Chaitow décrit avoir constaté une corrélation chez les femmes entre la pratique intensive de la danse, de la gymnastique ou de l'athlétisme et une douleur pelvienne chronique. Nombre de ces patientes avaient en commun l'utilisation de la méthode Pilates. Beaucoup se voient malencontreusement proposer des exercices de Kegel (pour restaurer le tonus du plancher pelvien) en raison du postulat, erroné, que leur incontinence à l'effort serait due à une faiblesse des muscles périnéaux alors que c'est bien souvent le contraire. Des muscles périnéaux hypertoniques (contractés) risquent de réagir à une contraction supplémentaire en s'étirant puis en s'affaissant, ce qui aboutit à une incontinence. Il est normal de contracter le plancher pelvien en réponse à un besoin d'aller aux toilettes, à un éternuement, une toux, un éclat de rire ou un effort physique, mais il s'agit aussi des circonstances qui favorisent une incontinence à l'effort. Ce problème peut être résolu grâce à l'automassage. Un traumatisme ou une activité sexuelle intense

créent parfois des *trigger points* dans les muscles à l'intérieur du bassin qui sont spécifiquement associés à l'action et la fonction des organes génitaux (Travell et Simons, 1992; Chaitow, 2006).

Avoir l'habitude de s'affaisser sur une chaise, assis sur l'extrémité du rachis, favorise les problèmes dans les muscles périnéaux. Une pression imposée sur cette région provoque une tension sur les nombreux muscles qui se fixent sur le dessous du coccyx. Des enfants tout comme des adultes peuvent souffrir dans la région du plancher pelvien uniquement parce qu'ils s'assoient sur leur coccyx. Évitez de vous tenir avachi et, si besoin, asseyez-vous sur une serviette roulée pour vous obliger à reposer vers l'avant sur les ischions ou tubérosités ischiatiques. Soulever de lourdes charges met également en danger ces muscles. On sait bien que le fait de soulever un objet pesant est l'une des causes d'hémorroïdes. Les mêmes forces exercent une tension sur les muscles périnéaux et peuvent s'avérer la cause essentielle de la survenue de *trigger points* à cet endroit. Apprenez à soulever correctement de lourdes charges en utilisant les jambes et en évitant de retenir votre souffle. Une bonne technique de respiration et la relaxation consciente du plancher pelvien pendant que vous soulevez quelque chose ou effectuez une activité énergique ou qui exerce une forte tension vous aideront à éviter de malmenager le plancher pelvien (Mbrator, communication personnelle avec l'auteur, 2012). Lisez le [chapitre 12](#), pour tirer profit de la relaxation.

## Traitement

Avant de travailler sur les muscles périnéaux, commencez par traiter complètement tous les autres muscles possibles cités dans la section sur les symptômes. Une manière douce pour masser et étirer lentement un fascia externe et des muscles superficiels du bassin hypersensibles consiste à exercer une pression avec un tampon hygiénique propre et sec. Lorsque la sensation de brûlure aura fini par s'atténuer, massez de plus en plus profondément jusqu'à faire disparaître l'hypersensibilité et la douleur. Cela peut demander plusieurs séances étant donné que la douleur résulte de couches de tissu qui restent immobiles (Deborah Brodzik, kinésithérapeute, communication personnelle avec l'auteur, 2012). L'étape suivante consiste à masser les muscles plus profonds du diaphragme pelvien en s'asseyant sur un ballon gonflable comme un ballon de gymnastique ou ceux qu'on utilise au yoga ou pour la méthode Pilates. Assis sur une chaise ou le sol, commencez par un ballon de 18 à 23 cm et massez toute la région, puis passez à un ballon de 13 cm. Quand ce n'est plus douloureux, utilisez une balle en mousse de type balle rebondissante Pinky ou une balle de tennis. Pour finir, prenez une balle en caoutchouc de 45 mm ou un jouet pour chien semblable à une balle de tennis. Allez-y doucement au début. Commencez par le périnée (entre l'anus et les organes génitaux) et massez pour atténuer la pression. Détendez le plancher pelvien durant quelques minutes. Une gêne ne doit jamais devenir douloureuse (Chaitow et Jones, 2012). Puis, en vous aidant du bras, prenez le temps de chercher sur tout le plancher pelvien, de gauche à droite et d'avant en arrière, tous les endroits sensibles. Évitez d'exercer une forte pression directement sur le coccyx, car il n'est pas conçu pour porter le poids du corps. Après avoir lu le [chapitre 3](#), pour des instructions de massage, occupez-vous de chaque point sensible, mais jamais plus d'une minute.

Lorsque vous aurez débarrassé tous les muscles accessibles de leurs *trigger points*, vous rechercherez, à l'intérieur, d'éventuels *trigger points*. Avant cette exploration, il serait sage de vous assurer que vous avez l'accord de votre médecin ou de votre gynécologue. Asseyez-vous sur des W-C ou accroupissez-vous sur un tapis ou une moquette pour accéder plus facilement à ces muscles par le vagin ou l'anus. Exercez une pression légère en utilisant le pouce, les autres doigts, un objet intime conçu pour cette zone ou un outil thérapeutique appelé «dilatateur» que l'on peut acheter sur Internet ou dans une boutique d'articles médicaux. Le porter détendra suffisamment les muscles du sphincter de l'anus pour insérer plus facilement un instrument ou un doigt ganté lubrifié.

Exercez une pression vers l'avant, les côtés et l'arrière en direction du coccyx à la recherche de *trigger points*. Vous pouvez également en trouver en pinçant le tissu entre le pouce à l'intérieur et un autre doigt à l'extérieur. Des hémorroïdes ou des *trigger points* peuvent rendre cette manipulation pénible, mais même si vous ne restez pas longtemps, ce sera bénéfique. Soyez patient, doux et persévérant. Quand les *trigger points* seront devenus moins sensibles, le massage sera plus facile. À présent, après avoir travaillé sur d'autres parties du corps, vous devriez savoir reconnaître la douleur exquise caractéristique d'un *trigger point* myofascial. Si un *trigger point* sensible reproduit vos symptômes lorsque vous appuyez dessus, alors vous aurez trouvé l'origine de votre problème.

Pour les muscles enfouis dans le bassin, vous aurez besoin d'aide et pouvez préférer vous adresser à un professionnel expérimenté. Sinon, un partenaire doux, intelligent et audacieux pourra vous apporter un mieux-être, en particulier si cette personne a acquis une certaine sensibilité par l'automassage de ses propres problèmes myofasciaux.

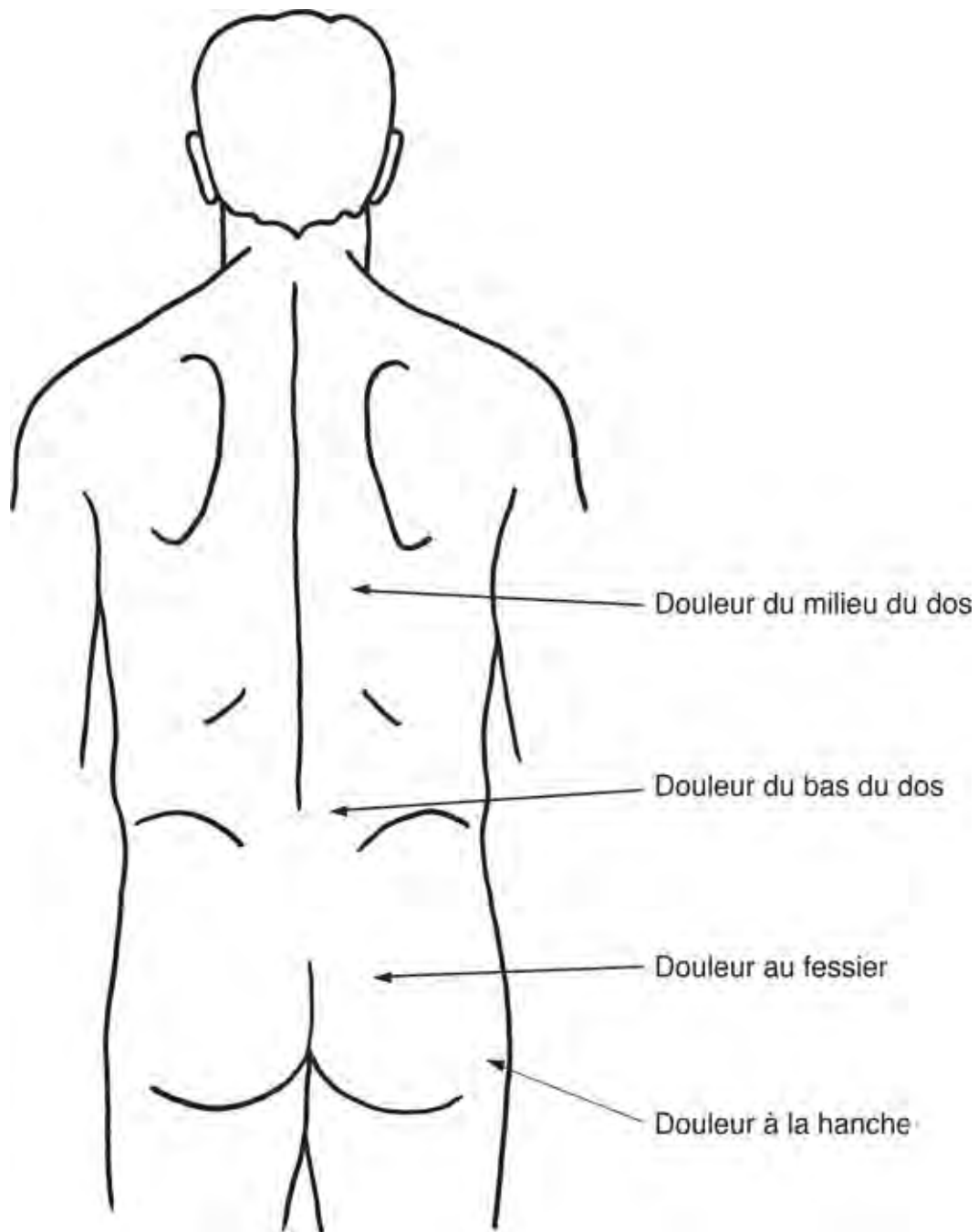
Il est généralement déconseillé de masser les muscles du plancher pelvien en fin de grossesse, même de l'extérieur, et vous devez demander l'avis de votre obstétricien ou de votre sage-femme. Certaines femmes ont trouvé qu'il était bénéfique de préparer le plancher pelvien en désactivant les *trigger points* dans ces muscles bien avant de tomber enceinte et en début de grossesse. Une douleur myofasciale peut continuer de poser problème après un accouchement et une thérapie par les *trigger points* est alors appropriée. Attendez que votre médecin vous donne son accord pour reprendre une activité sexuelle normale avant de traiter ces muscles.

Le massage des muscles enfouis dans le bassin est décrit en détail par Travell et Simons dans le volume 2 de *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux*, paru en 1993 aux éditions Haug International. Il existe une spécialisation en kinésithérapie axée sur la douleur pelvienne chronique et l'étude des techniques de Travell et d'autres auteurs. Ces thérapeutes exceptionnels sont formés pour traiter ces *trigger points* de l'extérieur comme de l'intérieur. Souvent, des muscles facilement accessibles sont responsables de *trigger points* satellites internes. Lorsqu'un massage interne s'avère nécessaire, c'est l'unique traitement pouvant être efficace.

Il serait très utile de tenir un journal où l'on note ce qu'on a essayé et les progrès accomplis. Tout le monde oublie à quel point c'était pénible au début. Or, c'est très rassurant de revenir en arrière et de constater les améliorations survenues.

## Chapitre 8

### **Douleur au milieu du dos, au bas du dos et au fessier**





# Guide des douleurs

## Milieu du dos, bas du dos et fessier

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Milieu du dos

- spinaux superficiels** (p. [195](#))
- spinaux profonds** (p. [192](#))
- petit dentelé postérieur et inférieur** (p. [198](#))
- grand droit de l'abdomen** (p. [172](#))
- intercostaux** (p. [195](#))
- grand dorsal** (p. [117](#))
- grand dentelé** (p. [169](#))

### Bas du dos

- moyen glutéal** (p. [204](#))
- ilio-psoas** (p. [177](#))
- spinaux profonds** (p. [192](#))
- spinaux superficiels** (p. [195](#))
- carré des lombes** (p. [198](#))
- grand glutéal** (p. [201](#))
- grand droit de l'abdomen** (p. [172](#))
- soléaire** (p. [270](#))
- périnéaux** (p. [181](#))

### Coccyx

- périnéaux (releveur de l'anus, coccygien)** (p. [182](#))
- grand glutéal** (p. [201](#))
- spinaux profonds** (p. [192](#))

### Sacrum

- périnéaux** (p. [181](#))

**moyen glutéal** (p. [204](#))  
**carré des lombes** (p. [198](#))  
**grand glutéal** (p. [201](#))  
**spinaux profonds** (p. [192](#))  
grand droit de l'abdomen (p. [172](#))  
**soléaire** (p. [270](#))

## Fessier

**moyen glutéal** (p. [204](#))  
**carré des lombes** (p. [198](#))  
**grand glutéal** (p. [201](#))  
**spinaux superficiels** (p. [195](#))  
**demi-tendineux** (p. [241](#))  
**demi-membraneux** (p. [241](#))  
**pyramidal** (p. [182](#))  
**petit glutéal** (p. [207](#))  
**grand droit de l'abdomen** (p. [172](#))  
**soléaire** (p. [270](#))

## Hanche

**petit glutéal** (p. [207](#))  
**vaste externe** (p. [229](#))  
**pyramidal** (p. [182](#))  
**carré des lombes** (p. [198](#))  
**tenseur du fascia-lata** (p. [220](#))  
**moyen adducteur et petit adducteur** (p. [234](#))  
**grand glutéal** (p. [201](#))  
droit antérieur (p. [225](#))

# Guide des autres symptômes

## Milieu du dos, bas du dos et fessier

### **Douleur ou trouble lors de mouvements**

#### **En toussant ou en éternuant**

- grand droit de l'abdomen (p. [172](#))
- carré des lombes (p. [198](#))
- petit dentelé postérieur et supérieur (p. [198](#))

#### **En marchant à quatre pattes**

- carré des lombes (p. [198](#))
- ilio-psoas (p. [177](#))

#### **En se penchant en avant (flexion antérieure)**

- spinaux superficiels (p. [195](#))
- carré des lombes (p. [198](#))
- spinaux profonds (p. [192](#))

#### **En descendant un escalier ou une pente**

- soléaire (p. [270](#))

#### **En montant un escalier ou une pente**

- spinaux superficiels (p. [195](#))
- grand glutéal (p. [201](#))
- carré des lombes (p. [198](#))

#### **Hypersensibilité au toucher**

- spinaux superficiels (p. [195](#))

#### **En soulevant un objet**

- carré des lombes (p. [198](#))

#### **En s'allongeant sur le dos**

- moyen glutéal (p. [204](#))

#### **En s'allongeant sur le côté**

- carré des lombes (p. [198](#))
- petit glutéal (p. [207](#))
- moyen glutéal (p. [204](#))
- pyramidal (p. [182](#))

#### **En se levant d'une chaise basse ou d'un siège auto**

- spinaux superficiels (p. [195](#))
- petit glutéal (p. [207](#))

grand glutéal (p. [201](#))

carré des lombes (p. [198](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

pyramidal (p. [182](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

### **En se penchant sur le côté (flexion latérale)**

carré des lombes (p. [198](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

obliques abdominaux (p. [172](#))

spinaux profonds (p. [192](#))

### **En s'asseyant**

carré des lombes (p. [198](#))

pyramidal (p. [182](#))

grand glutéal (p. [201](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

périnéaux (p. [162](#))

intra-pelviens (p. [181](#))

### **En relevant le buste**

ilio-psoas (p. [177](#))

### **En se levant**

ilio-psoas (p. [177](#))

carré des lombes (p. [198](#))

petit glutéal (p. [2507](#))

pyramidal (p. [182](#))

### **En se levant et en se penchant vers l'avant**

carré des lombes (p. [198](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

### **En cambrant le dos exagérément (lordose lombaire très prononcée)**

psoas (p. [177](#))

### **En nageant**

grand glutéal (p. [201](#))

### **En se tournant dans le lit**

carré des lombes (p. [198](#))

petit glutéal (p. [207](#))

### **En tournant son torse (rotation)**

carré des lombes (p. [198](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

spinaux profonds (p. [192](#))

### **En se levant après avoir été assis ou couché trop longtemps**

ilio-psoas (p. [177](#))

### **En marchant**

carré des lombes (p. [198](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

petit glutéal (p. [207](#))

pyramidal (p. [182](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

## **Hypersensibilité**

### **Dos**

spinaux superficiels (p. [195](#))

### **Fessier**

grand glutéal (p. [201](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

petit glutéal (p. [207](#))

grand trochanter du fémur (p. [199](#))

carré des lombes (p. [198](#))

### **Bassin (bord supérieur)**

moyen glutéal (p. [204](#))

articulation sacro-iliaque (p. [188](#))

carré des lombes (p. [198](#))

sacrum (p. [187](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

## **Inégalité de longueur des jambes (mécanique et non structurelle)**

### **Bascule antérieure du bassin**

iliaque (p. [177](#))

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

droit antérieur (p. [225](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

moyen adducteur (p. [234](#))

### **Bascule du bassin vers le haut**

carré des lombes (p. [198](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

### **Bascule postérieure du bassin**

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

grand droit de l'abdomen (p. [172](#))

grand adducteur (p. [236](#))

## Sciatique

pyramidal (p. [182](#))

petit glutéal (p. [207](#))

vaste externe (p. [229](#))

carré des lombes (p. [198](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

## Trouble fonctionnel de l'articulation sacro-iliaque

petit glutéal (p. [207](#))

spinaux superficiels (p. [195](#))

carré des lombes (p. [198](#))

périnéaux (coccygien) (p. [182](#))

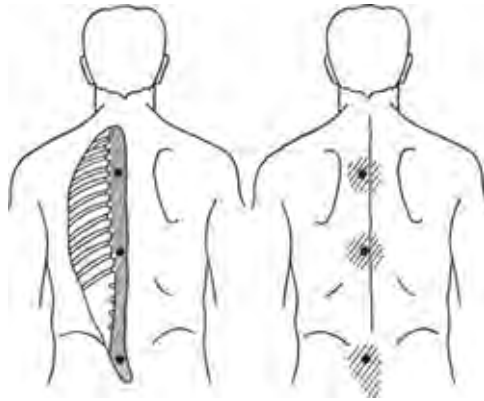
moyen glutéal (p. [204](#))

pyramidal (p. [182](#))

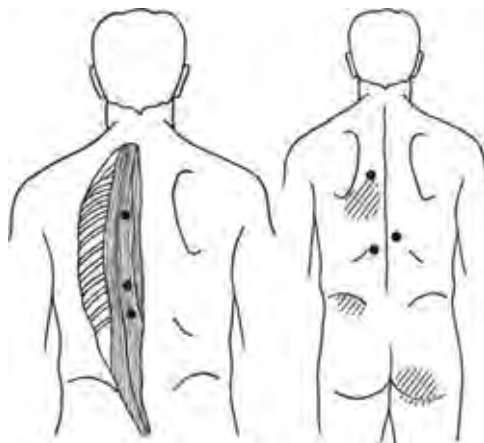
ilio-psoas (p. [177](#))

# Guide illustré des *trigger points*

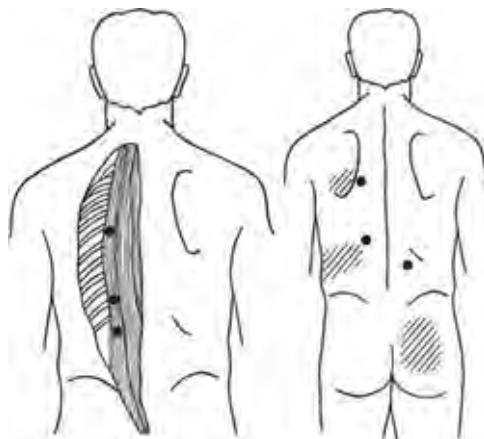
## Milieu du dos, bas du dos et fessier



Muscles spinaux profonds, exemples de *trigger points* et schémas de douleur. Des *trigger points* peuvent être n'importe où sur le rachis (p. [192](#))

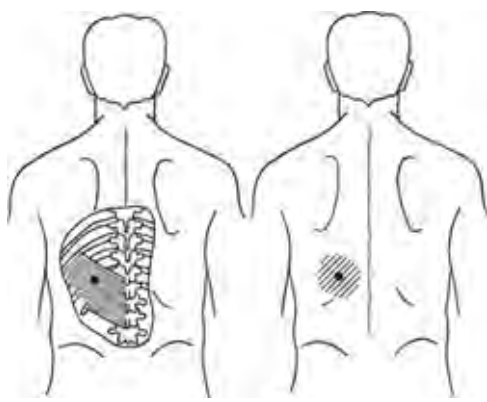


*Trigger points* du long dorsal et schéma de douleur référée. Ces trois points existent des deux côtés (p. [195](#))

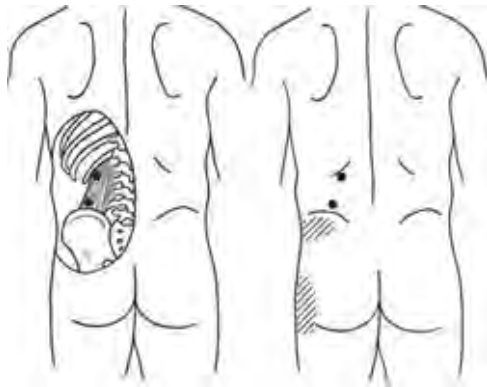


*Trigger points* de l'ilio-costal et schéma de douleur référée. Ces trois points existent des deux côtés (p. [195](#))

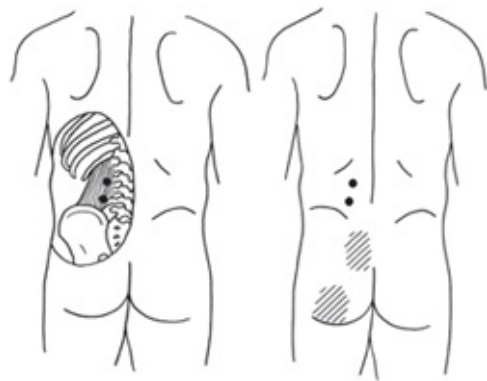




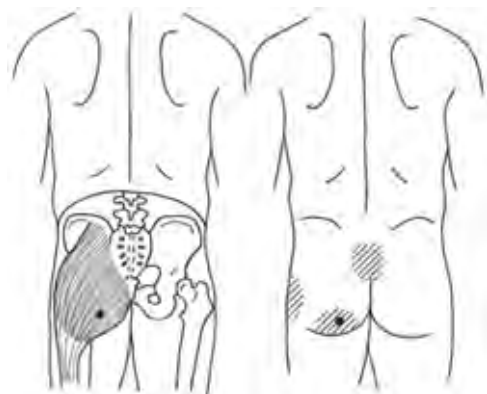
*Trigger point* du petit dentelé postérieur et inférieur et schéma de douleur référée (p. [198](#))



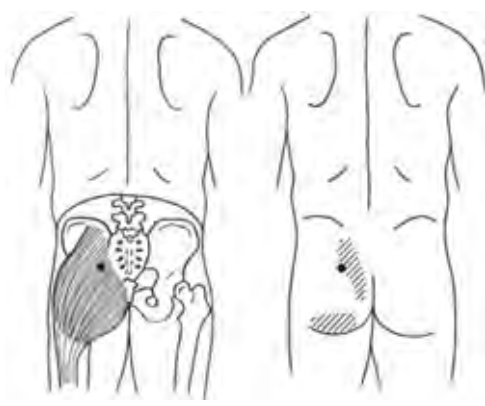
*Trigger points* superficiels du carré des lombes et schéma de douleur référée (p. [199](#))



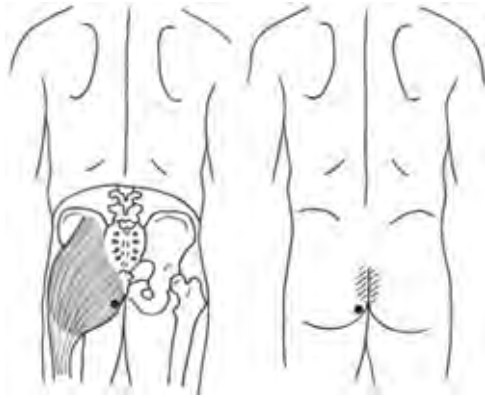
*Trigger points* profonds du carré des lombes et schéma de douleur référée. Ces points sont cachés sous les muscles spinaux superficiels (p. [199](#))



*Trigger point* numéro 1 du grand glutéal et schéma de douleur référée (p. [202](#))

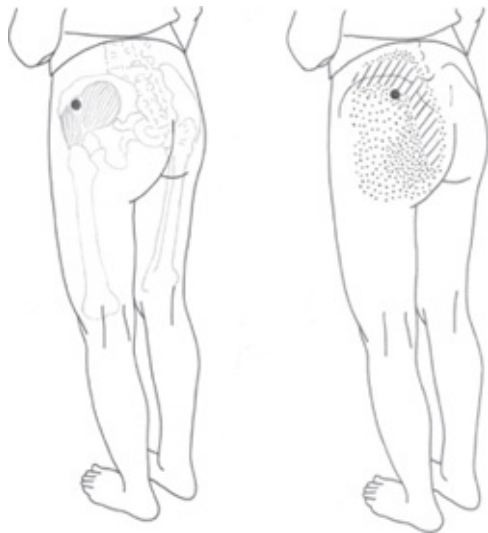


*Trigger point numéro 2 du grand glutéal et schéma de douleur référée (p. 202)*



*Trigger point numéro 3 du grand glutéal et schéma de douleur référée (p. 202)*

*Avertissement: pour chaque muscle, lisez au préalable toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



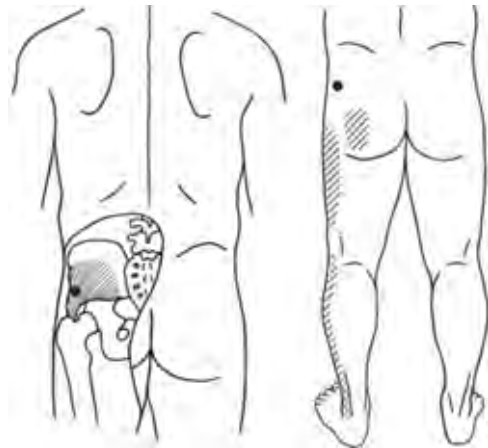
*Trigger point numéro 1 du moyen glutéal et schéma de douleur référée (p. 204)*



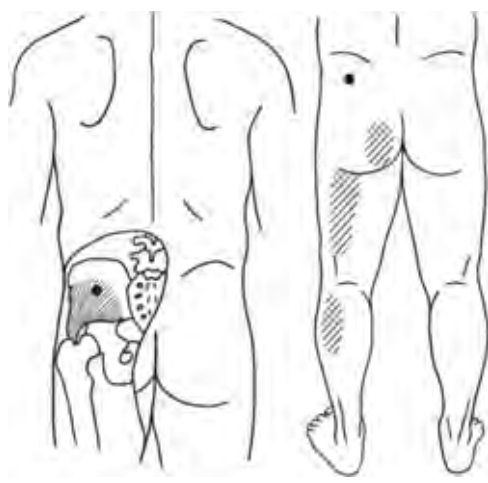
Trigger point numéro 2 du moyen glutéal et schéma de douleur référée (p. [204](#))



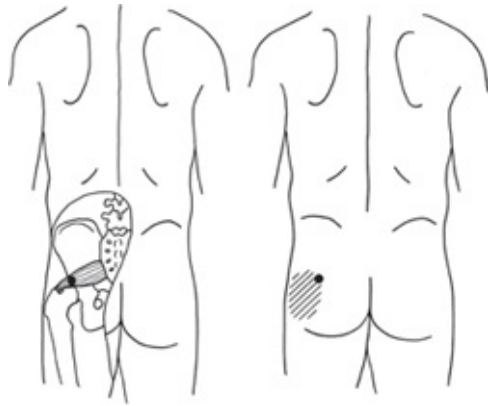
Trigger point numéro 3 du moyen glutéal et schéma de douleur référée (p. [204](#))



Trigger point numéro 1 du petit glutéal et schéma de douleur référée (p. [207](#))



*Trigger point* numéro 2 du petit glutéal et schéma de douleur référée (p. 207)



*Trigger point* numéro 1 du pyramidal et schéma de douleur référée (p. 209)



*Trigger point* numéro 2 du pyramidal et schéma de douleur référée (p. 209)

# Douleur au milieu du dos, au bas du dos et au fessier

La solution pour votre douleur au dos est peut-être plus simple que vous ne le croyez. Bien des personnes redoutent que le pincement d'un nerf, une hernie discale ou de l'arthrose ne soient la cause de leur douleur au dos alors qu'il est très probable que celle-ci résulte uniquement, ou du moins en partie, de *trigger points* myofasciaux dans les muscles. Et même si la douleur au dos résulte d'un véritable problème à la colonne vertébrale, des *trigger points* myofasciaux sont souvent responsables d'une grande partie de la douleur. Du reste, il est probable que ces *trigger points* soient à l'origine de nombreux problèmes au rachis en raison de la tension musculaire induite. En effet, des muscles noués et raccourcis peuvent déplacer des vertèbres et entraîner une compression de nerfs et de disques. Lorsqu'on recherche la cause d'une douleur au dos, les *trigger points* devraient être en haut de la liste, car la thérapie par les *trigger points* est non invasive, a peu d'effets indésirables et peut être effectuée sans l'aide d'un thérapeute.

Les raisons qui expliquent le nombre si important d'opinions différentes sur la cause d'une douleur au dos tiennent à l'implication si fréquente d'une douleur référée. C'est particulièrement vrai pour celle au bas du dos dont vous pouvez ne jamais en trouver la cause véritable si vous ne cherchez qu'à cet endroit. En effet, étonnamment, des *trigger points* dans les muscles du fessier sont souvent à l'origine d'une douleur au bas du dos. L'inverse est également vrai: des *trigger points* au bas du dos provoquent souvent une douleur jusqu'aux fesses et aux hanches. Par ailleurs, des *trigger points* dans les muscles de l'abdomen et les psoas irradient parfois au dos et sont souvent négligés, même par ceux qui connaissent bien les *trigger points*. Pour une douleur au dos et au fessier, la même règle prévaut: c'est une erreur de croire que le problème vient de là où ça fait mal!

Rendant la situation encore plus déroutante, une douleur au dos provient généralement de *trigger points* présents au-dessus et au-dessous de l'endroit où vous la sentez. La clé du succès pour traiter soi-même une douleur au dos et au fessier repose sur la capacité à résoudre ce problème. Le «Guide des autres symptômes» et le «Guide des douleurs» en tête de ce chapitre sont fondamentaux pour dépister les différentes composantes de votre douleur.

C'est une erreur de croire que le problème vient de là où ça fait mal!

Un trouble fonctionnel de l'articulation sacro-iliaque peut être la conséquence, et la cause, de *trigger points* satellites chez plusieurs muscles dont le psoas, l'iliaque, le carré des lombes, le grand glutéal, le moyen glutéal, le petit glutéal et les muscles spinaux superficiels. Une douleur peut être soudaine ou graduelle du côté du sacrum, là où il rencontre l'os iliaque de la hanche. La combinaison toute simple de mouvements incluant une flexion et une torsion, comme lorsqu'on retire de la neige avec une pelle, lorsqu'on se lève d'une chaise basse ou lorsqu'on se baisse puis qu'on tourne le torse afin de prendre un objet sur le sol peut entraîner un déplacement de l'articulation sacro-iliaque. Si la douleur est profonde et ne cesse de pulser dans l'articulation sacro-iliaque, des *trigger points* sont probablement impliqués. Si elle est intense et invalidante, massez les muscles cités ci-dessus. En revanche, si la situation ne s'améliore pas vraiment au bout d'un jour ou deux, allez voir un médecin chiropracteur ou ostéopathe pour qu'il vous remette le sacrum en place.

Afin de prévenir un problème au dos, renforcez votre sangle abdominale pour que les muscles du dos ne soient pas les seuls à travailler quand vous vous penchez, tournez le torse et vous affairez. Assurez-vous toutefois, au préalable, que vos *trigger points* dans l'abdomen sont bien désactivés avant de muscler la section moyenne de votre corps pour ne pas aggraver votre cas. Lisez au [chapitre](#)

2, pages 26 et 30, les sections «Causes des *trigger points*» et «Perpétuation des *trigger points*» afin d'apprendre comment réduire d'autres facteurs pouvant être en cause.

## *Muscles profonds du rachis (spinaux)*

Les nombreux types de muscles associés au rachis constituent un tableau bien déroutant, mais cela vous aidera de vous rappeler qu'ils appartiennent à deux groupes différents: ceux des couches externes et ceux des couches internes. Pour le premier groupe, il s'agit des muscles spinaux superficiels, de longs muscles parallèles au rachis. Le second groupe est représenté par les muscles spinaux profonds, de très courts muscles orientés obliquement par rapport au rachis pour un meilleur effet de levier sur chaque vertèbre (figure 8.1).

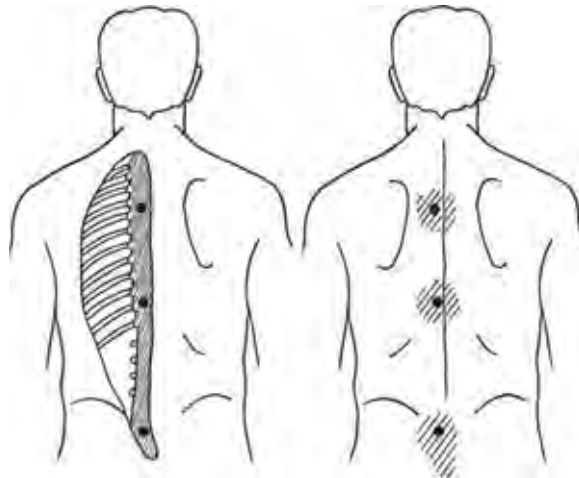
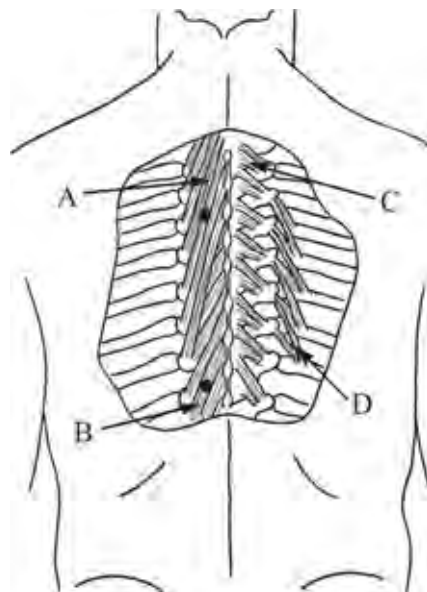


Figure 8.1 Muscles spinaux profonds: exemples de *trigger points* et schémas de douleur référée. Des *trigger points*, et la douleur associée, peuvent se trouver n'importe où sur le rachis.

Les différents muscles spinaux profonds sont: le *semi-épineux*, le *transversaire épineux*, les *rotateurs* et les *surcostaux*. Ces derniers attachent les vertèbres aux côtes. Tous les autres fixent les vertèbres les unes aux autres à des niveaux de plus en plus profonds (figure 8.2). L'orientation oblique de leurs fibres musculaires leur donne un bon effet de levier pour faire tourner le torse et permettre de se pencher sur le côté. Lorsque les muscles spinaux profonds travaillent ensemble, ils contribuent à étirer le rachis comme lorsqu'on se redresse après avoir été penché en avant.





## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans les muscles spinaux profonds peut pulser en profondeur dans le rachis lui-même, comme le montre la [figure 8.1](#). Des *trigger points* dans les minces transversaires épineux qui recouvrent le sacrum à la base de la colonne provoquent une vive douleur au bas du dos. C'est l'un des quelques exemples de *trigger points* où la douleur se situe localement, à l'endroit du point, et non à distance. Cela s'explique par le fait que la tension dans ces petits muscles obliques tend à tirer une ou plusieurs vertèbres sur un côté, ce qui la ou les désaxe. Lorsque les vertèbres ne sont pas parfaitement alignées, elles exercent parfois une compression sur les nerfs qui envoient alors des signaux de douleur, ce qui accroît d'autant la douleur provenant de ces muscles.

Notez bien que les illustrations ne montrent que des exemples de *trigger points*. Ceux-ci peuvent en fait se trouver n'importe où sur le rachis, d'un côté ou de l'autre des vertèbres. La douleur siège toujours au même endroit. Un problème lié aux muscles spinaux profonds et à leurs vertèbres associées peut être très handicapant, car il limite tous les mouvements de flexion ou de torsion — vers l'avant, l'arrière ou le côté. Votre dos est alors aussi raide qu'une planche et il est bien difficile de tourner le corps.

Des *trigger points* dans les muscles spinaux profonds du bas du dos peuvent entraîner une douleur vers l'avant, dans l'abdomen, et vers le bas, dans les fesses. Le coccyx est parfois hypersensible en raison de la douleur référée. C'est ce qu'on appelle une *coccygodynie*. Si un chiropracteur ne s'occupe pas des muscles impliqués, les vertèbres risquent à nouveau de sortir de leur axe. Lorsque des *trigger points* sont désactivés directement par un profond massage, les clients entendent parfois le bruit sec de leurs vertèbres qui se remettent en place d'elles-mêmes. La chiropraxie et la massothérapie fonctionnent souvent bien ensemble et vous constaterez probablement que les manipulations du chiropracteur tiennent plus longtemps si vous les combinez avec l'automassage des *trigger points*.

Une tension extrême dans les muscles spinaux profonds risque de comprimer une racine nerveuse sortant du rachis. Une hernie discale (saillie d'un disque intervertébral en dehors de ses limites normales) peut également pincer un ou plusieurs nerfs et l'on parle alors de *radiculopathie*. Cette pathologie provoque des déficits neurologiques de type engourdissement, limitation des réflexes ostéo-tendineux et faiblesse importante avec atrophie. Dans tous les cas, un nerf moteur pincé entraînera des *trigger points* dans les muscles qu'il innerve en aval. Ces *trigger points* satellites seront particulièrement sensibles, presque impossibles à toucher et réagiront mal au traitement. Comment donc savoir si votre problème résulte de la tension musculaire au niveau du rachis? Le fait est que si un muscle spinal profond est à l'origine du pincement d'un nerf, le muscle sera noué et hypersensible au toucher. Quelques séances de massage amélioreront tous les symptômes. En revanche, si le problème vient du rachis lui-même, l'automassage des *trigger points* impliqués n'apportera que peu de soulagement. Nombre d'interventions chirurgicales du dos seraient inutiles si les médecins possédaient une bonne compréhension de l'origine myofasciale d'une douleur du dos.

L'arthrose est censée être souvent responsable d'une douleur au dos, surtout lorsque celle-ci est visible sur une radiographie. Malheureusement, un tel diagnostic médical empêche de chercher plus loin et vous n'avez plus, comme unique solution, que la prise d'antalgiques — qui ne risque pas d'être efficace si des *trigger points* sont impliqués. Grâce à la thérapie par les *trigger points*, il est tout à fait possible de venir à bout d'une douleur chronique au dos, même s'il existe par ailleurs une



véritable arthropathie. Par ailleurs, une arthrose n'est pas forcément douloureuse alors que des *trigger points* actifs le sont toujours (Travell et Simons, 1992; Crow et Brodgon, 1959).

## Causes

*Âgée de 26 ans, Valérie est «accro» à son nouvel ordinateur, ce qui a provoqué une terrible douleur au milieu du dos, juste à gauche de la colonne. La douleur est constante, mais empire quand elle bouge. Si elle disparaît lorsqu'elle dort, le répit n'est que de courte durée.*

*Après des examens approfondis, il s'est avéré que ce n'est pas l'ordinateur qui est responsable, mais sa position assise de travers, le tronc tourné pour atteindre les touches du clavier. Si Valérie se tient ainsi, c'est pour que son chat puisse se coucher sur ses genoux et ne réclame pas son attention pendant qu'elle est occupée par son cher écran. En restant dans cette torsion des heures durant, ses muscles spinaux profonds restent contractés, ce qui ne pouvait qu'aboutir à l'épuisement de ces muscles et à la survenue de trigger points. Valérie s'est débarrassé des trigger points grâce à une Thera Cane et, désormais, elle ne s'assied plus de travers devant son ordinateur. Le chat n'apprécie pas, dit-elle, mais il n'est pas suffisamment contrarié pour aller voir ailleurs.*

Conserver une position déséquilibrée ou de travers comme le faisait Valérie devant son nouvel ordinateur laisse la porte grande ouverte à des problèmes, mais il existe bien d'autres causes moins évidentes. Une sangle abdominale qui manque de tonus risque de surcharger inutilement les muscles du dos qui doivent travailler au-delà de leur endurance afin de compenser. C'est pourquoi, jardiner quand on n'en a pas l'habitude, ou faire l'idiot avec des enfants peut mettre votre dos à mal. Les muscles spinaux profonds qui sont tous très petits sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils sont confrontés à un excès de sollicitation soudaine, à la répétition d'un même mouvement ou à une mauvaise coordination. La situation est pire encore si vous avez froid, êtes fatigué ou en mauvaise condition physique.

Il est intéressant de remarquer que l'unique fois où les muscles spinaux profonds sont détendus, hormis quand vous êtes allongé, est lorsque vous vous tenez parfaitement droit, le poids du corps étant harmonieusement réparti sur tous les côtés de la colonne vertébrale. Les muscles spinaux profonds sont sérieusement malmenés si vous êtes avachi. En effet, ces petits muscles sont constamment sollicités quand vous avez la mauvaise habitude de vous tenir, debout ou assis, le dos voûté, les épaules et la tête vers l'avant. Vous avez tout intérêt à améliorer votre posture en massant les petits muscles noués sur la partie antérieure du corps qui vous tirent vers l'avant et le bas. Les muscles de la sangle abdominale, du thorax et du cou sont souvent responsables d'une mauvaise posture.

## Traitement

Les *trigger points* dans les muscles spinaux profonds sont enfouis tout contre le rachis ([figures 8.1](#) et [8.2](#)). On les trouve dans une profonde *gouttière vertébrale* située de chaque côté entre la colonne et la longue masse musculaire verticale composée des muscles spinaux superficiels, dont nous parlerons en détail dans la prochaine section. Allez directement aux [figures 8.4](#) et [8.5](#) pour les voir. Vous constaterez que chacune de ces masses musculaires est formée de trois bandes parallèles segmentées. La bande la plus interne et mince recouvre les muscles spinaux profonds tout comme la deuxième, là où elle s'élargit dans la moitié inférieure du rachis.

Utiliser une balle de tennis ou rebondissante contre un mur constitue généralement un bon moyen de se masser le dos, mais il se peut qu'elle soit trop grande pour atteindre les muscles spinaux profonds, sauf si vous êtes juste dessus. Si vous effectuez l'automassage sur votre lit, mettez sous la balle un grand livre rigide pour l'empêcher de s'enfoncer dans le matelas ou, sinon, massez-vous sur le sol. Utiliser une balle contre un mur vous donnera une plus grande liberté de manœuvre, mais il faut alors qu'elle soit plus petite et plus dure qu'une balle de tennis afin de bien pénétrer dans le muscle. Masser fermement juste à côté du rachis avec une balle rebondissante en caoutchouc de 35 mm est très efficace. Celle-ci est un peu plus petite qu'une balle de golf et constitue le meilleur instrument qui soit pour la plante des pieds. On la trouve généralement là où l'on vend des jouets ou dans un distributeur de boules de chewing-gum.



Figure 8.3 Massage des muscles spinaux profonds avec une Thera Cane (ou une balle rebondissante de 35 mm contre un mur)

Appuyé contre un mur, faites rouler la balle de haut en bas tout contre le rachis. Parfois, vous avez intérêt à effectuer de minuscules mouvements latéraux de va-et-vient. Massez en exerçant une compression légère à partir du rachis, sans chercher pour l'heure à vous occuper des épais muscles spinaux superficiels. Certaines personnes trouvent qu'une Thera Cane ou un Backnobber est efficace ([figure 8.3](#)), mais vous devrez peut-être vous allonger sur le dos pour exercer un effet de levier en vous aidant du lit en dessous pour obtenir le degré de pénétration recherché. Faites des mouvements de va-et-vient dans la direction qui vous semble la plus facile et efficace d'un point de vue ergonomique. Lisez le [chapitre 3](#) pour de plus amples informations sur la manière de masser les *trigger points* (page [35](#)).

Lisez le [chapitre 3](#) pour de plus amples informations sur la manière de masser les *trigger points*.

## *Muscles superficiels du rachis (spinaux)*

Trois longs muscles superficiels se trouvent de part et d'autre du rachis: le *long dorsal*, l'*ilio-costal* et l'*épi-épineux* ([figures 8.4](#) et [8.5](#)). Ils constituent les longs groupes de muscles verticaux segmentés qui descendent entre les omoplates et le rachis. Ils sont plus épais dans le bas du dos et deviennent de plus en plus minces au fur et à mesure qu'ils progressent vers les omoplates. L'adjectif «superficiel»

indique qu'ils sont plus près de la peau, recouvrant les muscles spinaux profonds. On les appelle également *erector spinae* ou muscles érecteurs du rachis.

À ses extrémités supérieures, le long dorsal se fixe sur les côtes et sur l'*apophyse transverse* des vertèbres (saillie latérale). C'est le muscle que l'on sent comme une large bande massive qui passe dans la gouttière formée par les vertèbres et les côtes à 1-2 cm du rachis. L'ilio-costal est lui aussi un vaste muscle, plus plat, qui se trouve à 5-8 cm de la colonne. Les extrémités supérieures des ilio-costaux ne se fixent que sur les côtes. Les extrémités inférieures des deux muscles s'attachent au sacrum, le gros os médian à la base du rachis. Les muscles épi-épineux, en dedans du long dorsal, relient par l'*apophyse épineuse* (saillie vers l'arrière) les vertèbres de la moitié du dos les unes aux autres, des dix dernières dorsales aux trois premières lombaires.

Les muscles spinaux superficiels permettent l'extension (redressement d'une posture penchée vers l'avant jusqu'à plier le dos vers l'arrière) et l'inclinaison latérale du tronc. Ils contribuent à l'expiration, à l'élimination des selles, au fait de tousser et d'éternuer. Ils servent en outre à freiner le corps par une contraction excentrique (contraction et allongement musculaire en même temps) lorsqu'on penche le torse vers l'avant ou le côté. Ils participent à l'érection du corps et à son équilibre. Comme les spinaux profonds, ces longs muscles du rachis peuvent être tout à fait détendus quand vous êtes debout, immobile, si le corps est bien centré.

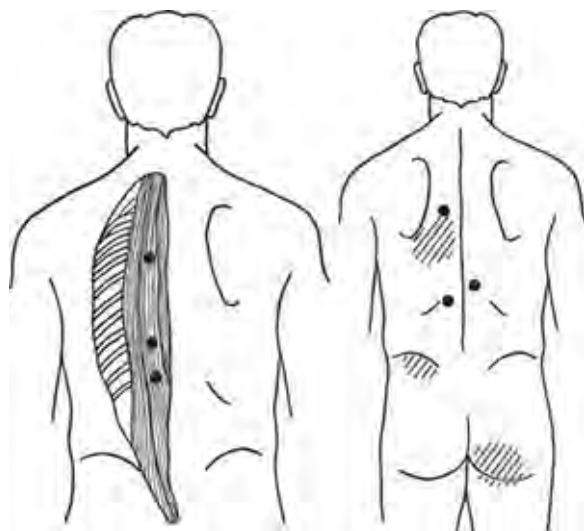


Figure 8.4 *Trigger points* du long dorsal et schéma de douleur référée (ces trois points existent des deux côtés)

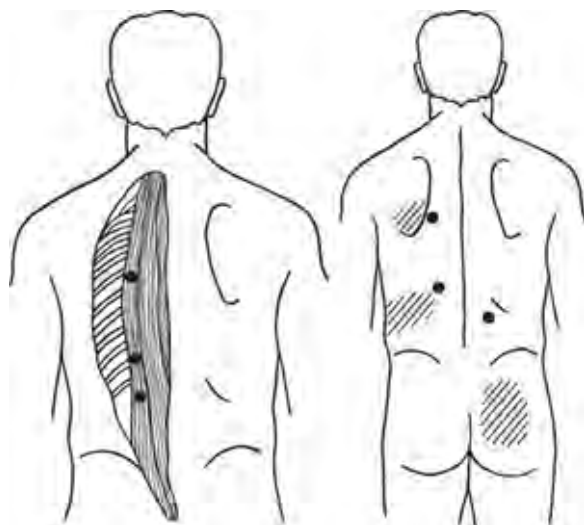


Figure 8.5 *Trigger points* de l'ilio-costal et schéma de douleur référée (ces trois points existent des deux côtés)

## Symptômes

Outre la douleur qu'ils provoquent, des *trigger points* rendent les muscles spinaux superficiels noués sur toute leur longueur. Il existe six *trigger points* avec six schémas de douleur référée différents. Il peut également y avoir des nœuds hypersensibles n'importe où dans ces muscles. Les chercheurs n'ont pas encore identifié de schémas de douleur référée avec ces autres points. Les six *trigger points* identifiés sont parfois la cause essentielle de problèmes dans les muscles spinaux superficiels, mais il est souvent utile de traiter tout le groupe musculaire lorsque la douleur siège au dos. L'histoire de Thomas illustre à quel point un problème au dos peut être déroutant.

*Âgé de 34 ans, Thomas est un homme musclé qui pose des lignes pour une compagnie d'électricité. Tout son dos est raide et douloureux, du coccyx à la base du crâne. Il a toujours conscience de sa douleur, même quand il dort. Il a passé des radiographies, des scanners et des IRM (imagerie par résonance magnétique) et a eu de nombreuses séances auprès de deux chiropracteurs différents, mais l'amélioration a été minime et aucun diagnostic n'a pu être établi. Pendant ce temps, on lui a appris comme faire des exercices et s'étirer. «Je continue les étirements», dit-il, «mais cela ne me fait aucun bien. Mon dos est si raide que j'ai l'impression d'être un vieil homme. J'ai même peur de bouger.»*

*Les muscles spinaux superficiels de Thomas sont durs comme des poteaux en bois et l'on a trouvé des trigger points en plusieurs endroits, un peu partout des deux côtés. La thérapie par les trigger points l'a grandement soulagé. Un mois d'automassage avec une balle de tennis contre un mur a fait disparaître la plupart de sa douleur. Il s'est rapidement senti suffisamment délié pour tirer profit des étirements qu'on lui avait recommandés.*

Des *trigger points* dans les muscles spinaux superficiels provoquent généralement un type de douleur plus diffus que dans les muscles spinaux profonds. Les muscles spinaux profonds entraînent, eux, une douleur tout autour du *trigger point*. Dans le long dorsal et l'épi-épineux, les *trigger points* se trouvent à 5 cm environ du rachis et irradient généralement jusqu'au bas du dos et au fessier (figure 8.4). Dans l'ilio-costal, ils sont à 7-8 cm du rachis et la douleur siège à la fois vers le haut et le bas du corps, et dans une moindre mesure vers les côtés (figure 8.5). Dans la région des dernières côtes, les *trigger points* irradient vers le bas jusqu'aux fesses, quel que soit le muscle dans lequel ils se trouvent. Un *trigger point* dans le long dorsal, juste sur la dernière côte, constitue une cause fréquente de douleur profonde le long de la partie supérieure de la crête iliaque (os de la hanche). Il est perçu comme une douleur au bas du dos dont c'est l'une des principales causes. Ce *trigger point* peut exister sur un côté comme sur l'autre, mais la figure 8.4 le montre à gauche.

Une douleur résultant des ilio-costaux peut également siéger à l'avant du corps ou dans les organes internes et être confondue avec celle d'une angine de poitrine ou angor, d'une pleurésie, d'une appendicite ou d'autres pathologies viscérales. Une douleur résultant de *trigger points* de n'importe lequel des muscles spinaux superficiels est parfois prise, à tort, pour un symptôme de calculs rénaux, de tumeur, d'inflammation des côtes, de déchirure d'un ligament ou de problème de disque. Si vous souffrez d'une de ces affections plus sérieuses, une thérapie par les *trigger points* n'apportera qu'un soulagement provisoire.

Une tension musculaire dans les muscles spinaux superficiels provient parfois des muscles de la sangle abdominale. L'impression d'avoir le dos «en compote» après une longue journée stressante peut être due à des muscles de l'abdomen noués qui tirent vers le bas et l'avant, allongeant les muscles du dos. Des *trigger points* dans le grand droit de l'abdomen peuvent également fragiliser le milieu et le bas du dos, provoquant de la fatigue et une douleur sur tout le dos (figure 7.23). Masser le

dos et l'abdomen peut alors procurer un soulagement. Reportez-vous au [chapitre 7](#) pour de plus amples informations sur les muscles de l'abdomen (page 155).

Une partie de la douleur au bas du dos peut même provenir de *trigger points* dans les soléaires, des muscles du mollet. Des soléaires peuvent en fait entretenir une contraction dure, en forme de spasme, dans les muscles du bas du dos. Il faut également savoir qu'un problème aux pieds peut faire souffrir le dos. Reportez-vous au [chapitre 10](#) qui traite du muscle soléaire et du pied de Morton (page 276).

L'impression d'avoir le dos en compote après une longue journée stressante peut être due à des muscles de l'abdomen noués qui tirent vers le bas et l'avant, allongeant les muscles du dos.

Une raideur au dos ou l'impression qu'il est noué est un signe de *trigger points* passifs dans les muscles du dos, même en l'absence de douleur. Il ne faut pas négliger ces *trigger points*, car ils indiquent qu'un problème est imminent. En effet, toute tension supplémentaire, même légère, risque rapidement de transformer un *trigger point* passif en *trigger point* actif. Des *trigger points* qui maintiennent les muscles du dos contractés sur un côté provoquent parfois une scoliose (déviation de la courbure du rachis dans le sens transversal). Une tension musculaire due à des *trigger points* peut également déplacer l'articulation sacro-iliaque et entraîner alors une torsion ou une bascule du bassin vers le haut. Lorsque des muscles spinaux superficiels noués compriment les nerfs sensitifs, la peau du dos est parfois hypersensible ou engourdie par endroits.

## Causes

Soulever un objet très lourd est une cause majeure de *trigger points* dans les muscles spinaux superficiels, surtout si vous le faites trop vite ou si votre corps n'est pas centré avec le dos droit. Les muscles spinaux superficiels sont particulièrement vulnérables quand vous effectuez un mouvement fatigant lorsque vous vous penchez sur un côté. Cette manière de soulever un objet pèse directement sur une moitié du dos, ce qui multiplie par deux la tension exercée. Que ce soit au travail ou lors d'une activité ludique, pensez toujours à bien répartir la charge et tout se passera bien.

Un coup du lapin est une autre raison fréquente de tension dans les muscles spinaux superficiels. Une immobilité prolongée ou, au contraire, le fait de rester trop longtemps dans une position crispée risque également d'entraîner des *trigger points* dans ces muscles. Un mouvement répétitif, notamment au travail, ne peut que créer des dégâts, car ces muscles n'ont jamais la possibilité de se reposer et de récupérer.

## Traitement

La meilleure approche, et la plus simple, pour masser les muscles spinaux superficiels consiste à s'appuyer contre une balle de tennis posée sur un mur. Utilisez une balle rebondissante en caoutchouc dur de 60 mm si vous devez aller plus en profondeur. De plus, ce type de balle adhère bien au mur (contrairement à une balle de tennis qui glisse). On peut mettre la balle dans une longue chaussette pour mieux en contrôler la position ([figure 8.6](#)). Vous pouvez masser ainsi plusieurs autres muscles du dos en même temps, dont les faisceaux inférieurs du trapèze, les grands dorsaux, les angulaires de l'omoplate et les petits dentelés postérieurs et supérieurs.

*Comment utiliser une balle contre un mur*

Placez la balle par-dessus l'épaule contre le haut du dos. En appuyant cette dernière contre un mur, éloignez le pied du mur et faites rouler la balle vers le haut et le bas. Ce n'est pas agréable de masser sur le rachis, mais ça l'est tout contre. Si le bas de votre dos le permet, bougez le bassin vers l'avant et le mur pour faire rouler la balle de 5 cm plutôt que de devoir plier les genoux. Afin d'amener la balle sur un point plus bas, posez les fesses contre le mur et penchez-vous un peu en avant. La gravité fait ainsi descendre la balle de quelques centimètres. Débutez en haut pour masser peu à peu tout le dos.

Afin d'accéder aux *trigger points* les plus bas, posez la balle juste sous la dernière côte, puis pliez les genoux pour faire rouler la balle contre les dernières côtes. Quatre *trigger points* sont possibles de part et d'autre du rachis. Les *trigger points* de l'ilio-costal sont à 8-10 cm de la colonne.



Figure 8.6 Massage des muscles spinaux superficiels contre un mur avec une balle dans une chaussette

Masser le dos avec une balle sur le sol ou votre lit est une bonne manière d'utiliser le poids du corps. L'inconvénient est le manque d'un certain degré de liberté de manœuvre. La Thera Cane est un bon instrument pour le dos que beaucoup préfèrent, car ils la trouvent plus pratique. Le Backnobber est peut-être plus commode encore, car il se démonte, ce qui permet de l'emporter dans un bagage à main.

Si le massage d'un point précis est particulièrement douloureux, rappelez-vous que vous aurez moins mal si vous détendez bien les muscles sur lesquels vous travaillez. Et n'oubliez pas de respirer, car lorsqu'on retient son souffle, on a tendance à contracter les muscles.

Ne vous découragez pas en vous disant que cette thérapie «doit» être faite trois, quatre, voire six fois par jour. Si ce n'est qu'une fois par jour, c'est déjà bien! Tapotez votre dos. Vous ferez des progrès.



## *Petits dentelés postérieurs et inférieurs*

Les muscles *petits dentelés postérieurs et inférieurs* se fixent sur quatre vertèbres au bas du dos et sur les quatre dernières côtes. Ils contribuent ainsi à soutenir le poids du corps durant un mouvement et à permettre une expiration forcée. Une douleur résultant de *trigger points* dans le petit dentelé postérieur et inférieur est généralement localisée et peut être confondue avec un signe de détresse rénale ([figure 8.7](#)). Des *trigger points* risquent de nouer le muscle, ce qui aura tendance à limiter le mouvement, surtout la flexion et la torsion.

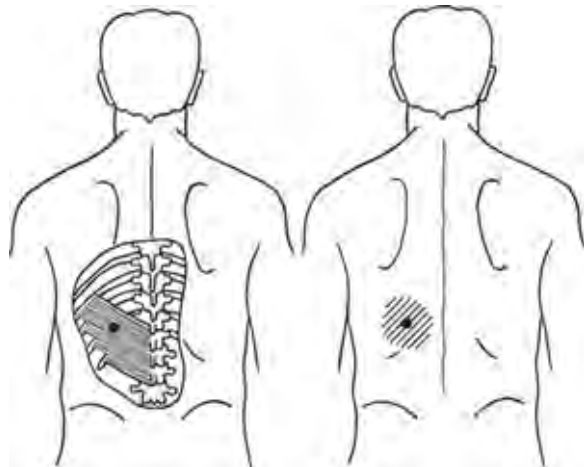


Figure 8.7 *Trigger point* du petit dentelé postérieur et inférieur, et schéma de douleur référée

Lorsque vous vous occupez des petits dentelés postérieurs et inférieurs, aller trop loin est une erreur, au sens propre comme au sens figuré. S'étirer pour atteindre quelque chose au-dessus de la tête risque de malmenager ces muscles, particulièrement s'ils ne sont pas échauffés ou si des *trigger points* passifs sont présents. Une torsion du corps ou une flexion latérale excessive leur cause également du tort. Faites donc en sorte de ne pas avoir à effectuer de mouvements épuisants, surtout d'une manière répétitive.

Et accordez un peu d'attention à votre lit. Le matelas doit être suffisamment mou pour permettre aux courbures du corps de s'exprimer, mais un matelas défoncé fait du tort aux petits dentelés postérieurs et inférieurs comme aux autres muscles du dos.

Une Thera Cane, un Backnobber ou une balle contre un mur conviennent bien pour masser les petits dentelés postérieurs et inférieurs. Il faut avoir conscience que dans la région autour des dernières côtes, des *trigger points* sont parfois présents dans plusieurs muscles différents. Et ne vous fourvoyez pas si vous tombez sur un point particulièrement sensible, car cela ne veut pas dire pour autant que vous les avez tous trouvés. Il peut très bien y en avoir d'autres tout près, dans n'importe quelle direction. Il est difficile de différencier les muscles du bas du dos. Soyez donc méticuleux dans votre recherche de points à la douleur exquise. Pour désactiver les *trigger points*, procédez par tâtonnement, centimètre par centimètre.

## *Carrés des lombes*

Le *carré des lombes* est, comme son nom l'indique, un muscle à quatre côtés qui relie de part et d'autre la dernière côte à la *crête iliaque* de la hanche, ce bord supérieur de l'os que l'on perçoit nettement sur l'avant. La crête iliaque est un repère osseux important pour trouver plusieurs muscles majeurs. Essayez d'en délimiter les contours avec le pouce, de l'avant de la hanche à la base de la colonne.



Les muscles carrés des lombes se fixent sur les côtés (apophyses transverses) des vertèbres lombaires, ce qui les relie au bassin et aux côtes. Lorsque vous vous penchez fortement, tous ces points d'insertion donnent aux carrés des lombes un effet de levier qui permet de soutenir toute la partie supérieure du corps. Sans eux, on se balancerait comme une fleur au bout d'une mince tige. Le carré des lombes lève le bassin du même côté que le pied qui se décolle du sol pendant la marche. Outre leur contrôle du mouvement au niveau de la taille, ils participent ensemble à une expiration forcée, lorsqu'on tousse ou qu'on éternue par exemple.

## Symptômes

*Âgée de 47 ans, Hélène souffre d'atroces crises de douleur au bas du dos depuis qu'une voiture a percuté la sienne il y a vingt ans. La douleur irradie jusqu'à sa fesse gauche et sa hanche. Son travail a aggravé ce problème, car elle doit rester debout la plupart du temps sur un quai de déchargement en béton. Au bout d'une heure dans cette position, son dos la fait tant souffrir qu'elle a du mal à se concentrer sur ce qu'elle fait. Parfois, elle n'est même plus capable de marcher, de tenir debout ni même de s'asseoir bien droite. Il n'y a qu'allongée que sa douleur diminue un peu.*

*«J'ai eu beaucoup de séances de kinésithérapie et de chiropractie, sans le moindre soulagement. Je prends toutes sortes de médicaments pour tenir le coup. Comment pourrais-je travailler sinon?»*

*On a trouvé des trigger points dans le long dorsal et le carré des lombes d'Hélène du côté gauche, là où elle a le plus mal. Trois séances de massage ont supprimé 75% de sa douleur. Elle est venue à bout de la douleur restante avec une balle de tennis et une Thera Cane.*

Une douleur résultant de *trigger points* dans le carré des lombes peut s'exprimer dans les hanches, les fesses ou autour de l'articulation sacro-iliaque à la base du rachis ([figures 8.8](#) et [8.9](#)). Elle irradie parfois en profondeur au repos et s'intensifie lorsqu'on s'assied ou se lève. Une flexion latérale ou vers l'avant et une torsion du corps peuvent être douloureuses tout comme monter les marches d'un escalier. Se retourner dans son lit peut être difficile et pénible. Tousser ou éternuer provoque souvent d'atroces élancements. Cette douleur paralyse psychologiquement et vous redoutez alors le moindre mouvement. Au lit, il est parfois impossible de se tourner du côté qui souffre ou de reposer sur ce côté. Parfois la douleur est perçue dans l'aîne, les testicules, le scrotum et sur l'avant de la cuisse, ou localement dans le muscle (non montré). Des *trigger points* dans le carré des lombes entraînent parfois une hypersensibilité au-dessus du *grand trochanter*, l'apophyse à l'extrémité supérieure du fémur. Un carré des lombes noué limite la mobilisation du bassin et aboutit à la survenue de *trigger points* dans le petit glutéal qui, à son tour, provoque parfois des symptômes de sciatique. Une tension dans l'un des carrés des lombes peut déplacer une vertèbre lombaire ou déboîter l'articulation sacro-iliaque. La cage thoracique risque même d'être entraînée vers le bas et le dos de s'incurver anormalement, donnant l'impression d'avoir une scoliose ou une jambe plus courte que l'autre.

On confond souvent la douleur due à des *trigger points* dans le carré des lombes avec une arthropathie du rachis, un problème de disque vertébral, une sciatique ou une bursite dans la hanche. Face à ces symptômes, un médecin peut rechercher des calculs rénaux, un trouble des voies urinaires ou d'autres problèmes internes ou intéressant tout l'organisme.

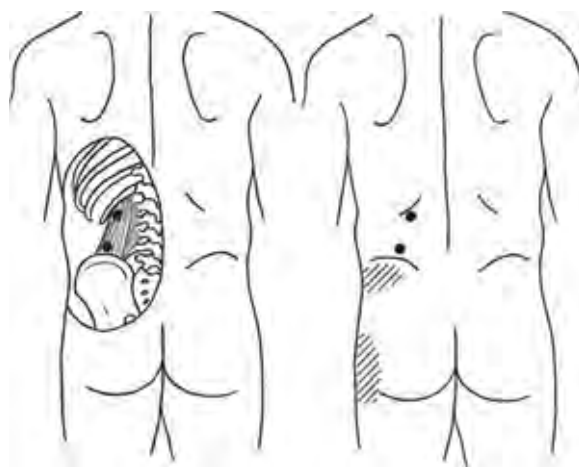


Figure 8.8 *Trigger points* externes du carré des lombes et schéma de douleur référée

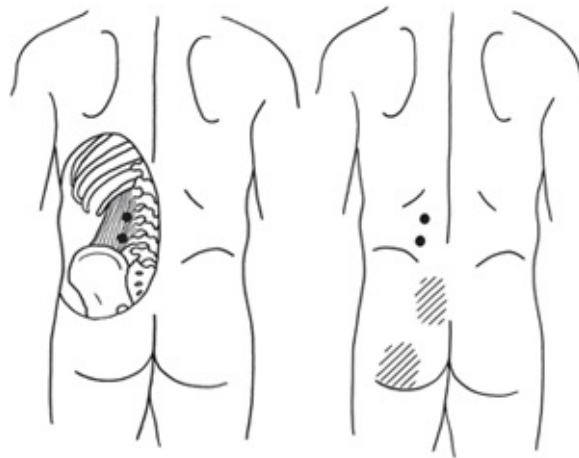


Figure 8.9 *Trigger points* internes du carré des lombes et schéma de douleur référée (ces points sont cachés sous les muscles spinaux superficiels)

### Causes

Une jambe ou un bras plus court que l'autre ou encore un côté du bassin plus petit peut provoquer des *trigger points* dans un carré des lombes. Être assis penché vers un côté, les coudes sur l'accoudoir, fragilise ce muscle des deux côtés. Celui-ci est souvent traumatisé par une chute ou un accident de voiture et lorsqu'on soulève une lourde charge avec le tronc en torsion. Il peut également se froisser si vous tournez le torse pour ramasser quelque chose par terre ou lorsque vous vous levez d'une chaise basse, d'un siège auto ou d'un lit. Le port d'un plâtre de marche entraîne parfois une différence de longueur des jambes à l'origine d'une douleur dans une hanche ou les deux (une chaussure à semelle épaisse au pied de la jambe non cassée sera bénéfique). Un stress psychologique favorise souvent la survenue de *trigger points* dans ce muscle. Reportez-vous au [chapitre 12](#) pour des moyens de soulager une tension musculaire.

Curieusement, le carré des lombes est vulnérable à toute tension et sollicitation excessive lorsque les muscles glutéaux sont raides et fragilisés par des *trigger points*. Si ces derniers ne font pas leur travail, le carré des lombes doit le compenser. Par conséquent il s'épuise, se rigidifie et vous vous retrouvez avec deux fois plus de problèmes. Étant donné que les glutéaux et les carrés des lombes agissent en synergie, ils sont généralement atteints en même temps par des *trigger points*.

### Traitement

Vérifiez l'emplacement du carré des lombes en le sentant se contracter lorsque vous relevez la hanche vers les côtes. Ce muscle est plus facile à isoler quand on est allongé ([figure 8.10](#)). Si vous appuyez le pouce ou un autre doigt sur le côté du dos, entre l'os iliaque de la hanche et les dernières côtes, vous rencontrerez une paroi ferme de muscles, le bord du carré des lombes et des muscles spinaux superficiels. Le carré des lombes se trouve sur l'avant de cette courte bande musculaire verticale. Le long dorsal et l'ilio-costal sont derrière.



Figure 8.10 Sentez se contracter le carré des lombes entre les obliques abdominaux (voir le doigt) et les muscles spinaux superficiels

Si le carré des lombes provoque une douleur, il y a probablement des *trigger points* en plusieurs endroits. Une manière efficace pour masser ce muscle consiste à utiliser contre un mur une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm ([figure 8.11](#)). Mettez-vous debout, le côté à masser faisant un angle de 90 degrés avec le mur; le bras est décalé du corps sur l'avant. Placez la balle juste sous les côtes et tournez lentement l'avant du corps pour l'éloigner du mur. Quand le corps fera un angle de 45 degrés environ avec le mur, vous trouverez les *trigger points* externes ([figure 8.8](#)). Afin d'appuyer le *trigger point* externe du haut contre les côtes, pliez légèrement les genoux pour faire rouler la balle vers le haut. Le *trigger point* externe du bas peut être comprimé contre l'os iliaque de la hanche lorsque vous tendez les jambes et faites rouler la balle vers le bas. Tous ces *trigger points* externes sont perçus comme des hématomes.



Figure 8.11 Massage du carré des lombes avec une balle contre un mur

Il est difficile de voir, à partir du dessin en deux dimensions ([figure 8.9](#)), que les deux *trigger points* le plus près du rachis se trouvent en dessous des muscles spinaux superficiels. Suivez bien les indications pour accéder à ces deux points importants et souvent délaissés.

Afin de trouver les *trigger points* internes, plus profonds et problématiques ([figure 8.9](#)), la difficulté consiste à les atteindre par le côté sous la bande verticale des muscles spinaux superficiels. Après avoir effectué la technique décrite au paragraphe ci-dessus, recherchez les *trigger points* internes. Relâchez bien les muscles du pouce, mettez le poids du corps sur la jambe extérieure (la jambe du côté du massage ne porte que son propre poids) et éloignez l'avant du corps en le tournant selon un angle de 25 degrés environ. Appuyez lentement la balle vers le rachis et le haut en direction de l'épaule opposée. L'objectif est que la balle se retrouve entre les côtes et le rachis. Rappelez-vous que la balle sera à 5-8 cm des apophyses épineuses osseuses des vertèbres. Ne plaquez pas le dos au mur et conservez un angle de 25 degrés par rapport à celui-ci. Masser dans n'importe quelle direction est la méthode la plus efficace et nécessitant le moins d'effort. Une fois que vous avez massé ce *trigger point* interne du haut avec dix à douze mouvements de va-et-vient, faites descendre la balle le long du rachis en pliant les genoux afin de la positionner 5-8 cm plus bas. En tendant lentement les jambes, la balle roulera vers le bas et vous pourrez explorer toute la région lombaire. À la base du rachis, vous trouverez le *trigger point* interne du bas, dans l'angle entre l'os iliaque de la hanche et le rachis. Orientez la balle vers la fesse opposée. À nouveau, vous ne pourrez l'atteindre que par le côté, devant les muscles spinaux. Si le dos est plaqué contre le mur, vous ne trouverez des *trigger points* que dans les muscles spinaux et non dans le carré des lombes, car les muscles spinaux et le fascia sont trop épais. Il faut passer par le côté et l'avant pour traiter le carré des lombes.



Figure 8.12 Massage des *trigger points* externes du carré des lombes avec une Thera Cane

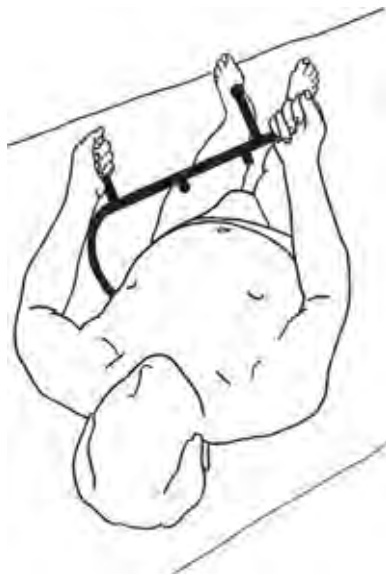


Figure 8.13 Massage des *trigger points* internes du carré des lombes avec une Thera Cane

Si l'espace entre les dernières côtes et le bassin est inférieur à la largeur de deux doigts, un meilleur moyen pour masser le carré des lombes consiste à s'allonger sur un lit avec une Thera Cane ou plutôt un Backnobber de taille Big Bend si votre torse est large. Afin de masser les deux *trigger points* externes indiqués à la [figure 8.8](#), placez l'extrémité de la Thera Cane contre l'avant du muscle, la canne en travers du corps avec l'autre bout qui touche le lit ([figure 8.12](#)). Appuyez avec les deux mains vers le bas pour comprimer le muscle en direction du lit. Effectuez des mouvements de va-et-vient vers le bas et l'extérieur du corps.

Pour masser les deux *trigger points* internes ([figure 8.9](#)), placez la boule de la Thera Cane sous le dos, vers le milieu comme indiqué [figure 8.13](#). Sur le dessin, la main gauche reste immobile et fait fonction de point d'appui ou de pivot. La main droite bouge comme pour ramer, appuyant vers le plafond puis effectuant des mouvements de va-et-vient vers la tête. Afin de masser le carré des lombes sur le côté droit, il suffit d'inverser l'instrument et les mains. Attention, car les reins qui se trouvent sous la dernière côte sont fragiles là où ils ne sont protégés que par du muscle. Masser en appuyant sur le carré des lombes contre les os tout contre permet de traiter efficacement le muscle en évitant les reins.

Si des *trigger points* dans le carré des lombes vous font mal, mais que vous ne pouvez pas vous arrêter pour un massage, pincez juste la peau au-dessus du carré des lombes suffisamment fort pour ressentir une légère douleur. Cela distrait le système nerveux et calme les signaux douloureux suffisamment longtemps. Vous serez ainsi capable de marcher et de vous rendre où vous voulez.

## Grands glutéaux

On pense généralement que le *grand glutéal* (anciennement appelé grand fessier) n'est qu'un muscle qui sert à s'asseoir dessus. En fait, sans les grands glutéaux, on tomberait tête la première. On ne pourrait ni marcher ni courir ni sauter ni même se lever. Des neuf muscles du fessier, le grand glutéal est le plus volumineux. Des *trigger points* dans le grand glutéal provoquent une douleur au bas du dos, au coccyx, à l'articulation sacro-iliaque et aux fesses.

Le rôle du grand glutéal est de permettre l'extension de la hanche, le mouvement qui permet de tendre la jambe qui est derrière lorsqu'on monte une marche. Sauter, courir et marcher rapidement nécessite la puissance de ces muscles. Ce n'est que lors d'une marche lente qu'ils sont peu actifs. Les grands glutéaux se contractent fortement quand vous vous penchez avec les genoux pliés, quand vous vous accroupissez ou faites des flexions de genoux. Ils aident également à se lever lorsqu'on est assis.

## Symptômes

Les *trigger points* dans le grand glutéal n'envoient pas leur douleur bien loin. En fonction de l'emplacement du *trigger point*, la douleur sera perçue au bas du dos, à l'extérieur de la hanche, au coccyx, au pli interfessier ou dans l'articulation sacro-iliaque à la base du rachis (figures 8.14, 8.15 et 8.16). Par conséquent, vous changez sans cesse de position quand vous êtes assis, à cause d'une douleur généralisée persistante et d'une sensation de brûlure aux fesses. Il est possible que vos hanches soient raides, que vous ayez du mal à vous lever d'une chaise et que vous boitiez. Une douleur survient parfois lorsque vous vous levez d'une position basse, comme aux toilettes ou en voiture. Si vous ne parvenez plus à vous pencher pour toucher vos orteils, ce problème provient peut-être en partie d'un raccourcissement des grands glutéaux. Une douleur au coccyx quand on est assis peut très bien être la douleur référée du *trigger point* numéro 3.

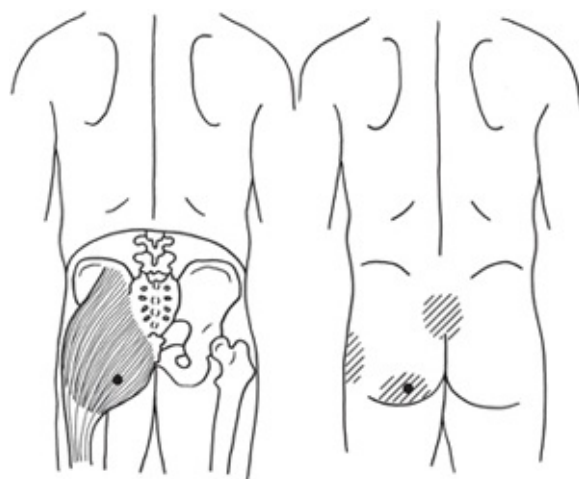


Figure 8.14 *Trigger point* numéro 1 du grand glutéal et schéma de douleur référée

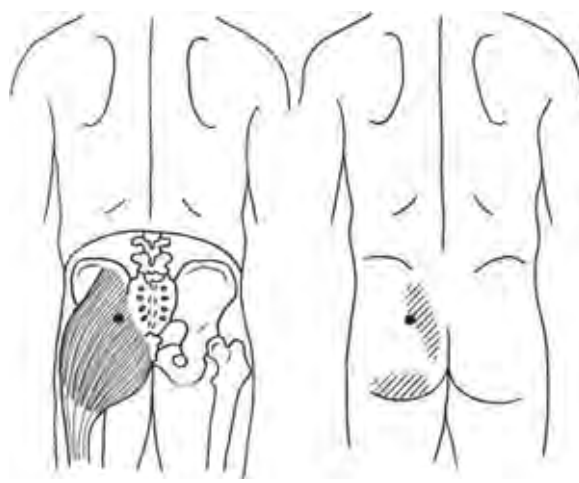


Figure 8.15 *Trigger point* numéro 2 du grand glutéal et schéma de douleur référée

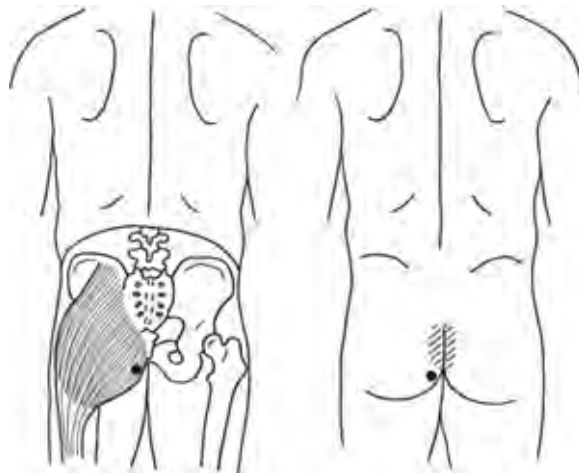


Figure 8.16 *Trigger point* numéro 3 du grand glutéal et schéma de douleur référée

En cas de douleur résultant de *trigger points* dans le grand glutéal, on incrimine souvent une bursite de la hanche (bursite trochantérique), la compression d'un disque vertébral, une arthropathie, une coccygodynie, une sciatique ou une luxation de l'articulation sacro-iliaque. Une douleur au coccyx est parfois confondue avec une atteinte ou une affection alors qu'il ne s'agit que d'une douleur référée provenant d'un *trigger point* tout proche. Des *trigger points* dans le grand glutéal risquent de bouleverser la vie au quotidien, voire d'en faire un enfer. Le cas de Cédric en est un exemple saisissant.

Âgé de 42 ans, Cédric sillonne les routes avec son camion. Il n'est pas tant préoccupé par sa douleur chronique au bas du dos que par celle, qui ne le lâche pas, dans la région des hanches et des glutéaux avec, en outre, une sensation de brûlure. Quand il est assis, il lui est impossible de trouver une position confortable. Les longues heures passées à rouler sont devenues intolérables. «J'ai l'impression que je devrais chercher un autre travail. Pourtant, j'aimerais ce que je fais s'il n'y avait pas ce problème».

La source des douleurs de Cédric provient de ses grands glutéaux sérieusement malmenés par sa position assise, jour après jour, derrière son volant. Pour un homme qui voyage sans cesse, le traitement pratique repose entre autres sur l'automassage de ses *trigger points* avec une balle de tennis dans la couchette à l'arrière de sa cabine. Il a également trouvé utile de s'arrêter plus souvent pour marcher un peu.

## Causes



Lorsqu'on est en mauvaise condition physique, marcher en montagne ou faire des exercices de gymnastique auxquels on n'est pas habitué risque d'entraîner la survenue de *trigger points* dans les grands glutéaux. Ils peuvent également résulter du traumatisme des tissus mous après une chute voire une forte contraction musculaire soudaine si l'on se rattrape à quelque chose pour ne pas tomber. Les nageurs qui battent beaucoup des jambes épuisent ces muscles.

Être assis sur une surface dure ou pendant une durée trop longue active des *trigger points* dans les grands glutéaux. Les chaises de bureau leur sont particulièrement néfastes, car il n'y a souvent qu'une couche de mousse de caoutchouc compressible sur un siège en contre-plaqué dur ou en plastique moulé. Les employés de bureau qui restent assis toute la journée sont sujets à une douleur chronique au dos due à des *trigger points* dans les glutéaux.

D'autres facteurs cachés peuvent s'avérer problématiques. Des *trigger points* causent parfois suffisamment de tension dans les grands glutéaux pour perturber l'articulation sacro-iliaque et accroître la douleur au bas du dos. Une raideur dans des muscles abdominaux ou spinaux atteints de *trigger points* ou dans des muscles noués fragilise un peu plus les muscles glutéaux.

Afin de prévenir un problème avec les grands glutéaux, examinez votre mode de vie. Efforcez-vous d'être le plus possible debout et actif. Le manque d'exercice qui résulte d'une trop grande sédentarité favorise l'apparition de *trigger points* passifs qui raccourcissent et raidissent le muscle. La position assise limite en outre l'afflux de sang au grand glutéal. Placez un minuteur près de vous pour vous obliger à marcher dans la pièce toutes les 15 à 20 minutes. En effet, il suffit parfois de se lever et de faire quelques pas pour tenir à distance les *trigger points*. Recherchez des *trigger points* passifs avant de débiter un programme d'exercices impliquant le grand glutéal, comme monter un escalier, faire du squat, de la musculation ou courir. Si vous avez eu dans le passé un problème avec ce muscle, prenez le temps de le masser avant et après toute activité qui le sollicite.

## Traitement

Il n'est pas difficile de savoir où se trouve le grand glutéal. Il recouvre tous les autres muscles des fesses, hormis les parties du moyen glutéal et du petit glutéal près de la hanche. Une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm contre un mur constitue la meilleure manière de masser le grand glutéal ([figure 8.17](#)). Les deux *trigger points* du bas se trouvent de part et d'autre de l'ischion (la tubérosité sur laquelle on est assis). Afin de les masser, il faut se pencher en avant, les mains posées sur les genoux pour s'aider. Si vous vous sentez un peu stupide, c'est le signe que vous ne devriez pas tarder à trouver le *trigger point* numéro 3, entre le coccyx et l'ischion. Lorsque vous massez ce point, vous devriez avoir l'impression d'être sur le point de pondre un œuf! Essayez également de vous asseoir sur la balle. Pour une pression maximale, il vaut peut-être mieux être allongé sur un lit ou assis sur le sol. Quand vous êtes allongé sur la balle, amenez le genou vers le haut pour que le mouvement soit plus ample. Une Thera Cane permet d'effectuer un massage rapide, mais il peut être difficile d'obtenir suffisamment de pression pour travailler en profondeur ([figure 8.18](#)). Deux minutes de massage plusieurs fois par jour élimineront les *trigger points* du grand glutéal en quelques jours avec, à la clé, une amélioration le plus souvent immédiate.



Figure 8.17 Massage des muscles glutéaux avec une balle contre un mur



Figure 8.18 Massage des muscles glutéaux avec une Thera Cane

### Moyens glutéaux

Le *moyen glutéal* se trouve en tête de la liste des nombreux muscles qui causent une douleur au bas du dos. Celle-ci pourrait disparaître rapidement si l'on faisait attention aux moyens glutéaux. L'exemple qui suit montre à quel point il est facile de venir à bout d'une douleur au dos dès qu'on possède l'information appropriée.

Âgé de 39 ans, David est complètement handicapé par une douleur intense au bas du dos depuis qu'il a déplacé tout seul un lourd canapé. «Il était sur le trottoir. J'avais peur que quelqu'un d'autre ne s'en empare si je prenais le temps d'aller chercher de l'aide». À présent, il n'arrive plus à dormir à cause de la douleur et ça fait deux jours qu'il n'a pas souri. La courbure a disparu de la partie lombaire de son rachis, son bassin s'est bloqué en bascule postérieure et il peut à peine marcher. Il est sûr d'avoir provoqué quelque chose de grave à sa colonne. Aux urgences, on lui a donné des relaxants musculaires et un anti-douleur. Il a vu deux fois un chiropracteur, mais ça va toujours aussi mal.

Trois jours après un automassage en profondeur des muscles de ses fesses et du bas du dos, David marche bien droit et sa douleur a quasiment disparu. Ses hanches ont retrouvé leur mobilité, la courbure de son dos est redevenue normale et il dort comme avant. «Si mon dos me fait mal la nuit, il suffit que je prenne la balle de tennis et que je me masse sous les couvertures», dit-il. «Pourquoi le médecin ne m'en a-t-il pas parlé?»

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans les moyens glutéaux est perçue au bas du dos juste au-dessus et au-dessous du niveau de la ceinture, et irradie souvent jusqu'aux fesses et aux hanches (figures 8.19, 8.20 et 8.21). Ce type de douleur au dos peut être atroce et invalidant, et miner sérieusement l'endurance. Lorsqu'on a mal aux hanches, il est difficile de trouver une position confortable pour dormir. Des *trigger points* dans le moyen glutéal sont une cause fréquente de douleur à la hanche et au bas du dos durant les derniers mois d'une grossesse. Pour une personne qui souffre aux hanches et au bas du dos, il est pratiquement impossible de marcher (Travell et Simons, 1992; Sola, 1985).

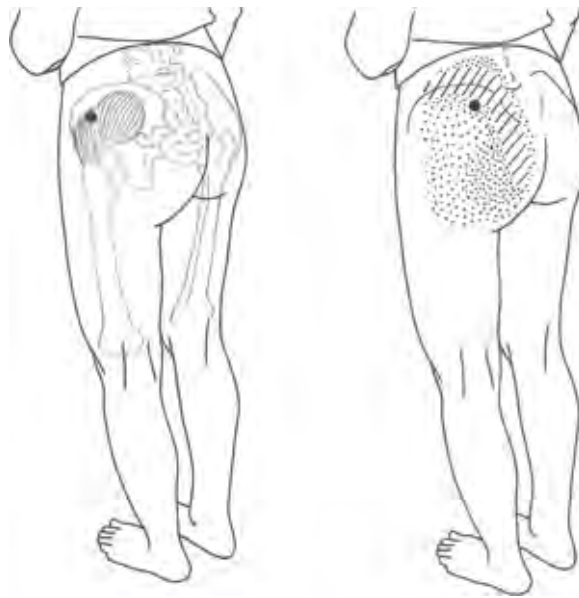


Figure 8.19 *Trigger point* numéro 1 du moyen glutéal et schéma de douleur référée



Figure 8.20 *Trigger point* numéro 2 du moyen glutéal et schéma de douleur référée

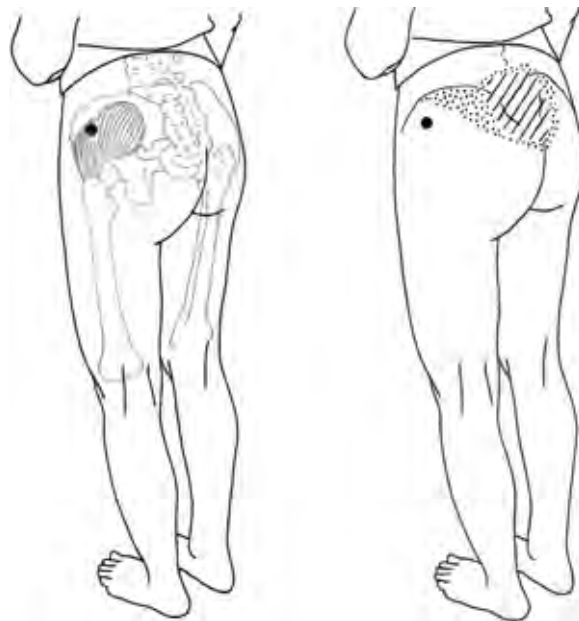


Figure 8.21 *Trigger point* numéro 3 du moyen glutéal et schéma de douleur référée

L’atteinte des moyens glutéaux risque de faire basculer le bassin vers le bas et l’arrière, ce qui raidit et aplatit les lombaires du dos, aggravant le handicap. Un raccourcissement chronique des moyens glutéaux dû à des *trigger points* passifs peut entraîner cette rétroversion du bassin quand vous vous tenez debout et marchez.

On explique classiquement qu’une douleur au bas du dos résulte d’un problème dans la colonne lombaire, comme une arthropathie, une hernie discale, un déplacement de vertèbres, le pincement d’un nerf ou un trouble fonctionnel de l’articulation sacro-iliaque. La preuve sur une radiographie ou une IRM de ces anomalies du rachis est souvent invoquée pour justifier une intervention chirurgicale au bas du dos même en l’absence, fréquente, de douleur à cet endroit. Une douleur causée par des *trigger points* myofasciaux qui persiste après une intervention est très troublante et perturbante pour le médecin comme pour le patient. Il est désagréable de penser que des *trigger points* étaient peut-être la seule chose à corriger d’emblée même si, bien évidemment, la chirurgie s’impose parfois. Essayez plutôt un traitement moins invasif, comme l’automassage des *trigger points*, avant d’envisager de vous faire opérer.

## Causes

Si la taille du moyen glutéal est à peine supérieure à la moitié de celle du grand glutéal, ce muscle est néanmoins très épais et puissant, sa fonction essentielle étant de permettre de marcher en position verticale. À chaque fois qu'on fait un pas, le moyen glutéal de la hanche opposée se contracte pour empêcher le bassin de pencher lorsqu'on lève un pied. Pendant la marche, les moyens glutéaux supportent l'un après l'autre tout le poids de la partie supérieure du corps. En raison de l'effet de levier au niveau de la hanche, les moyens glutéaux doivent tour à tour générer une force égale à plus du double du poids du corps.

Tout effort supplémentaire ou déséquilibre repose sur ce même principe. Par exemple, chaque kilo de plus au poids du corps ajoute une charge de travail de deux kilos aux moyens glutéaux. Vous avez peut-être remarqué que les personnes en surpoids marchent souvent d'un pas lourd ou se dandinent, leur corps se balançant d'un côté puis de l'autre. Par cet effort naturel, le corps se protège ainsi en déplaçant entièrement le poids au-dessus de la jambe à chaque pas, au lieu que ce soit les moyens glutéaux qui fassent office de levier. Se dandiner n'est peut-être pas très gracieux, mais n'a rien de critiquable. C'est même plutôt une bonne mécanique du corps en de telles circonstances. Chez une femme enceinte, une douleur au bas du dos peut résulter de *trigger points* dans les muscles glutéaux causés par une tension due au «surpoids» temporaire.

Les moyens glutéaux risquent d'être malmenés si l'on porte une lourde charge en marchant. Soulever un objet ne fragilisera pas les moyens glutéaux tant que le poids du corps est harmonieusement repartie entre les deux pieds.

Des *trigger points* dans le carré des lombes peuvent favoriser la survenue de *trigger points* dans le moyen glutéal, et réciproquement. C'est pourquoi chacun de ces muscles se trouve dans la zone de projection d'une douleur de l'autre muscle. Si vous avez mal au bas du dos, vous avez donc tout intérêt à chercher des points sensibles dans ces deux muscles. En ce qui concerne une douleur et un trouble fonctionnel de la hanche, le tenseur du fascia-lata est un autre muscle souvent associé au moyen glutéal.

Les autres causes potentielles de surmenage de ces muscles sont l'haltérophilie, le jogging, une chute, l'aérobic, le fait d'être assis avec son portefeuille dans une poche arrière et l'habitude de reporter le poids du corps sur un côté, comme lorsqu'on porte un enfant toujours sur la même hanche. Rester immobile, debout ou assis, durant de longues périodes, fragilise le moyen glutéal vulnérable en favorisant une raidissement. Une jambe plus courte que l'autre entraîne parfois des *trigger points* dans le moyen glutéal. Une affection appelée pied de Morton, très douloureuse à la marche, provoque souvent un positionnement instable du pied, ce qui peut aboutir à la survenue de *trigger points* dans les moyens glutéaux. Le pied de Morton sera vu en détail au [chapitre 10](#) (page 276).

Afin de préserver les moyens glutéaux, ne restez pas en appui sur une jambe quand vous enfiler un pantalon. Il est facile de froisser un muscle si on se prend un pied dans la jambe d'un pantalon et se retrouve déséquilibré sans l'avoir vu venir. Asseyez-vous plutôt pour passer un pantalon dans les deux jambes avant de vous lever pour finir de le mettre. Cela peut sembler un peu ridicule au début, mais c'est une habitude à prendre qui deviendra de plus en plus précieuse au fil des ans.

Vous pouvez préférer des infiltrations à la hanche plutôt qu'au coude ou à l'épaule, mais il faut savoir qu'une infiltration dans n'importe quel endroit risque d'entraîner l'apparition de *trigger points* et, par conséquent, une douleur. Lorsque cela survient, il est utile de savoir reconnaître un problème myofascial et de pouvoir le traiter.

Rester longtemps assis les jambes croisées est néfaste à ces muscles, surtout si c'est toujours la même jambe qui est au-dessus. Quand vous faites de l'exercice pour vous muscler, n'oubliez pas qu'une pratique modérée et fréquente est bien plus sûre et efficace qu'une séance endiablée de temps à autre.

## Traitement

Le moyen glutéal se trouve sous le grand glutéal, attaché le long du bord de l'ilion, le segment supérieur de l'os iliaque de la hanche ou pelvis. L'autre extrémité est fixée sur la face externe du grand trochanter, l'apophyse à l'extrémité supérieure du fémur. De nombreux muscles sont insérés sur le grand trochanter, dont l'effet de levier important permet de mobiliser la cuisse. Ce repère osseux fait saillie sur le côté de la hanche et l'on peut le localiser au toucher. La relation entre l'os de la hanche et le grand trochanter est montré [figure 8.22](#). Tournez le pied vers l'intérieur et l'extérieur, comme pour danser le twist, afin de sentir bouger le grand trochanter sous le bout des doigts.



Figure 8.22 Perception du grand trochanter (A) et du haut de l'os de la hanche (B)



Figure 8.23 Localisation du moyen glutéal par une contraction isolée avec le poids du corps sur le pied droit

Pour localiser le moyen glutéal, reportez le poids du corps sur un pied. Vous percevrez alors une contraction juste sous le haut de l’os iliaque de la hanche (figure 8.23). Vous constaterez qu’il est peut-être un peu plus haut à l’arrière que vous ne le pensiez, parfois à 5-8 cm au-dessus du niveau de la ceinture. Vous pouvez également sentir se contracter le moyen glutéal juste au-dessus du grand trochanter, un peu plus vers l’arrière. Il n’est pas rare que tous les muscles des deux fesses renferment en même temps des *trigger points*.

Massez le moyen glutéal avec les mêmes instruments que pour le grand glutéal, à savoir une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm (figure 8.24) Tenez-vous droit, le côté du corps à traiter contre le mur. Trouvez l’os iliaque de la hanche qui fait saillie au niveau de la poche avant d’un pantalon. Ce repère est l’épine iliaque antéro-supérieure. Le *trigger point* numéro 3 du moyen glutéal se trouve à 5 cm environ derrière cette épine osseuse ou, approximativement, du côté de la couture latérale d’un pantalon ou d’une jupe. Placez la balle à cet endroit et massez de haut en bas ou d’un côté à l’autre. Pendant le massage, pliez le genou du côté traité et laissez le poids du corps en appui sur la jambe opposée.





Figure 8.24 Massage du *trigger point* numéro 2 du moyen glutéal avec une balle contre un mur

Afin de trouver le *trigger point* suivant, tournez l'avant du corps pour que le bassin fasse un angle de 45 degrés avec le mur. Ce *trigger point* numéro 2 n'est ni sur le côté ni à l'arrière du corps, mais entre les deux, dans la courbe de la hanche. Après avoir effectué sur ce point quelques mouvements de va-et-vient, passez au *trigger point* numéro 1, près du sacrum. L'avant du corps doit s'éloigner légèrement du mur pour faire un angle de 10 degrés environ. Si vous êtes plaqué au mur, c'est que vous êtes sur le sacrum. Tous les trois *trigger points* du moyen glutéal se suivent sur une même ligne dans la partie supérieure de la fesse.

Une Thera Cane ou un Backnobber est également un bon instrument pour masser le moyen glutéal, surtout allongé sur le côté, ce qui permet de relâcher le muscle. Afin de masser le plus profondément possible les muscles glutéaux, il n'y a rien de tel que le coude de quelqu'un d'autre. Vous devrez alors vous allonger sur le côté, la personne qui s'occupera de vous avec son coude étant assise à côté. Si vous laissez un ami ou un proche vous masser, assurez-vous qu'il ou elle comprend bien les concepts exposés dans ce livre ou, sinon, qu'il ou elle ne demande qu'à apprendre.

### *Petits glutéaux*

Le muscle *petit glutéal* se fixe en avant du moyen fessier, sur la moitié inférieure de la fosse iliaque externe (l'aile de l'os de la hanche) et sur le haut du grand trochanter. Son rôle est de soutenir, tout comme le moyen glutéal, le bassin pendant la marche, bougeant latéralement la jambe vers l'extérieur et la tournant vers l'intérieur. Le petit glutéal est, comme son nom l'indique, le plus petit des muscles glutéaux. Il se trouve sous le grand glutéal et le moyen glutéal qui, à eux deux, sont six

fois plus gros. Vu sa taille, vous pensez peut-être que le petit glutéal n'a pas grande importance mais, en fait, il peut entraîner une grande gêne dans une partie étonnamment vaste du corps.

## Symptômes

Des *trigger points* dans le petit glutéal entraînent une profonde douleur dans le fessier, au dos ou sur le côté de la cuisse et dans la jambe, parfois jusqu'à la cheville ([figures 8.25 et 8.26](#)). Trouver la source du problème est compliqué si la douleur résulte de *trigger points* associés dans le carré des lombes, le moyen glutéal, le pyramidal, le tenseur du fascia-lata, le vaste externe, le long péronier latéral et les ischio-jambiers (demi-membraneux, biceps fémoral et demi-tendineux). Une douleur due à des *trigger points* dans le petit glutéal est parfois atroce et incessante. N'importe quelle zone de projection de la douleur peut être engourdie. Outre la douleur à la jambe, il y a souvent une grande sensibilité diffuse dans les fesses (Travell et Simons, 1992; Zohn, 1988).

Marcher est douloureux, tout comme se lever d'une chaise. Vous pouvez boiter pour soulager le côté atteint ou avoir du mal à croiser les jambes. Au lit, rouler du «mauvais côté» peut vous réveiller la nuit.

Une douleur et d'autres symptômes dans les fesses et l'arrière des jambes se voient souvent affublés du qualificatif de «sciatique», indépendamment de la cause. Une sciatique serait appropriée pour décrire cette douleur, mais ne correspond pas au bon diagnostic. En effet, une véritable *sciatique* résulte d'une compression du nerf sciatique ou de ses racines nerveuses dans le rachis. Des *trigger points* dans le petit glutéal provoquent généralement une profonde douleur lancinante et non une sensation de décharge électrique suscitée par un nerf pincé ou comprimé. Les symptômes d'une sciatique peuvent également être confondus avec une hernie discale, une arthropathie du rachis, une bursite de la hanche ou un trouble fonctionnel de l'articulation sacro-iliaque. Si un médecin, clinicien ou non, n'envisage pas le petit glutéal comme une source possible de la douleur, l'échec du traitement est très probable.

## Causes

Être assis sur un portefeuille est une cause bien connue de *trigger points* dans le petit glutéal, aboutissant à la «sciatique de la poche arrière», car la pression exercée par le portefeuille entrave la circulation sanguine. Or, on sait que des *trigger points* apparaissent dans les muscles où l'afflux de sang est limité.

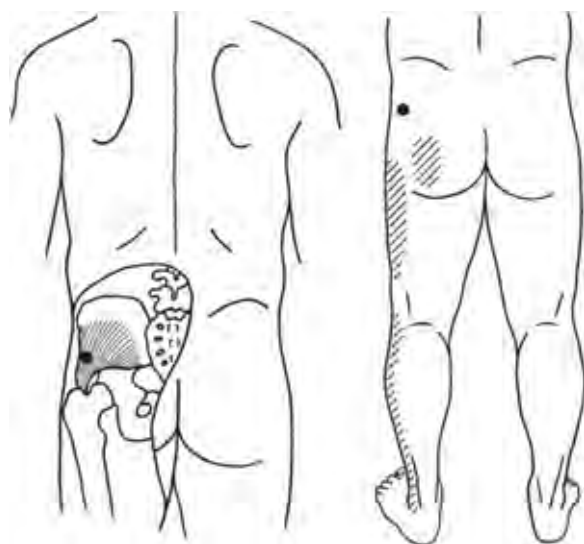


Figure 8.25 *Trigger point* numéro 1 du petit glutéal et schéma de douleur référée

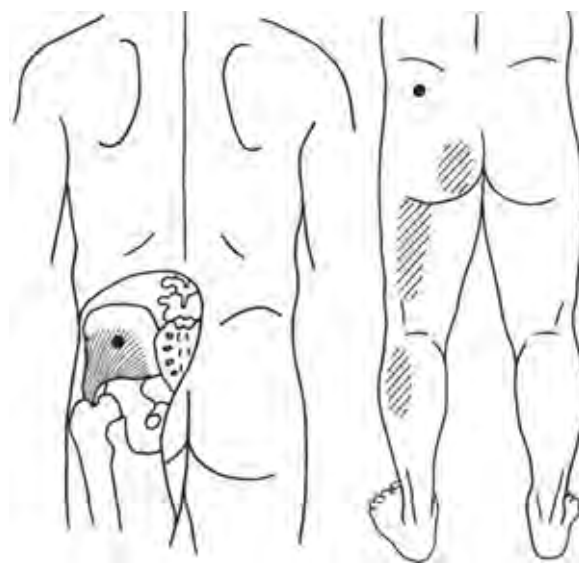


Figure 8.26 *Trigger point* numéro 2 du petit glutéal et schéma de douleur référée

Lors d’une crise de douleur aiguë, le plus important est de retrouver son calme et de se détendre. Une tension psychique entraîne une tension musculaire qui accroît la douleur. Et, ne l’oubliez pas, ce n’est que provisoire.

Une chute, une activité sportive, une position assise ou debout prolongée et le fait de trop courir ou marcher sont des exemples de causes de la survenue de *trigger points* dans les petits glutéaux. Une contraction excessive soudaine du muscle, une chute entraînant un traumatisme des tissus mous, une surcharge chronique due à un surpoids ou au port d’objets lourds et des infiltrations peuvent tous déclencher l’apparition de *trigger points* dans ce muscle. La compression d’un nerf au niveau du rachis entraînera parfois des *trigger points* satellites impossibles à éliminer tant que le pincement de la racine nerveuse n’est pas complètement traité. Une douleur suite au pincement d’un nerf est généralement plus sévère et provoque une sensation nerveuse soudaine, comme si la jambe était électrocutée. La douleur qui résulte du *trigger point* est souvent plus profonde et constante. Boiter pour soulager un genou fragilisé ou un pied endolori entraîne une tension excessive sur ce muscle. Reporter tout le poids du corps sur une seule jambe, comme lorsqu’on marche avec des béquilles, sollicite deux fois plus le petit glutéal de ce côté.

Un déplacement chronique de l’articulation sacro-iliaque peut résulter d’un problème dans le petit glutéal, les muscles spinaux superficiels, le carré des lombes, le moyen glutéal, le grand glutéal, le pyramidal et les adducteurs de la cuisse.

### Traitement

Amenez le poids du corps sur un côté puis l’autre afin de sentir se contracter le petit glutéal juste au-dessus du grand trochanter, un peu derrière (figure 8.27). En tournant le pied à l’intérieur et à l’extérieur, comme pour danser le twist, vous percevrez sous vos doigts, sur le côté de la hanche, la rotation du grand trochanter. Utilisez une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm contre un mur pour masser le petit glutéal (figure 8.28). Debout, posez le côté du corps à masser contre le mur et placez la balle juste au-dessus du grand trochanter. Recherchez des *trigger points* sensibles en faisant rouler la balle d’un côté à l’autre et de haut en bas. Laissez reposer le poids du corps sur la jambe extérieure en pliant légèrement le genou du côté traité. Cela permet au muscle de se relâcher et, ainsi, de pouvoir masser plus profondément. Faites ensuite rouler la balle sur tout le côté arrière de la

hanche et sur la fesse. Recherchez des *trigger points*, puis explorez toute la région en déplaçant la balle vers le haut de 2-3 cm avec la main ou en pliant les genoux. N'oubliez pas de masser le côté de la hanche 2-3 cm plus haut que là où vous avez débuté, au niveau du grand trochanter. Le petit glutéal est enfoui sous le moyen glutéal qui le recouvre entièrement et juste au-dessus du pyramidal, cette bande musculaire presque horizontale juste derrière le grand trochanter. Allongez-vous sur le côté si vous utilisez une Thera Cane ou un Backnobber. Certaines personnes se servent également d'une balle, allongé sur le sol ou un lit. Cette technique permet d'exercer une pression idéale, parfois un peu trop forte, mais il peut être difficile de faire rouler la balle sur toute la partie à masser.

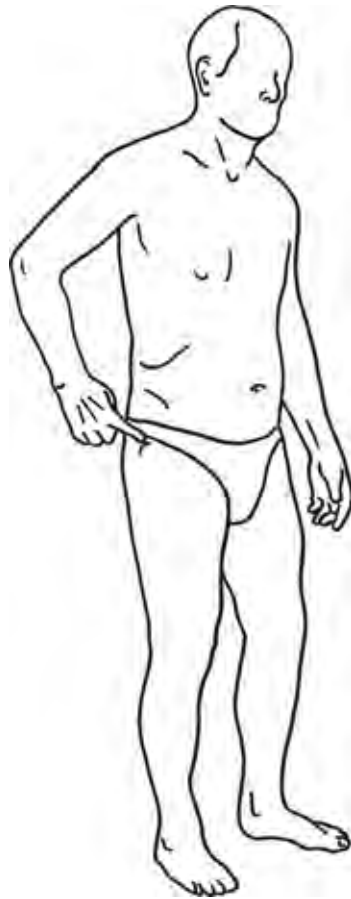


Figure 8.27 Localisation du petit glutéal par une contraction isolée avec le poids du corps sur le pied droit



Figure 8.28 Massage du *trigger point* numéro 1 du petit glutéal avec une balle contre un mur

Des *trigger points* satellites se développent parfois dans le moyen glutéal, le carré des lombes, le pyramidal, le tenseur du fascia-lata, le vaste externe, les ischio-jambiers et le long péronier latéral. Si vous voulez prendre soin de vos petits glutéaux, évitez de trop pratiquer une activité impliquant de déplacer le poids du corps d'un côté à l'autre ou de prendre appui toujours sur le même côté. Si des *trigger points* sont présents, même le jogging et la marche peuvent s'avérer néfastes aux moyens glutéaux et aux petits glutéaux.

### Pyramidaux

Le *pyramidal* est le plus important des six petits muscles rotateurs de la hanche qui se trouvent entre le sacrum et le grand trochanter au milieu des fesses. Le pyramidal se fixe sur le bord inférieur de la face antérieure du sacrum et se termine en haut du grand trochanter. Grâce à l'effet de levier de ces points d'insertion, le pyramidal permet à la jambe de tourner vers l'extérieur et, lorsque celle-ci est immobile, il fait tourner le corps dans la direction opposée, comme au golf lors d'un swing. Un excès de ces mouvements de rotation tend à entraîner la survenue de *trigger points* dans le pyramidal. Ce muscle peut être à l'origine d'une quantité incroyable de problèmes, tant à cause de la compression d'un nerf ou d'un vaisseau sanguin que de la zone de projection de la douleur myofasciale. Lorsque le pyramidal est impliqué, vous aurez de la chance si, comme Stéphane, vous le découvrez.

*Âgé de 45 ans, Stéphane est représentant pour une compagnie pharmaceutique. Il voyage beaucoup et souffre depuis des années d'une douleur sourde et profonde à la hanche droite. Sa gêne est rarement à proprement parler une véritable douleur, mais elle est omniprésente et mine*

son quotidien. Parfois, il souffre également de douleur, d'engourdissement et de picotements au pied et à l'arrière de la jambe. «Il est évident que c'est à cause de mes trajets trop fréquents en voiture, mais je n'ai pas le choix si je veux gagner ma vie. J'aime jouer au handball qui, pourrait-on penser, aide à détendre ma hanche, mais en fait c'est pire. J'ai été chez un kinésithérapeute et fait beaucoup d'étirements, mais ça n'a rien changé.»

On a trouvé des trigger points dans le pyramidal droit de Stéphane qui expliquent sa douleur à la hanche. Un mouvement trop vif et brusque alors qu'il rattrapait le ballon lors d'une partie de handball est probablement à l'origine de son problème. Passer des heures assis derrière le volant de sa voiture n'est donc pas la cause, mais cette inactivité a favorisé le raidissement du muscle. L'automassage du pyramidal atteint a supprimé la douleur à la hanche de Stéphane et celle, occasionnelle, à la jambe et au pied. Désormais, lorsqu'il conduit, il s'arrange pour que le muscle reste souple en bougeant sa jambe dans différentes positions. Et quand il joue au handball, il s'efforce d'être plus conscient des forces et des tensions dans son corps.

## Symptômes

Une douleur et d'autres symptômes aux fesses sont généralement la résultante d'un problème dans plusieurs muscles dont, souvent, le pyramidal. Les muscles pyramidaux entraînent beaucoup de soucis, particulièrement chez les femmes. En effet, des *trigger points* dans les pyramidaux sont six fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Heureusement, dès qu'on a compris la cause d'une douleur myofasciale et ses effets, il n'est pas difficile de trouver la solution (Travell et Simons, 1992; Pace et Nagle, 1976).

Une douleur référée résultant du pyramidal est perçue dans le sacrum (la base de la colonne vertébrale), la fesse et la hanche ([figures 8.29](#) et [8.30](#)). Chacun des deux *trigger points* possibles peut irradier dans toute la région du fessier et, parfois, jusqu'à la partie supérieure des ischio-jambiers (non montré). Des *trigger points* présents dans les autres muscles rotateurs courts de la hanche, situés juste sous le pyramidal ([figure 8.31](#)), ont probablement des schémas de douleur référée similaires (Travell et Simons, 1992; Retzlaff et al., 1974).

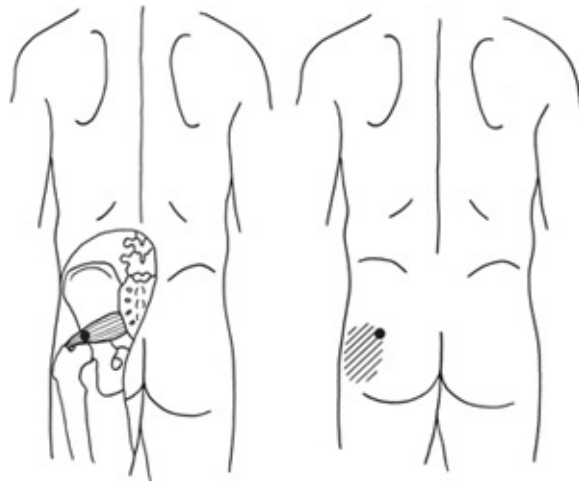


Figure 8.29 *Trigger point* numéro 1 du pyramidal et schéma de douleur référée

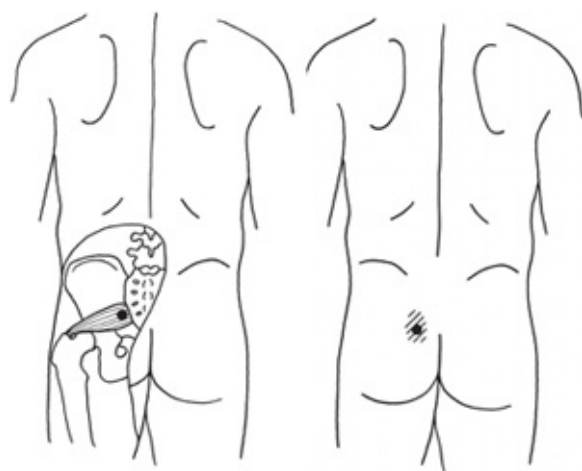


Figure 8.30 *Trigger point* numéro 2 du pyramidal et schéma de douleur référée

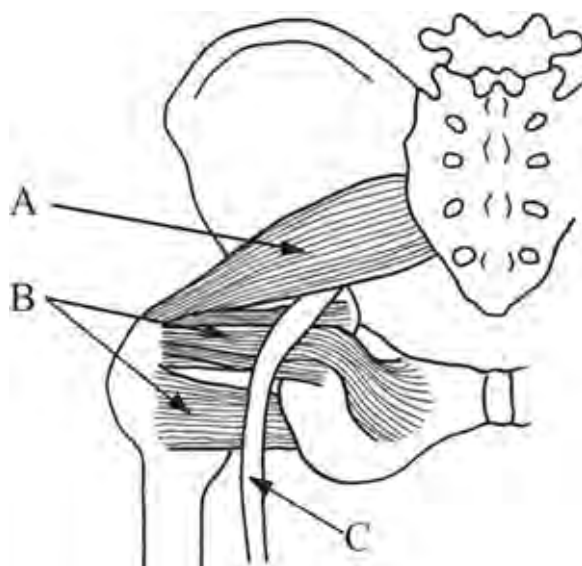


Figure 8.31 (A) pyramidal, (B) autres rotateurs courts de la hanche, (C) nerf sciatique (vue postérieure)

Une tension dans le pyramidal entraîne parfois une torsion de l'articulation sacro-iliaque, ce qui accroît la douleur. La bascule du sacrum qui en résulte peut donner l'impression d'avoir une jambe plus courte que l'autre. On a du mal à croiser les jambes ou à tourner le pied vers l'intérieur quand le pyramidal est raccourci à cause de *trigger points*. Étendre les jambes peut également être très douloureux. On boite même parfois à cause de la douleur. Lorsque les *trigger points* sont très impliqués, il arrive qu'on ne soit même plus capable de marcher. Vous aurez du mal à trouver une position confortable quand vous êtes assis et aurez tendance à vous tortiller sans cesse. La position assise aggrave des muscles pyramidaux atteints, mais celle allongée n'apporte pas un grand soulagement.

Un pyramidal raccourci entraîne également un gonflement, une augmentation de son diamètre et, par conséquent, une compression du nerf sciatique, ce qui aboutit à des symptômes entièrement différents. La douleur due à un nerf sciatique pincé est plus sévère que celle résultant de *trigger points*. Elle est perçue à l'arrière de la cuisse, au mollet et à la plante du pied. Parfois, il existe d'autres sensations anormales dans n'importe laquelle de ces zones, comme un engourdissement, des picotements, une sensation de brûlure ou une hypersensibilité. La douleur référée due à des *trigger points* peut coexister avec la compression du nerf sciatique, provoquant de nombreux symptômes. La relation entre le nerf sciatique et le pyramidal est montrée [figure 8.31](#) (Travell et Simons, 1992; Hallin, 1983).



Durant des décennies, le corps médical a appelé «syndrome du pyramidal» cet ensemble de symptômes touchant le nerf sciatique alors que la cause de l'élargissement du pyramidal n'est qu'une pure spéculation. Auparavant, il était courant de couper ce muscle en deux pour apporter un soulagement. Cette intervention est toujours pratiquée par des chirurgiens qui ignorent tout des effets des *trigger points* myofasciaux (Travell et Simons, 1992; Shordania, 1936).

Un muscle pyramidal raccourci par des *trigger points* peut comprimer bien d'autres nerfs et des vaisseaux sanguins sortant du bassin, ce qui aboutit à toute sorte de problèmes, dont parfois une sensation de gonflement dans les fesses, la jambe, le mollet et le pied. Pire encore, un pyramidal noué risque de pincer le nerf pudendal qui innerve l'essentiel de la région du périnée, entraînant une impuissance chez les hommes et une douleur à l'aine, aux organes génitaux ou à la région rectale chez les deux sexes. Des muscles pyramidaux qui compriment les nerfs glutéaux et les vaisseaux sanguins seraient responsables d'une atrophie du muscle glutéal, touchant une fesse ou les deux (Travell et Simons, 1992; Rask, 1980).

La douleur et tous les autres symptômes causés par des *trigger points* dans le pyramidal aboutissent souvent au diagnostic, erroné, d'une inflammation du nerf sciatique, de hernie discale, de formation d'ostéophyte (bec de perroquet) d'origine arthrosique ou de compression d'une racine nerveuse rachidienne. Ces problèmes entraînent parfois le pincement du nerf sciatique, mais il suffirait de connaître les causes myofasciales du «syndrome du pyramidal» pour supprimer des interventions chirurgicales inutiles sur la colonne.

## Causes

Un changement rapide de direction dans des activités sportives comme le tennis, le handball, le football, le basket-ball et le volley-ball constitue un risque pour les muscles pyramidaux. Si vous êtes mal préparé à de tels sports, les muscles vulnérables comme les pyramidaux sont les premiers à souffrir. De même, un métier qui demande une torsion fréquente du corps tout en soulevant des charges a de fortes chances de les fragiliser.

D'un autre côté, l'inactivité, notamment si l'on est trop souvent assis, peut également promouvoir l'apparition de *trigger points* dans les pyramidaux. Chez les jeunes, un problème avec le pyramidal résulte d'un excès d'activité. Chez les plus âgés, c'est l'inverse. Un trouble fonctionnel de l'articulation sacro-iliaque est également connu pour créer des troubles dans ce muscle.

## Traitement

Afin de traiter le muscle pyramidal, vous devez savoir où se trouve la saillie osseuse du grand trochanter. En cas de doute, reportez-vous à nouveau à la [figure 8.22](#). Visualisez le trajet de ce muscle qui part juste au-dessus du grand trochanter pour arriver au bord du sacrum en montant légèrement. Pour localiser le pyramidal en le sentant gonfler lors d'une contraction isolée, vous devez empêcher le grand glutéal de se contracter en même temps. Il suffit pour cela de tourner la jambe vers l'extérieur en position allongée ([figure 8.32](#)). La douleur exquise d'un *trigger point* dans le pyramidal confirmera que vous êtes au bon endroit.



Figure 8.32 Amenez le plus possible le genou vers l'extérieur pour localiser le pyramidal par une contraction isolée

Il peut également exister des *trigger points* dans les autres muscles rotateurs de la hanche, juste sous le pyramidal. Cherchez-en dans la région entre le grand trochanter et l'*ischion* ou *tubérosité ischiatique* (l'os sur lequel on est assis). Un moyen tout simple pour localiser l'ischion consiste à s'asseoir sur une main. Vous le sentirez forcément.

Comme le montre la [figure 8.31](#), le nerf sciatique, après être sorti du bassin, passe sous le pyramidal puis derrière l'arrière de la cuisse. Une pression prolongée ou excessive sur le nerf sciatique risque de l'endommager. Avec l'automassage, un tel risque est infime parce que, grâce au rétrocontrôle (ou feedback), vous savez immédiatement si vous êtes trop vigoureux. En massant sous le pyramidal, il est possible d'appuyer par inadvertance sur le nerf sciatique, auquel cas vous sentirez dans la jambe une décharge électrique très désagréable. Il suffit alors de masser légèrement à côté mais, à moins que le nerf sciatique soit comprimé ou pincé ailleurs, vous ne vous rendrez probablement pas compte de son existence.

L'automassage du pyramidal se réalise avec une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm sur le sol ou contre un mur ([figure 8.33](#)). Les *trigger points* du pyramidal sont cachés par l'épais grand glutéal. Certaines personnes préfèrent utiliser une Thera Cane ou un Backnobber allongé sur un lit. Le coude d'un proche ou d'un ami peut également faire des miracles.

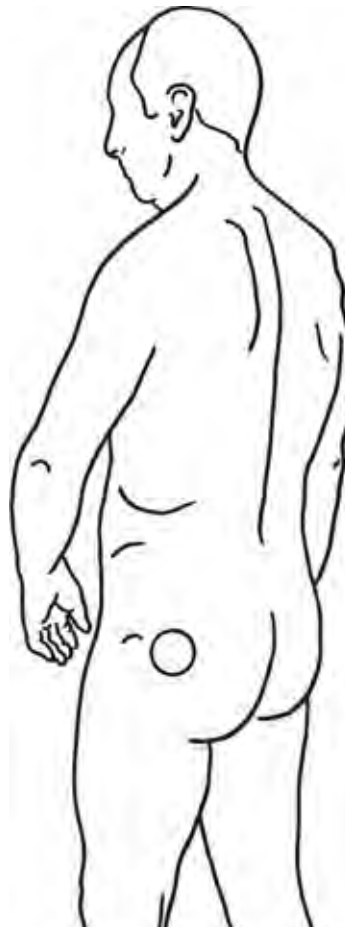


Figure 8.33 Massage du pyramidal avec une balle contre un mur

Étant donné qu'une partie du pyramidal se trouve à l'intérieur du bassin, un *trigger point* caché peut persister près des points d'insertion sur le sacrum après la désactivation de tous les autres. Dans ce cas, essayez d'allonger en douceur ce muscle ([figure 8.34](#)). Remarquez que le pied est placé contre la face externe de la cuisse opposée et que la main opposée tire sur le genou. N'essayez pas de faire cet étirement si vous n'êtes pas parvenu à atténuer la sensibilité des *trigger points* accessibles sous le niveau d'une douleur exquise. Et surtout, ne forcez pas, car un étirement agressif risque de réactiver les *trigger points* que vous venez de traiter.

En dernier recours, on peut masser l'intérieur du bassin à l'aide d'un doigt ganté dans le rectum ou le vagin pour traiter ce *trigger point* interne si l'on n'y est pas parvenu par l'étirement. Lisez au préalable la section sur les muscles intrapelviens au [chapitre 7](#) pour de plus amples informations (page 181). Un médecin ou un kinésithérapeute expérimenté peut également réaliser un massage intrapelvien (Travell et Simons, 1992; Thiele, 1937).

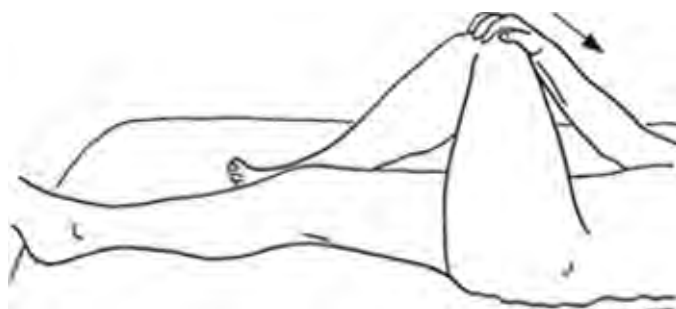


Figure 8.34 Étirement du pyramidal

Une articulation sacro-iliaque déplacée entraîne parfois la réapparition immédiate de *trigger points* dans le pyramidal. Il faut peut-être alors qu'un chiropracteur ou un ostéopathe remette en place cette articulation afin de venir à bout du problème. Néanmoins, il est fréquent qu'un bassin instable se règle tout seul grâce à la désactivation réussie des *trigger points* dans tous les muscles impliqués, à savoir la plupart des muscles de ce chapitre et du suivant (Travell et Simons, 1992; Lewit, 1985).

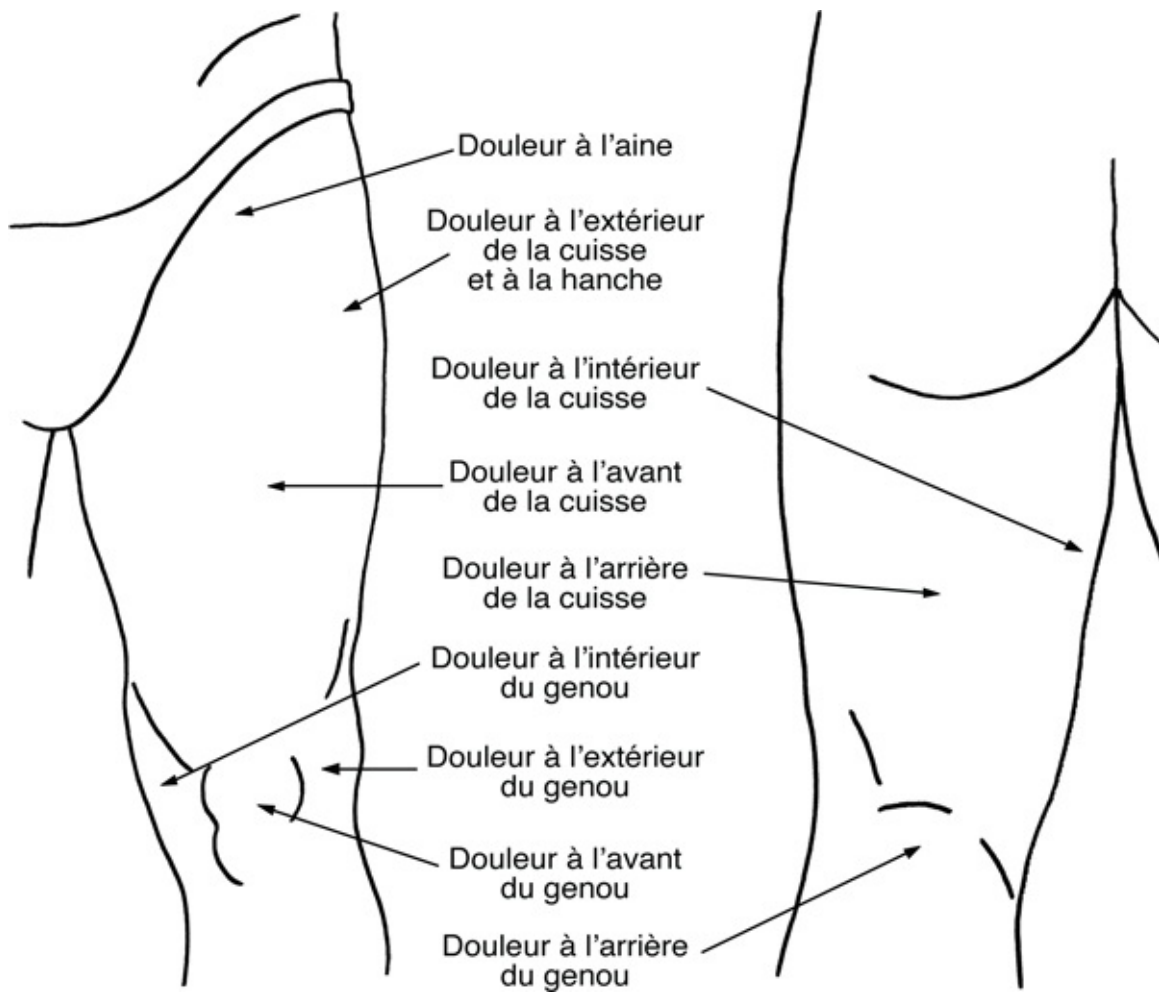
Un exercice physique modéré est bénéfique aux muscles pyramidaux lorsque ceux-ci ne sont pas handicapés par des *trigger points* myofasciaux. N'oubliez pas que des *trigger points* raccourcissent et affaiblissent un muscle, auquel cas un étirement ou une sollicitation excessive risquent d'aggraver rapidement ses problèmes. Débarrassez-vous de vos *trigger points* avant d'envisager sérieusement la moindre pratique.

Vous constaterez parfois que le traitement ne semble pas vous aider immédiatement. Le corps a besoin de temps pour modifier la biochimie d'un *trigger point*. Si vous avez confiance en cette méthode, massez les muscles qui, d'après vous, sont à l'origine du problème et allez vous coucher. La douleur sera moindre au matin.

Enfin, ne laissez personne vous dire que le repos résoudra le problème d'une douleur myofasciale, car il n'y a rien de tel que l'inactivité pour favoriser des *trigger points*.

## Chapitre 9

### Douleur à la hanche, à la cuisse et au genou



# Guide des douleurs

## Hanche, cuisse et genou

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Aine (voir aussi Douleur génitale)

**pectiné** (p. [233](#))

**moyen et petit adducteur** (p. [234](#))

**obliques abdominaux** (p. [172](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

droit antérieur (p. [225](#))

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

### Extérieur de la cuisse et hanche

**petit glutéal** (p. [207](#))

**vaste externe** (p. [229](#))

**pyramidal** (p. [182](#))

**carré des lombes** (p. [198](#))

**tenseur du fascia-lata** (p. [220](#))

**moyen et petit adducteur** (p. [234](#))

**crural** (p. [227](#))

**grand glutéal** (p. [201](#))

droit antérieur (p. [225](#))

### Intérieur de la cuisse

**pectiné** (p. [233](#))

**vaste interne** (p. [227](#))

**droit interne** (p. [238](#))

grand adducteur (p. [236](#))

couturier (p. [218](#))

### Avant de la cuisse

**moyen et petit adducteur** (p. [234](#))

**ilio-psoas** (p. [177](#))

**grand adducteur** (p. [236](#))

**crural** (p. [227](#))

pectiné (p. [233](#))

**couturier** (p. [218](#))

carré des lombes (p. [198](#))

**droit antérieur** (p. [225](#))

## Arrière de la cuisse

**petit glutéal** (p. [207](#))

**demi-tendineux** (p. [241](#))

**demi-membraneux** (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

pyramidal (p. [182](#))

périnéaux (obturateur interne) (p. [181](#))

## Intérieur du genou

**vaste interne** (p. [227](#))

droit interne (p. [238](#))

droit antérieur (p. [225](#))

**couturier** (p. [218](#))

moyen et petit adducteur (p. [234](#))

## Extérieur du genou

**vaste externe** (p. [229](#))

## Avant du genou

**droit antérieur** (p. [225](#))

**vaste interne** (p. [227](#))

**moyen et petit adducteur** (p. [241](#))

## Arrière du genou

**jumeaux** (p. [267](#))

**biceps fémoral** (p. [120](#))

**poplité** (p. [242](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

soléaire (p. [270](#))

**plantaire** (p. [244](#))



# Guide des autres symptômes

## Hanche, cuisse et genou

### **Bursite trochantérienne (fausse)**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

petit glutéal (p. [207](#))

vaste externe (p. [229](#))

### **Diminution de la mobilité**

#### **En écartant les jambes (abduction de la cuisse)**

moyen adducteur (p. [234](#))

grand adducteur (p. [236](#))

pectiné (p. [233](#))

#### **En croisant les jambes**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

pyramidal (p. [182](#))

#### **En faisant de grandes enjambées (extension)**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

pectiné (p. [233](#))

#### **En tournant les pieds et les genoux vers l'extérieur (rotation externe de la cuisse)**

tenseur du fascia-lata (p. [120](#))

petit glutéal (p. [207](#))

moyen glutéal (p. [204](#))

moyen adducteur (p. [234](#))

#### **En essayant de toucher ses orteils**

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

#### **En faisant une flexion du genou**

crural (p. [227](#))

### **Douleur fantôme à un membre ou douleur avec prothèse**

droit antérieur (p. [225](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

## **Douleur ou trouble lors de mouvement**

### **Genou qui se dérobe (affaibli)**

vaste interne (p. [227](#))

crural avec jumeaux (p. [267](#))

### **Hanche qui se dérobe**

droit antérieur (p. [225](#))

crural (p. [227](#))

### **En s'accroupissant**

poplité (p. [242](#))

### **En descendant (escalier ou pente)**

vaste interne (p. [227](#))

droit antérieur (p. [225](#))

poplité (p. [242](#))

### **En montant (escalier ou pente)**

crural (p. [227](#))

vaste externe (p. [229](#))

### **Incapacité à tendre le genou**

vaste externe (p. [229](#))

poplité (p. [242](#))

crural (p. [227](#))

### **En donnant un coup de pied du côté opposé (adduction et flexion de la hanche)**

pectiné (p. [233](#))

### **Boiterie**

petit glutéal (p. [207](#))

vaste externe (p. [229](#))

crural (p. [227](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

### **Genou bloqué**

vaste externe (p. [229](#))

### **En s'allongeant sur le côté (haut de la hanche)**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

### **En s'allongeant sur n'importe quel côté**

petit glutéal (p. [207](#))

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

vaste externe (p. [229](#))

grand adducteur (p. [236](#))

### **En se levant d'une position assise**

pectiné (p. [233](#))

ilio-psoas (p. [177](#))

petit glutéal (p. [207](#))

vaste externe (p. [229](#))

crural (p. [227](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

### **En courant (arrière du genou)**

poplité (p. [242](#))

### **Douleur aiguë ou picotements (cuisses)**

couturier (p. [218](#))

### **En dormant (réveil dû à la douleur)**

droit antérieur (p. [225](#))

vaste interne (p. [227](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

vaste externe (p. [229](#))

### **En s'asseyant (hanche)**

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

pyramidal (p. [182](#))

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

biceps fémoral (p. [120](#))

### **En s'asseyant en position du lotus**

pectiné (p. [233](#))

### **En se levant**

couturier (p. [218](#))

### **En se redressant**

petit glutéal (p. [207](#))

### **Picotements douloureux: intérieur de la cuisse**

droit interne (p. [238](#))

### **En faisant une torsion (douleur dans la hanche)**

moyen adducteur (p. [234](#))

### **En marchant (douleur dans la hanche)**

carré des lombes (p. [198](#))

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

couturier (p. [218](#))

petit glutéal (p. [207](#))

pyramidal (p. [182](#))

vaste externe (p. [229](#))

### **En marchant (douleur dans la hanche ou la jambe)**

demi-membraneux (p. [241](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

### **En marchant (douleur à l'arrière du genou)**

biceps fémoral (p. [120](#))

## **Engourdissement ou picotements: cuisse**

pyramidal (p. [182](#))

couturier (p. [218](#))

## **Hypersensibilité**

### **Hanche**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

### **Cuisse**

tenseur du fascia-lata (p. [220](#))

crural (p. [227](#))

vaste externe (p. [229](#))

## **Kyste de Baker (faux)**

biceps fémoral (p. [120](#))

poplité (p. [242](#))

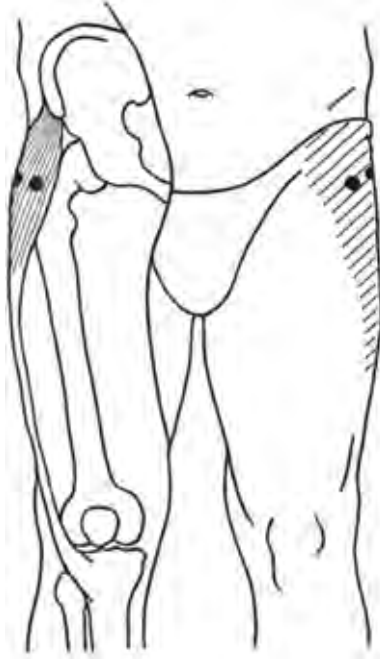
plantaire (p. [244](#))

## **Ostéite pubienne (affection inflammatoire de la symphyse pubienne)**

pectiné (p. [233](#))

# Guide illustré des trigger points

## Hanche, cuisse et genou



*Trigger points* du tenseur du fascia-lata (sur l'avant et le côté) et schéma de douleur référée (p. [220](#))



*Trigger points* du couturier et schéma de douleur référée (p. [222](#))

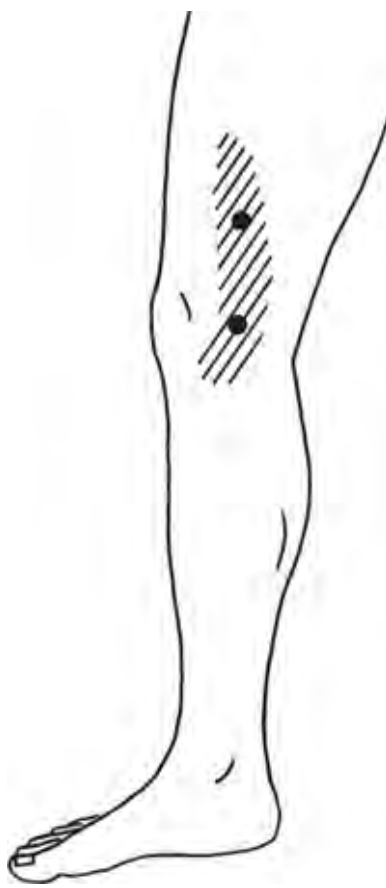
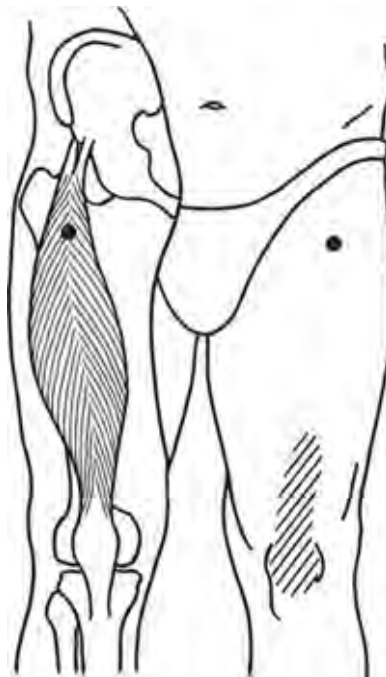
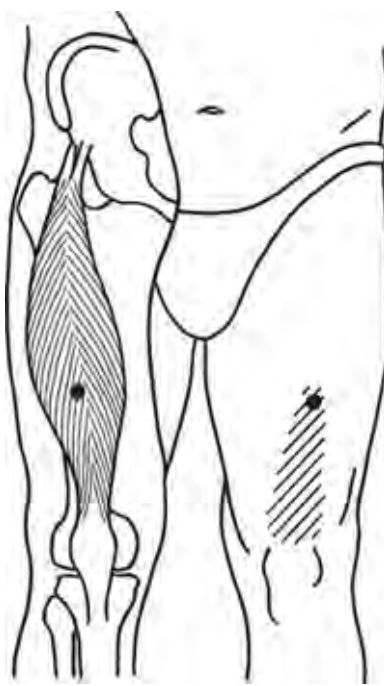


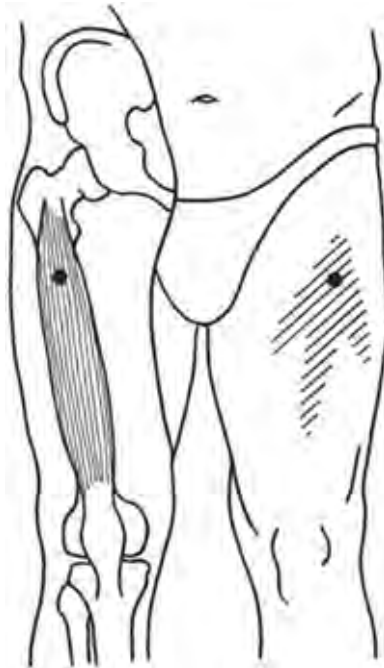
Schéma de douleur référée du couturier près du genou (p. 222)



*Trigger point* numéro 1 du droit antérieur et schéma de douleur référée (p. 225)

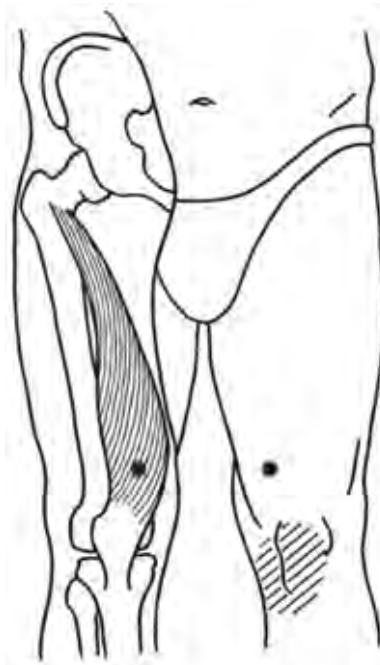


*Trigger point* numéro 2 du droit antérieur et schéma de douleur référée (p. [225](#))

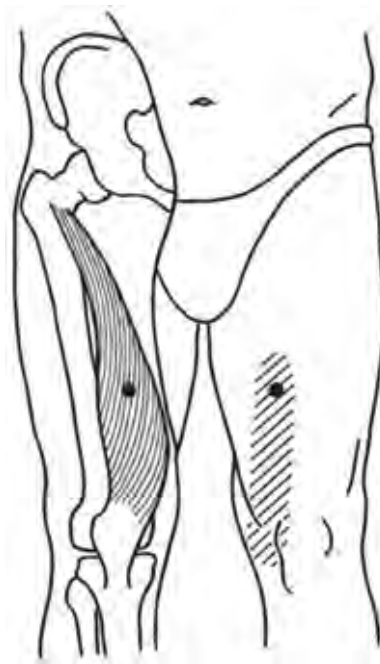


*Trigger point* du crural et schéma de douleur référée (p. [227](#))

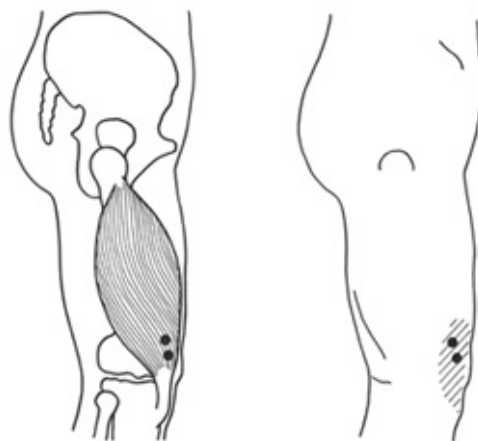




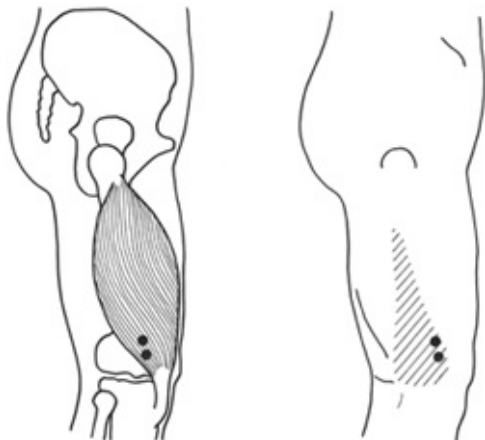
*Trigger point* numéro 1 du vaste interne et schéma de douleur référée (p. 229)



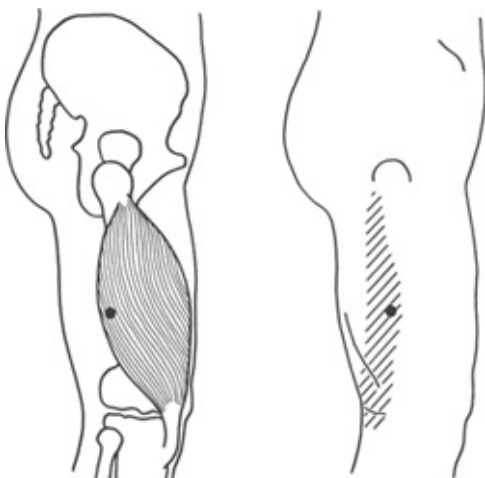
*Trigger point* numéro 2 du vaste interne et schéma de douleur référée (p. 229)



*Trigger points* numéro 1 du vaste externe et schéma de douleur référée (p. 230)

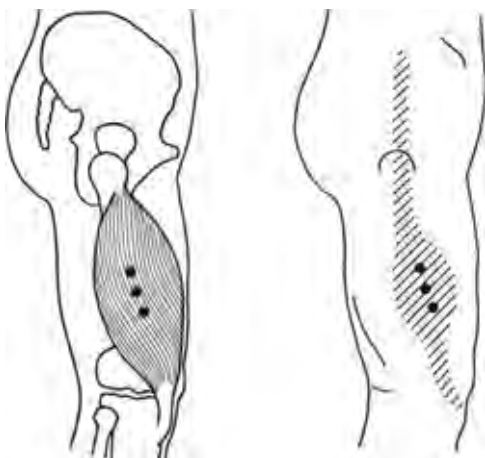


*Trigger points* numéro 2 du vaste externe et schéma de douleur référée (p. [230](#))

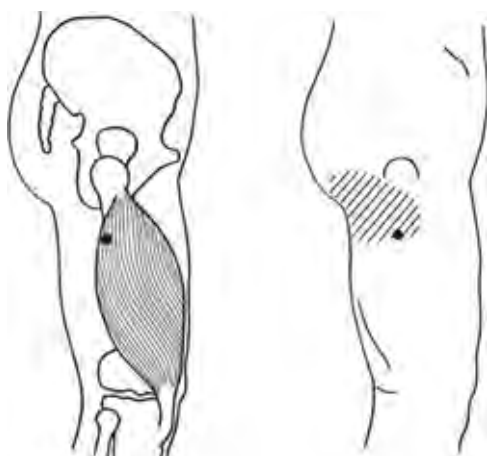


*Trigger point* numéro 3 du vaste externe et schéma de douleur référée (p. [230](#))

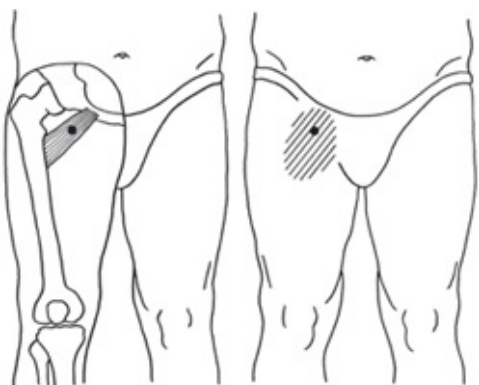
*Avertissement: pour chaque muscle, lisez au préalable toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



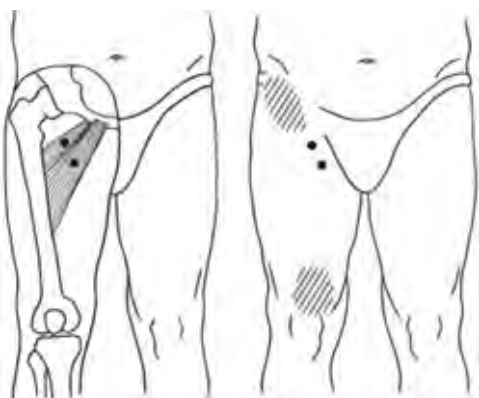
*Trigger points* numéro 4 du vaste externe et schéma de douleur référée (p. [230](#))



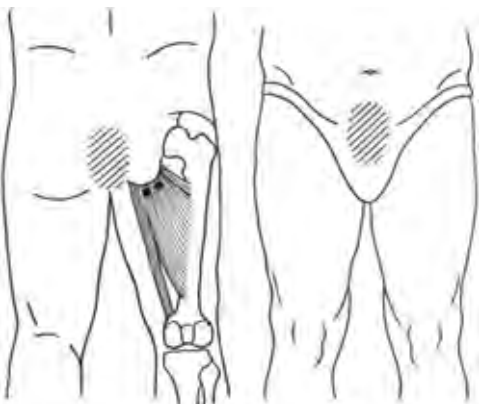
*Trigger point* numéro 5 du vaste externe et schéma de douleur référée (p. [230](#))



*Trigger point* du pectiné et schéma de douleur référée (p. [233](#))



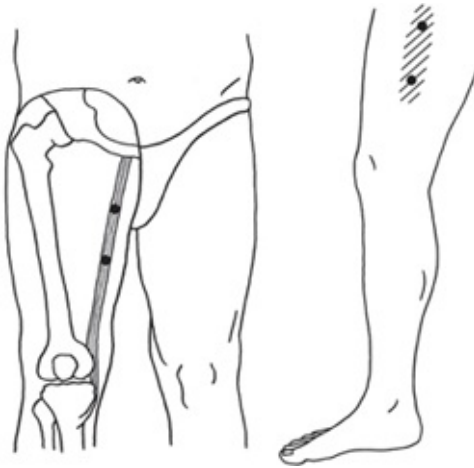
*Trigger points* du moyen adducteur et du petit adducteur, et schéma de douleur référée (p. [235](#))



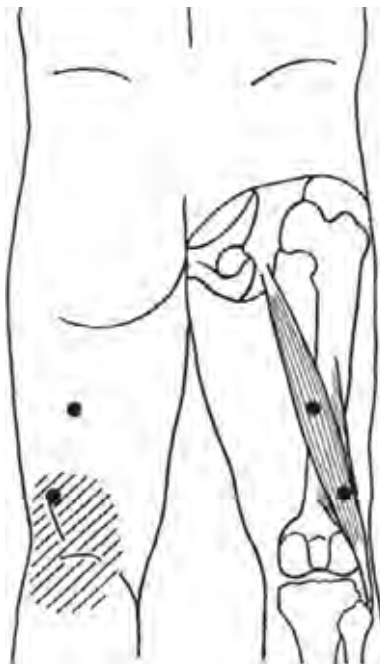
*Trigger points* numéro 1 du grand adducteur et schéma de douleur référée (p. [237](#))



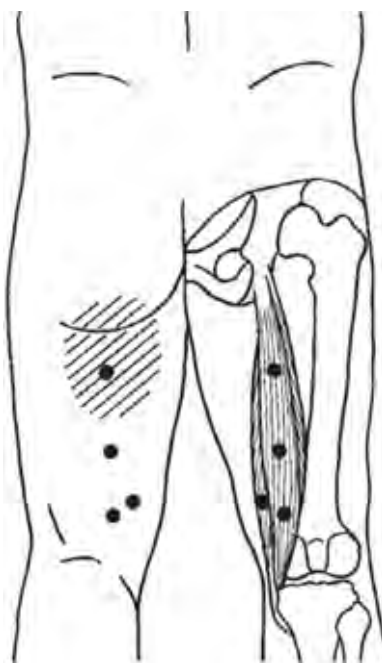
*Trigger points* numéro 2 du grand adducteur et schéma de douleur référée (p. [237](#))



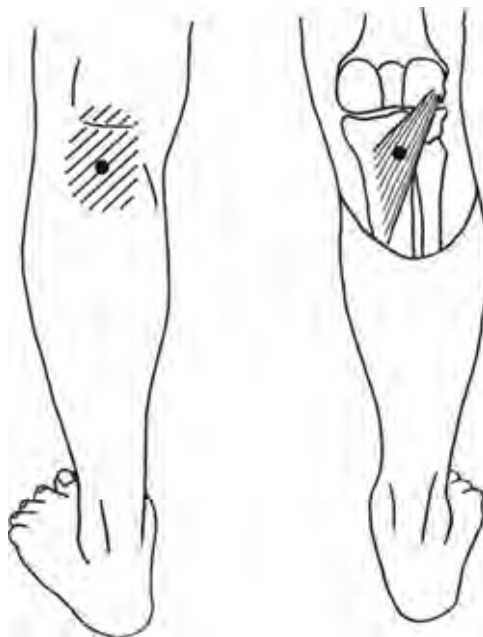
*Trigger points* du droit interne et schéma de douleur référée (p. [238](#))



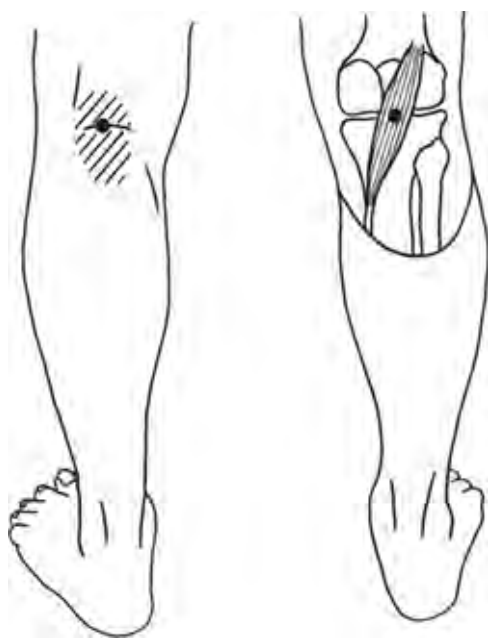
*Trigger points* du biceps fémoral et schéma de douleur référée (p. [240](#))



*Trigger points* du demi-tendineux et du demi-membraneux, et schéma de douleur référée (p. [241](#))



*Trigger point* du poplité et schéma de douleur référée (p. [243](#))



*Trigger point* du plantaire et schéma de douleur référée (p. [244](#))

# Douleur à la hanche, à la cuisse et au genou

Une douleur à la hanche ou au genou est une source majeure de handicap qui altère la qualité de vie d'un grand nombre de personnes. Lorsque vous avez mal à l'une de ces deux parties du corps, vous arrêtez le sport, ne faites plus le moindre exercice et devez louer les services de quelqu'un pour s'occuper de votre jardin. Vous ne partez plus vous balader par une belle soirée et, à cause de votre genou ou de votre hanche, vous vous voyez déjà dans un fauteuil roulant ou marchant avec une canne ou un déambulateur.

L'arthrose, une blessure ligamentaire ou la détérioration du cartilage articulaire sont les explications médicales les plus fréquentes à une douleur à la hanche ou au genou. Les radiographies et autres examens semblent souvent confirmer un tel diagnostic. Mais, même en l'absence de preuve objective, on n'hésitera pas à proposer une intervention chirurgicale de type prothèse de la hanche ou du genou, en arguant que c'est la meilleure solution car une douleur articulaire «prouve» que cette articulation pose problème.

Or, une douleur dans les articulations de la hanche ou du genou n'est parfois que la conséquence de *trigger points* dans les muscles de la cuisse. Elle peut s'avérer aussi intense et invalidante que celle résultant d'une lésion de l'articulation. Et même lorsque cette dernière a bel et bien souffert d'une blessure, des *trigger points* dans les muscles associés peuvent expliquer une grande partie de la souffrance ressentie. C'est pourquoi le traitement d'un traumatisme articulaire devrait toujours comprendre celui des *trigger points* dans tous les muscles de cette région du corps. Si vous avez mal à la hanche ou au genou, commencez par rechercher des *trigger points* que vous pourrez éliminer par des automassages.

Les guides au début de ce chapitre constituent des outils précieux pour localiser les *trigger points* impliqués. Commencez par le muscle correspondant à votre problème qui figure en haut de la liste puis explorez-les tous l'un après l'autre, car il est probable que plus d'un muscle soit atteint. Lisez ce chapitre et observez votre corps afin d'apprendre comment fonctionne chaque muscle en fonction des différents mouvements des articulations des hanches et des genoux. Lorsque vous aurez compris quelle action a engendré votre gêne, vous n'aurez souvent plus qu'à masser le muscle le plus en cause. Par ailleurs, ce serait une bonne idée de consulter au [chapitre 3](#) le tableau «Guide récapitulatif d'automassage» (page [38](#)) pour vous assurer que vous massez les *trigger points* de la manière la plus sûre et efficace.

## *Tenseur du fascia-lata*

Afin de remplir sa fonction, le tenseur du fascia-lata (TFL) tend (tenseur) le vaste feuillet de tissu fibreux (fascia) qui recouvre la face externe (lata) de la cuisse. Ce muscle et son épais tendon central, la bandelette ilio-tibiale (IT) ou ITB, transmettent la puissance du tenseur du fascia-lata et du grand glutéal à la cuisse et au genou.

Le rôle du tenseur du fascia-lata est d'aider à plier le genou et la hanche. Il contribue à lever la cuisse vers l'avant ou le côté et à tourner la jambe vers l'intérieur. Les tenseurs du fascia-lata participent à la stabilisation du bassin et des genoux lors de la marche et de la course. Chez les coureurs et les autres athlètes, les tenseurs du fascia-lata sont généralement extrêmement développés. Les relevés de buste sollicitent également ces muscles.

## Symptômes



Des *trigger points* dans le tenseur du fascia-lata (TFL) entraînent une douleur siégeant dans l'articulation de la hanche, juste devant le grand trochanter (figure 9.1). Parfois elle irradie le long de la face externe de la cuisse voire jusqu'au genou (non montré). Vous pouvez également ressentir une profonde douleur derrière la hanche, entre l'ischion de ce côté (l'os sur lequel on s'assied) et le trochanter (non montré). On peine à redresser la hanche en cas de raccourcissement du muscle résultant de la présence de *trigger points*. La limitation de la hanche peut imposer de marcher lentement. Quand vous êtes debout, vous avez tendance à plier un peu la hanche et le genou. Lorsque des *trigger points* sont très actifs dans le tenseur du fascia-lata, il est pratiquement impossible de se pencher vers l'arrière.

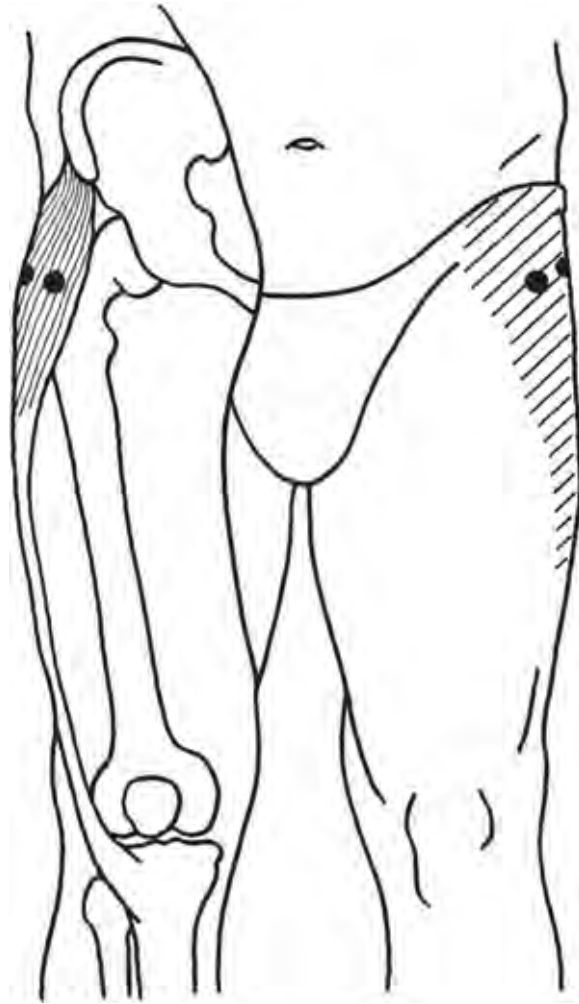


Figure 9.1 *Trigger points* du tenseur du fascia-lata (sur l'avant et le côté) et schéma de douleur référée

Il faut savoir qu'une bandelette ilio-tibiale contractée sur l'extérieur de la cuisse résulte d'un tenseur du fascia-lata et d'un grand glutéal noués. Une douleur et une hypersensibilité au niveau de la tête du tibia, sur le point d'insertion de la bandelette ilio-tibiale, est également courante. Elle empire lorsqu'on descend un escalier. Le diagnostic est celui de syndrome de la bandelette ilio-tibiale causé par la friction de celle-ci sur le genou. L'automassage des *trigger points* du tenseur du fascia-lata et du grand glutéal soulagera ce type de tendinite. Toutefois, une hypersensibilité apparente dans la bandelette ilio-tibiale ou le côté de la cuisse est plus souvent la conséquence de *trigger points* dans le vaste externe, juste en dessous, qui est l'un des quatre faisceaux du quadriceps (Waslaski, 2012). C'est là une erreur fréquemment commise, même par les meilleurs thérapeutes.

Les tenseurs du fascia-lata étant attachés à l'avant de l'os iliaque de la hanche, la traction vers le bas de ces muscles noués risque de faire basculer le bassin vers l'avant (antéversion) et d'accentuer anormalement la courbure du rachis lombaire. Si un seul côté est impliqué, la jambe semblera parfois

plus longue. Il peut être difficile de s'allonger sur la hanche qui souffre en raison de son hypersensibilité. Une douleur due à des *trigger points* dans le tenseur du fascia-lata peut être confondue avec une bursite trochantérienne de la hanche ou encore un amincissement du cartilage de l'articulation de la hanche.

*Âgé de 30 ans, Ryan a une hanche si raide le matin qu'il ne peut se redresser qu'après avoir marché et s'être étiré pendant plusieurs minutes. Il a le même problème à midi lorsqu'il se lève du bureau où il est resté toute la matinée. Sa hanche est à nouveau ankylosée en fin de journée, surtout s'il a roulé un peu en voiture. Il ne peut faire son jogging matinal que s'il s'est bien étiré au préalable mais, s'il abuse des étirements ou du jogging, il ressent comme des coups de poignard dans la hanche et la cuisse. On a trouvé que des trigger points en haut de la partie antérieure et latérale de sa hanche expliquent sa raideur à la hanche. Un automassage avant et après son jogging a rapidement rendu à sa hanche toute sa mobilité. Il s'est également aperçu qu'il avait intérêt à la masser avant de s'étirer s'il voulait que ce soit plus efficace.*

## Causes

Trop marcher, en ville ou à la montagne, surtout si le sol est irrégulier, ou encore courir risque d'épuiser les tenseurs du fascia-lata. Après une tension excessive de ces muscles qui deviennent alors raccourcis, la position assise tend à favoriser la survenue de *trigger points*. Il en va de même si l'on dort avec les genoux dirigés vers la poitrine. Ils sont également sollicités de manière excessive lorsqu'ils doivent compenser des chaussures éculées ou des chevilles instables à cause d'un pied ancestral de Dudley-Morton (dont nous parlerons en détail au [chapitre 10](#)).

Les tenseurs du fascia-lata travaillent sans cesse quand on est debout. Marcher en portant de lourdes charges risque d'entraîner une tension inutile sur ces muscles et c'est pire encore si l'on est en surpoids. Lorsque ces muscles vous font souffrir, évitez en outre d'être assis trop longtemps. Si vos hanches sont facilement sujettes au raidissement, vous n'avez pas intérêt à vous asseoir les genoux repliés vers la poitrine ni à dormir en position fœtale. Une raideur constitue un signe manifeste de présence de *trigger points* passifs. Or le surmenage de tout muscle qui renferme des *trigger points* passifs peut les activer rapidement et aboutir à une douleur.

## Traitement

Afin de localiser le ventre du tenseur du fascia-lata par une contraction isolée, commencez par trouver l'épine iliaque antéro-supérieure qui fait saillie à l'avant de l'os iliaque de la hanche, juste là où s'ouvre la poche avant d'un pantalon. Posez un doigt sous cet os et reportez le poids du corps d'une jambe à l'autre. Vous sentirez alors le muscle qui se contracte puis redevient mou. Tourner le genou ou le pied vers l'intérieur à plusieurs reprises permet également de contracter le muscle, tout comme lever la jambe sur le côté. Des *trigger points* peuvent exister en deux endroits: le premier à 2,5 cm environ à l'extérieur de l'os iliaque de la hanche et, à cette même distance, vers le bas; et le second point à 2,5-4 cm un peu plus vers l'extérieur.

Pour masser ce muscle, une Thera Cane est idéale ([figure 9.2](#)), mais vous pouvez également effectuer de profonds mouvements de va-et-vient avec une balle de tennis ou encore une grosse balle rebondissante contre un mur ([figure 9.3](#)). Les *trigger points* sont parfois enfouis dans ce muscle épais. Placez la balle sur le tenseur du fascia-lata, penchez-vous contre le mur et allégez le plus possible la jambe traitée en pliant légèrement le genou (elle ne doit plus supporter que son propre poids). Faites rouler la balle sur les fibres du muscle, en travers ou dans le sens de la longueur en fonction de vos préférences.



Figure 9.2 Massage du tenseur du fascia-lata avec une Thera Cane

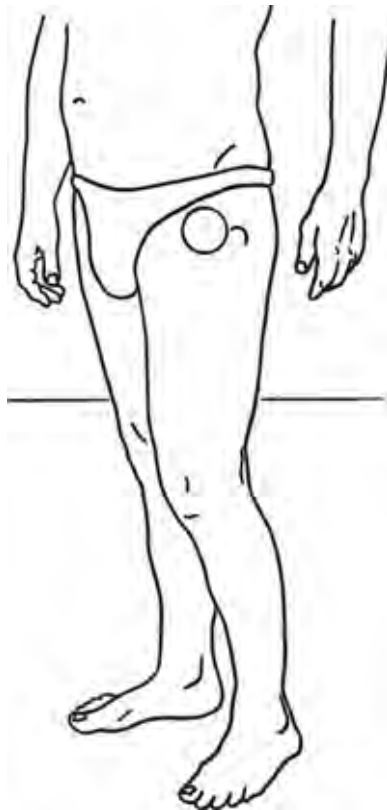


Figure 9.3 Massage du tenseur du fascia-lata avec une balle contre un mur

Plusieurs autres muscles posent généralement problème si le tenseur du fascia-lata est atteint. En cas de douleur ou de raideur à la hanche, identifiez les muscles impliqués en vous aidant de la liste du «Guide des douleurs» pour l’extérieur de la cuisse et la hanche.

### Couturiers

Le *couturier* est le plus long muscle du corps. Son nom vient de la position dite «en tailleur» car, autrefois, les couturiers étaient souvent assis par terre, les jambes croisées, pour travailler. Une action puissante de ces muscles est nécessaire pour que les jambes se retrouvent dans cette posture. Le

couturier se fixe sur l'épine iliaque antéro-supérieure de la hanche, puis descend en traversant le fémur pour aller sur la face interne de la cuisse et se terminer sur le haut du tibia, du côté intérieur du genou. (Le tibia est le plus gros des deux os de la jambe.) Cette disposition permet au couturier de contribuer à lever la jambe vers l'avant et à tourner le genou vers l'extérieur. Un footballeur doit fortement contracter le couturier pour frapper le ballon avec le pied.

Ce muscle fusiforme est interrompu en plusieurs endroits par des bandes de tissu conjonctif qui fractionnent les longues fibres du couturier en fibres plus courtes. Chaque section de muscle possède son propre ventre, ce qui entraîne la possibilité de *trigger points* n'importe où sur toute la longueur de ce muscle.

## Symptômes

Des *trigger points* dans le couturier ne provoquent qu'une douleur localisée pouvant survenir n'importe où, de l'avant de l'os iliaque de la hanche jusqu'à l'intérieur du genou en passant par le trajet dans la cuisse ([figures 9.4](#) et [9.5](#)). La douleur n'est pas de type profonde comme c'est généralement le cas pour une douleur myofasciale, mais s'exprime plutôt sous forme de vifs élancements soudains ou comme une sensation de brûlure et de picotements juste sous la peau. Un mouvement rapide ou une extension démesurée de la hanche (mettre la jambe trop loin en arrière) risque de déclencher une brusque douleur aiguë au niveau de la région du *trigger point*. Il suffit alors de s'asseoir, car cela détend les couturiers, pour soulager de manière provisoire les symptômes. En revanche, la position debout peut les aggraver en maintenant les muscles tendus.

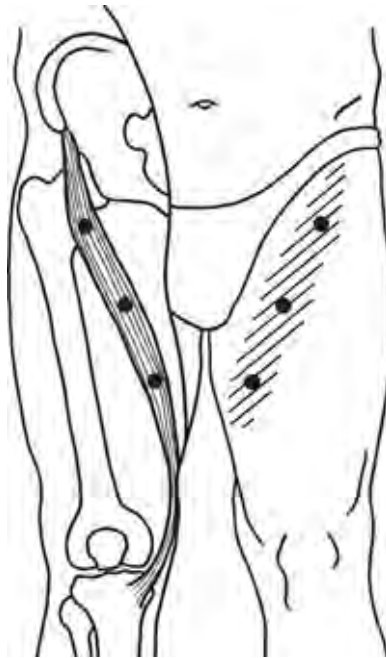


Figure 9.4 *Trigger points* du couturier et schéma de douleur référée

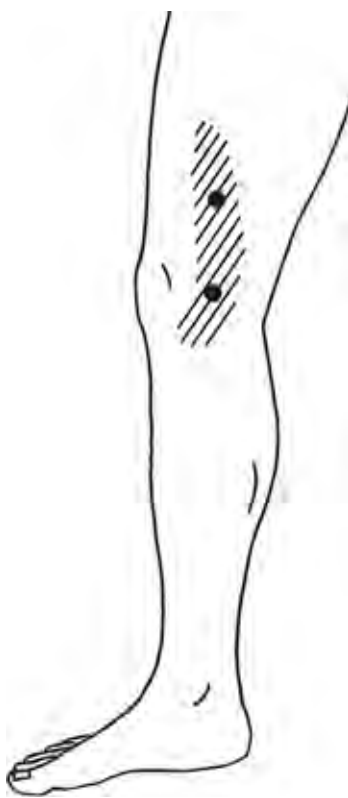


Figure 9.5 Schéma de douleur référée du couturier près du genou

Des *trigger points* dans les couturiers provoquent aux genoux une vive douleur, plutôt superficielle, ou des picotements. L'intérieur des genoux peut alors être si sensible à la pression qu'il devient inconfortable de s'allonger sur le côté avec les genoux réunis. Cette hypersensibilité est parfois confondue avec un problème dans l'articulation du genou.

La compression de nerfs sensitifs par un couturier noué peut également entraîner une douleur superficielle de type brûlure, un engourdissement, des démangeaisons et des picotements de la peau sur l'avant et l'extérieur de la cuisse. Il ne s'agit pas d'une douleur référée, mais plutôt d'un effet direct sur un nerf. Ces symptômes sont souvent qualifiés de «méralgie paresthésique», une manière savante de dire que vous souffrez d'engourdissement et de douleur à la jambe. Cherchez donc des *trigger points* dans le couturier si vous êtes sujet à ces symptômes.

### Causes

Un mouvement de torsion soudain et vigoureux de la plante du pied peut entraîner des *trigger points* dans le couturier, tout comme une chute avec, là aussi, une torsion. Maintenir certaines postures de yoga un certain temps et garder les jambes vers le haut quand vous êtes assis ou dormez favorise également l'apparition de *trigger points* dans les couturiers. Un pied ancestral de Dudley-Morton ou un hallux limitus (que nous verrons au [chapitre 10](#)) entraîne une pronation excessive du pied (mouvement par lequel le pied se tourne, la plante étant orientée vers l'extérieur). Par conséquent, le genou plie vers l'intérieur (genou cagneux). Le couturier se retrouve trop étiré et risque alors de développer des *trigger points*.

Afin de prévenir ce type de problème chez le couturier, évitez toute extension extrême de la hanche lorsque vos muscles sont noués ou ne sont pas échauffés. Une extension excessive survient lorsque, alors que vous n'en avez pas l'habitude, vous faites de trop grandes enjambées ou un mouvement de torsion. Lors d'une activité sportive, un effort extrême risque de trop contracter, étirer ou solliciter n'importe quel muscle, dont le couturier. Si vous n'êtes pas en bonne condition physique, abstenez-vous d'en faire trop. Une tension ou un excès de tension à l'origine de *trigger points* dans les autres

muscles de la hanche peut entraîner des effets secondaires sur le couturier (ce muscle pose rarement problème par lui-même). Les autres muscles généralement impliqués sont le droit antérieur, le vaste interne, le psoas, le tenseur du fascia-lata, le moyen glutéal, le petit glutéal, le pyramidal et les adducteurs de la face interne de la cuisse.

## Traitement

Localisez le couturier en le sentant se contracter lorsque vous combinez un mouvement de flexion et de rotation externe de la hanche ([figure 9.6](#)). Cette action lève la jambe vers l'avant et tourne le genou en dehors. Ce muscle se contractera encore plus si vous mobilisez toute la jambe vers l'extérieur.

Recherchez des *trigger points* sur la totalité du muscle, de l'avant de la hanche à l'intérieur du genou. Massez avec les doigts en effectuant de lents cercles profonds, mais faites attention à éviter l'artère fémorale qui se trouve, comme indiqué [figure 9.7](#), sous les doigts au milieu de la cuisse. Utiliser les deux pouces est tout aussi efficace. Il faut savoir que le couturier croise le vaste interne. Ces deux muscles travaillent souvent en synergie et peuvent être traités en même temps avec les mêmes techniques.



Figure 9.6 Localisation du couturier avec une contraction isolée en tournant la cuisse en dehors et en levant la jambe devant vous



## Quadriceps

D'un point de vue anatomique, le *quadriceps* est un muscle unique avec quatre faisceaux, ou chefs, dont trois seulement sont visibles sur la [figure 9.8](#). Le quadriceps couvre l'avant et l'extérieur de la cuisse, et déborde sur sa face interne, enveloppant quasiment les trois quarts de celle-ci. Les quatre chefs du quadriceps se terminent par un tendon commun qui s'attache en partie sur la rotule, ce qui permet de tendre le genou, et se termine sur le tibia. La rotule se trouve entièrement sous ce tendon rotulien et bouge avec lui. Il est essentiel que la mobilisation de la rotule se fasse sans entrave pour que l'articulation du genou ait sa pleine liberté. Des *trigger points* dans n'importe lequel des chefs du quadriceps risquent d'entraver cette liberté et d'entraîner un déplacement de la rotule vers le haut ou un côté. Des *trigger points* peuvent également apparaître en réaction à l'étirement excessif du muscle opposé, antagoniste, et aussi créer une tension sur le point d'insertion du tendon, en haut du tibia (Waslaski, 2012). Le *droit antérieur* qui, comme son nom l'indique, est le faisceau le plus en avant du quadriceps, contribue à fléchir la hanche.

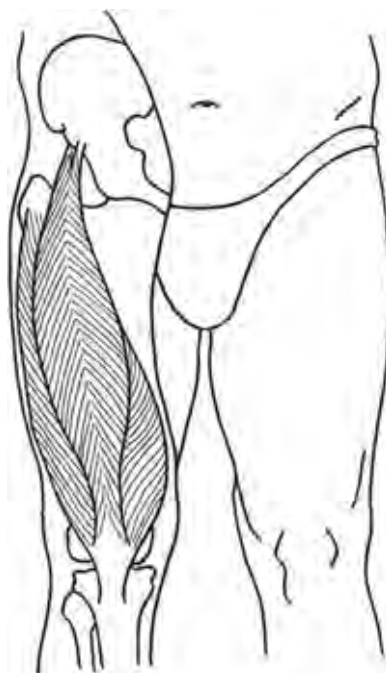


Figure 9.8 Quadriceps

Les quadriceps sont les muscles du corps les plus gros, lourds et puissants. Des *trigger points* dans un quadriceps sont la principale source de douleur au genou. Un «jumper knee» (littéralement genou du sauteur) ou tendinopathie du tendon rotulien tout comme un syndrome fémoro-patellaire (du fémur et de la rotule) ne sont souvent qu'une douleur référée provenant du quadriceps. Chez les enfants, des douleurs dans les jambes et les genoux liées à la croissance résultent de *trigger points* dans leurs quadriceps. De même, la présence de *trigger points* dans le quadriceps peut expliquer la douleur fantôme au genou que ressent une personne amputée d'un genou. Le syndrome des jambes sans repos (impatiences) qui perturbe le sommeil et le quotidien, et reste une énigme pour les médecins, tient lui aussi à la présence de *trigger points* dans les quadriceps qui peuvent également causer un blocage ou une instabilité du genou ou encore faire que la hanche se dérobe car celle-ci et le genou se tendent en même temps.



Une douleur et une faiblesse résultant de *trigger points* dans le quadriceps sont facilement confondues avec une tendinite patellaire (au niveau de la rotule), une bursite, de l'arthrose au genou ou la conséquence d'une lésion des ligaments du genou ou d'un ou des deux ménisques, ce cartilage entre le fémur et le tibia. Une véritable tendinite patellaire est rare et s'accompagne de signes d'inflammation, rougeur et gonflement notamment. Une douleur au niveau du point d'insertion du tendon rotulien devrait s'appeler, de manière plus appropriée, une tendinose patellaire, à savoir qu'il existe simplement une irritation et une douleur là où le tendon s'attache à l'os. Un déséquilibre de la tension entre, à l'avant de la cuisse, les quadriceps et, à l'arrière, les ischio-jambiers peut être responsable d'une traction constante et d'une douleur juste sous la rotule. En désactivant les *trigger points*, on parvient à résorber la tension musculaire et, ainsi, à soulager ce problème. Un traitement ne risque pas de marcher si l'on part du principe, erroné, que le trouble est articulaire parce que c'est là où siège la douleur (Travell et Simons, 1992; Waslaski, 2012).

Une douleur au genou constitue parfois un lourd handicap, pourtant incroyablement facile à guérir si l'on comprend ce qui se passe vraiment.

*La dernière crise aux genoux de Jean-Luc, un homme de 46 ans, l'a empêché de continuer à tondre son gazon tant la douleur était insupportable. Il est rentré chez lui pour s'asseoir et se reposer, mais quand il s'est levé, il pouvait à peine marcher. Jean-Luc a souvent mal aux genoux depuis un séjour en montagne dans les Alpes il y a douze ans. Sa douleur aux genoux a débuté alors qu'il redescendait. Il souffrait tant qu'il ne pouvait plus mettre un pas devant l'autre et ses amis ont dû l'aider à poursuivre. Au centre médical, on lui a dit qu'il faudrait remplacer ses deux genoux, car les radiographies montraient une amincissement de l'articulation du cartilage.*

*La crise de Jean-Luc pendant qu'il tondait sa pelouse l'a motivé à appeler un ami ayant étudié les trigger points. Au téléphone, celui-ci l'a aidé à trouver des nœuds atrocement douloureux dans les muscles de ses cuisses. Jean-Luc est parvenu à les dénouer d'une main pendant qu'ils se parlaient. Lorsqu'il a raccroché, il s'est aperçu qu'il pouvait se lever et marcher dans la pièce en ayant considérablement moins mal. L'automassage quotidien de ses quadriceps dans les semaines qui ont suivi a mis un terme à son problème aux genoux qui durait depuis douze ans.*

Les quadriceps sont souvent malmenés par un excès d'exercice ou d'effort physique lors d'une activité sportive ou en portant une lourde charge, en marchant avec des talons hauts ou en montagne, en sautant, en s'agenouillant ou encore en s'accroupissant. Jardiner toute une matinée risque fort de leur être néfaste. De même, un travail où vous devez constamment vous lever et vous rasseoir épuisera rapidement les quadriceps. Par ailleurs, n'oubliez pas que, si vous devez davantage solliciter les autres muscles de la hanche et de la cuisse, à cause de *trigger points*, cela risque de malmenier un peu plus le quadriceps.

Afin d'éliminer la douleur due à des *trigger points*, les quatre chefs du quadriceps doivent être traités comme s'il s'agissait de quatre muscles distincts.

## *Droits antérieurs*

Le *droit antérieur* se trouve à l'avant de la cuisse. Il part de l'os iliaque de la hanche et, comme son nom l'indique, se dirige tout droit vers le genou.

Le droit antérieur forme avec les autres chefs du quadriceps le tendon rotulien, au niveau du genou, ce qui lui permet de contribuer à l'extension de celui-ci. En haut, le droit antérieur s'insère au bassin, ce qui fait de ce muscle un puissant fléchisseur de la hanche qui aide à lever la jambe ou à se lever du

lit. Ce double rôle le rend plus vulnérable que les autres chefs du quadriceps. Les symptômes résultant de *trigger points* dans le droit antérieur sont si éloignés de leur cause que peu de personnes pensent à établir un lien, comme l'illustre l'expérience de cette jeune femme.

*Après avoir marché tout l'après-midi avec des chaussures à talons compensés dans une foire artisanale, Roxane, une jeune femme de 22 ans, a ressenti une vive douleur qui tirait sous ses rotules. Elle a alors pensé que si elle pouvait accéder au dessous de ses rotules, elle trouverait la solution. Sans en comprendre la raison, Roxane a toujours eu un problème aux genoux, surtout en montant une pente ou un escalier. Elle n'est pas sportive et ne se souvient pas de les avoir jamais malmenés de quelque manière que ce soit. Il s'est avéré que sa douleur aux genoux résultait de la présence de trigger points dans ses droits antérieurs à l'avant des cuisses. Un automassage profond de ces muscles a mis un terme à la douleur sous les rotules en moins d'une minute. Un massothérapeute lui a dit que les muscles de ses jambes sont affaiblis et manquent d'endurance parce qu'elle est trop souvent assise et ne fait pas suffisamment d'exercice. Le fait de marcher avec des talons hauts a augmenté la tension dans les muscles de ses cuisses, ce qui a rapidement épuisé son muscle fragilisé et a été la cause immédiate des trigger points.*

## Symptômes

Le *trigger point* le plus fréquent dans le droit antérieur provoque une profonde douleur au genou généralement décrite comme semblant siéger sous la rotule ([figure 9.9](#)). Monter un escalier ou une pente peut être douloureux et entraîner un petit bruit sec aux genoux. À cause de ce *trigger point*, il arrive parfois que, pendant la marche, la hanche se dérobe. Un second *trigger point* peut être présent au-dessus du genou. Il est responsable d'une douleur aiguë dans toute la zone entre ce *trigger point* et le genou ([figure 9.10](#)). Ces deux *trigger points* rendent les genoux raides et faibles. Une douleur à la jambe et au genou risque de vous réveiller la nuit.

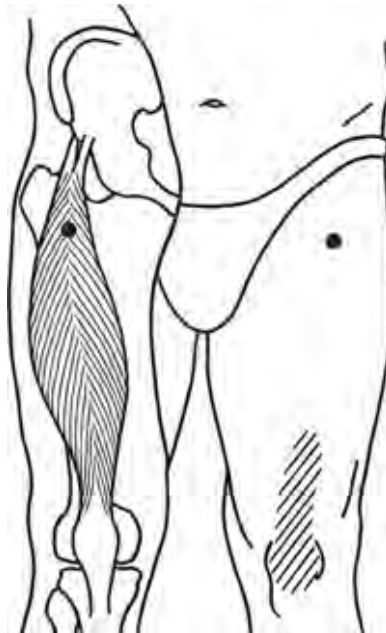


Figure 9.9 *Trigger point* numéro 1 du droit antérieur et schéma de douleur référée

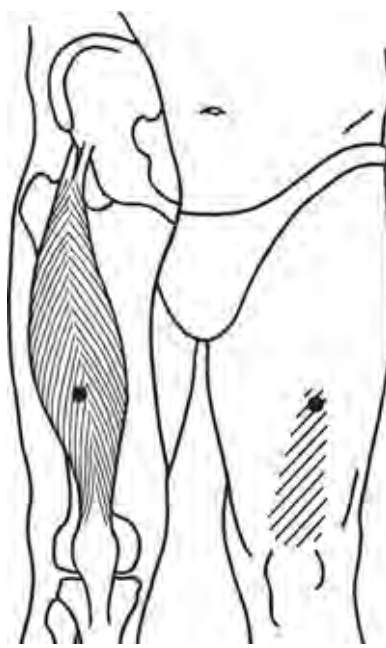


Figure 9.10 *Trigger point* numéro 2 du droit antérieur et schéma de douleur référée

## Causes

Rester longtemps assis maintient le droit antérieur raccourci, ce qui favorise la survenue de *trigger points*. De même, toute activité qui sollicite trop les droits antérieurs par une flexion de la hanche répétée ou importante risque de les mettre en danger. C'est pourquoi la marche en montagne ou rapide, le vélo, le jogging ou la course les malmènent, tout comme les relevés de buste et les levés de jambe. Il est facile d'épuiser ces muscles lorsqu'on pratique souvent la méthode Pilates. Au football, lancer le ballon avec le pied demande une puissante action du droit antérieur. Même les battements des jambes, en natation, peuvent s'avérer une cause insoupçonnée de douleur au genou résultant de *trigger points* dans le droit antérieur.

Marcher avec des talons hauts ou des chaussures à talons compensés provoque souvent la survenue, insoupçonnée, de *trigger points* dans les droits antérieurs. Vous pouvez continuer de porter d'élégantes chaussures alors qu'on vous a mis en garde, mais comme vous savez désormais qu'elles peuvent être responsables de votre douleur au genou, il vous reste au moins la possibilité de le compenser en fin de la journée par un automassage approprié.

Si votre douleur au genou provient de la pratique d'un sport, cela ne signifie pas pour autant que vous devez arrêter, mais vous devez toutefois veiller à faire un peu de prévention sur vos quadriceps, notamment les droits antérieurs, avant et après chaque séance. Si pour vous échauffer, vous commencez par des étirements, massez d'abord les *trigger points* car, sinon, les muscles risquent de s'opposer aux étirements et de ne pas se détendre complètement.

## Traitement

Localisez le droit antérieur en le sentant se contracter lorsque vous levez la jambe. Remarquez que la contraction est plus forte avec le genou tendu plutôt que plié. Cela s'explique par la double fonction de ce muscle. Percevez l'os iliaque de la hanche juste à l'ouverture de la poche avant d'un pantalon. Vous êtes sur l'épine iliaque antéro-supérieure. En position debout, mesurez la largeur d'une main sous l'épine iliaque antéro-supérieure (la distance du pouce à l'auriculaire au niveau de la paume). Dans cette position, le *trigger point* du haut se trouve juste sous votre main. Le *trigger point* du bas est distant de la longueur d'une main à partir du haut de la rotule. (La longueur d'une main est la distance

de l'extrémité du majeur à votre poignet. Il est intéressant de savoir que ces mesures avec la main restent proportionnelles quelle que soit votre taille.)

Debout ou assis, massez le droit antérieur avec les deux pouces. Les autres doigts ne conviennent pas pour l'automassage des *trigger points* près de la hanche (l'effet de levier est trop faible), mais ils sont parfaits pour la partie inférieure du muscle. Une Thera Cane est un bon instrument que l'on peut utiliser n'importe où ([figure 9.11](#)). Une balle de tennis ou encore une grande balle rebondissante contre un mur est une autre solution efficace, car ainsi, vous utilisez le poids du corps pour augmenter la pression ([figure 9.12](#)). Lorsque vous massez ce muscle debout, reportez le maximum de poids du corps sur la jambe opposée.



Figure 9.11 Massage du droit antérieur avec une Thera Cane

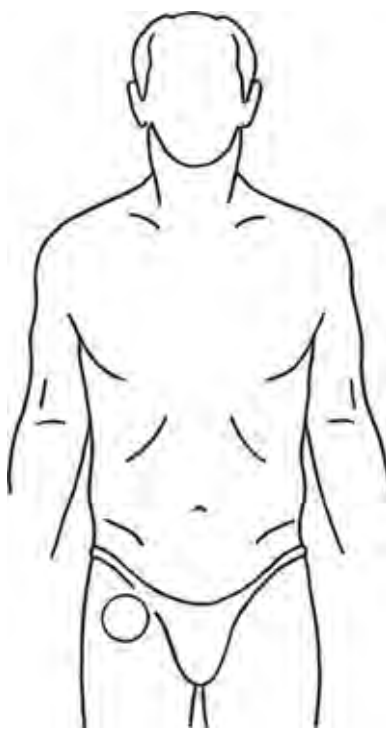


Figure 9.12 Massage du droit antérieur avec une balle contre un mur

Soyez vigilant, car vous pouvez trouver des *trigger points* dans d'autres muscles près de la hanche, dont le tenseur du fascia-lata, le couturier et le pectiné. N'importe lequel de ces *trigger points* peut affaiblir suffisamment la hanche qui risque alors de se dérober lorsque vous reportez dessus le poids du corps. Il est utile de savoir les distinguer séparément grâce à une contraction isolée, car si vous connaissez l'emplacement précis de chacun d'eux, l'automassage sera plus efficace.

### Cruraux

Le muscle *crural* est le plus profond des quatre chefs du droit antérieur dont il a la même taille. Un genou qui travaille trop est la principale cause de *trigger points* dans le crural. De même, abuser de marche en montagne ou, lors d'un sport, épuiser le quadriceps malmène ce muscle.

Une douleur résultant de *trigger points* dans le crural est classiquement perçue au milieu de la cuisse, irradiant vers le bas à partir de chaque *trigger point*, parfois jusqu'au genou (figure 9.13). Cette douleur augmente en marchant et, surtout, en montant un escalier. Vous risquez d'avoir du mal à tendre le genou quand vous vous levez après avoir été longtemps assis. Cette raideur dans le genou fait parfois boiter.

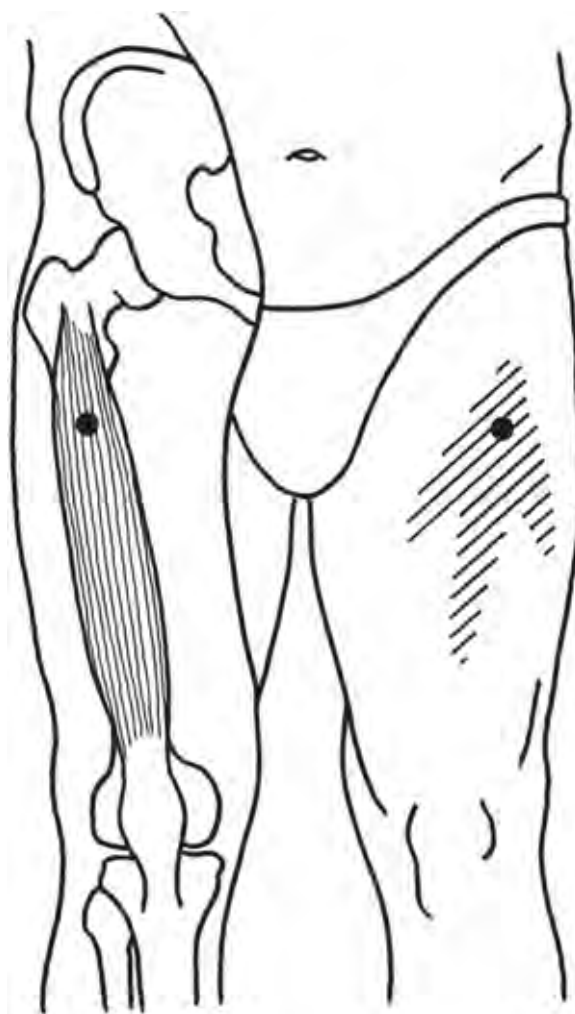


Figure 9.13 *Trigger point* du crural et schéma de douleur référée



Figure 9.14 Massage du crural avec les deux pouces

Étant entièrement recouvert par les autres chefs du droit antérieur, le crural est difficile à localiser par une contraction isolée. Cherchez-le à l'avant de la cuisse, à environ la longueur d'une main à partir de l'os iliaque de la hanche (épine iliaque antéro-supérieure), une longueur de main étant la distance du bout des doigts au poignet. Si les muscles sont relâchés, il est parfois possible de repousser le droit antérieur vers l'intérieur afin de trouver le crural. Les deux pouces ([figure 9.14](#)), tous les doigts ou une Thera Cane conviennent bien pour l'automassage tout comme une balle de tennis ou encore une grosse balle rebondissante contre un mur.

## *Vastes internes*

Le *vaste interne* est le muscle qui forme un renflement ovale vers la face interne de la cuisse, juste au-dessus du genou. Il se fixe sur le haut du fémur et sur la rotule et le tibia par l'entremise du tendon rotulien commun à tous les chefs du quadriceps. Le vaste interne est souvent moins puissant que le vaste externe qui, étant plus volumineux, tire la rotule vers l'extérieur (Waslaski, 2012).

Les coureurs souffrent fréquemment de problèmes dus à la présence de *trigger points* dans le vaste interne.

*À tout moment, le genou droit de Linda, âgée de 53 ans, fait des siennes sans qu'elle s'y attende. Il lui est arrivé de tomber en marchant ou en courant et elle s'est même cassé une fois un poignet. Sa douleur aux genoux et le risque de chute l'ont obligée à arrêter le jogging.*

*On a trouvé des trigger points hypersensibles dans le quadriceps des deux jambes de Linda. Son vaste interne était particulièrement atteint dans sa jambe droite, celle qui avait tendance à lâcher. Depuis l'automassage régulier de ses quadriceps, et surtout du vaste interne droit, son genou ne se dérobe plus et elle a pu reprendre le jogging.*

## **Symptômes**

Des *trigger points* dans le vaste interne provoquent une douleur dans la face interne de la cuisse et du genou ([figures 9.15](#) et [9.16](#)). Une douleur au genou siège généralement dans sa moitié inférieure, légèrement vers l'intérieur. Classiquement, des *trigger points* dans le vaste interne affaiblissent le genou qui a alors tendance à se dérober. La douleur due à ces *trigger points* risque de vous empêcher de dormir. Les personnes âgées ou en surpoids ont fortement tendance à tomber à cause d'un genou instable. Certains *trigger points* sont importants à connaître en cas d'urgence, quand vous devez descendre rapidement une pente ou un grand nombre de marches. Une douleur et une faiblesse peuvent survenir n'importe quand, sans qu'on s'y attende.



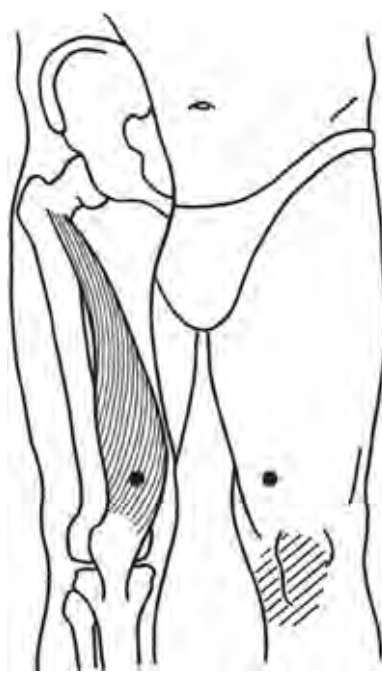


Figure 9.15 *Trigger point* numéro 1 du vaste interne et schéma de douleur référée

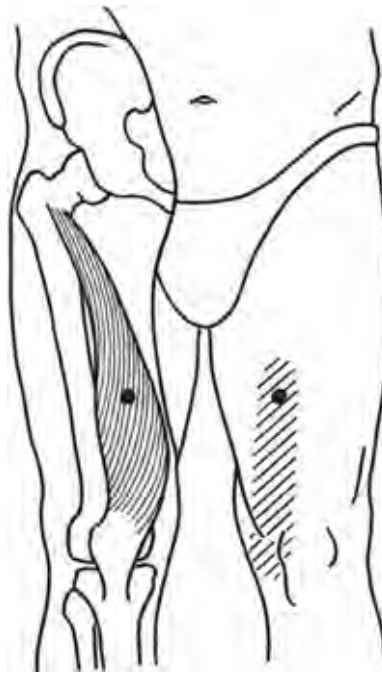


Figure 9.16 *Trigger point* numéro 2 du vaste interne et schéma de douleur référée

Une douleur et une faiblesse au genou causées par des *trigger points* dans le vaste interne sont souvent confondues avec des signes d'arthrose, de lésion du ligament et de tendinite. Mettre de la glace, se reposer et prendre des antalgiques sont alors les remèdes prescrits, mais rien de tout cela n'agit sur les *trigger points*. Pratiquée de manière excessive pour une douleur au genou, la kinésithérapie sous forme d'exercices et d'étirements risque d'aggraver vos symptômes résultant de *trigger points* dans le vaste interne. Lorsque ceux-ci auront été désactivés dans tous les chefs du quadriceps qui retrouvera alors sa longueur normale grâce à l'étirement du vaste externe et du tenseur du fascia-lata, il suffira de renforcer le vaste interne pour résoudre le problème. Rééquilibrer le vaste interne et le vaste externe, et supprimer la tension dans le droit antérieur sont les clés pour résoudre une tendinose et une chondromalacie rotulienne (un ramollissement des cartilages) qui s'exprime par une douleur et une sensation désagréable sous la rotule (Waslaski, 2012).

## Causes

Comme pour les autres chefs du quadriceps, une sollicitation excessive du vaste interne le malmène, notamment lorsque vous pliez beaucoup le genou ou courez. Le vaste interne doit se contracter tout en s'allongeant lorsqu'on s'accroupit ou qu'on descend une pente ou un escalier. Ce type d'action est appelé une *contraction excentrique*, or des *trigger points* se développent souvent lorsque les muscles sont fragilisés par une telle contraction. Des chevilles instables à cause d'un pied ancestral de Dudley-Morton causent également du tort à ces muscles. (Voir le [chapitre 10](#) pour en savoir plus sur le pied ancestral de Dudley-Morton.) Marcher avec les chevilles rentrées en dedans (pronation) ou les pieds orientés en dehors sont des signes de ce trouble.

Prévenez une chute accidentelle due à un genou qui a tendance à lâcher en évitant les *trigger points* dans le vaste interne. Ce type de mesure préventive possède de nombreux avantages. En effet, les *trigger points* entretiennent en permanence un certain degré de tension sur ces muscles qui finit par endommager leurs points d'insertion au niveau des articulations. Afin d'empêcher une dégradation des articulations du genou, veillez à ce qu'aucun *trigger point* ne se trouve dans les quadriceps.

Pour aider à ce qu'un muscle retrouve au repos sa longueur normale, mobilisez-le trois fois après un automassage du *trigger point*. Pour le genou, pliez-le et tendez-le complètement.

## Traitement

Trouvez le *trigger point* du bas à une largeur de main à partir du haut de la rotule. Il se trouve environ à mi-chemin entre la face interne de la cuisse et l'avant de celle-ci. Le *trigger point* du haut est à peu près à une longueur de main à partir du haut de la rotule et plus ou moins au milieu de l'avant de la cuisse (ou vers sa face interne). Les deux pouces conviennent bien pour masser le vaste interne ([figure 9.17](#)), mais vous pouvez également utiliser les autres doigts ou un appareil de massage. Sinon, pour masser en profondeur, l'idéal est un coude en étant assis sur le bord d'un lit ou d'une chaise. Avec le vaste interne, un automassage réalisé dès l'apparition des symptômes permet de se débarrasser étonnamment vite de la douleur. Effectuez plusieurs fois par jour dix à douze mouvements de va-et-vient sur chaque *trigger point*.



Figure 9.17 Massage du vaste interne avec les deux pouces

En cas d'urgence, vous pouvez pincer la peau au-dessus du vaste interne afin d'inhiber de manière temporaire une douleur ou une faiblesse dans le genou — suffisamment longtemps pour faire disparaître votre problème. Une genouillère de maintien élastique aura le même effet en serrant le muscle ou en exerçant sur lui une pression, mais son action curative est toutefois limitée. Si votre genou a tendance à se dérober, vérifiez chaque jour s'il n'y a pas des *trigger points*. Des *trigger points* passifs ne sont pas douloureux, mais peuvent être responsables d'une dangereuse faiblesse du genou.

## Vastes externes

Le *vaste externe* recouvre, comme son nom l'indique, toute la face externe de la cuisse, du grand trochanter en haut du fémur au genou. Il se fixe sur la rotule et le tibia par l'entremise du tendon rotulien des quatre chefs du quadriceps. Il enveloppe également le fémur afin de former un renflement sur une partie de l'avant et de l'arrière de la cuisse. C'est le plus volumineux des quatre chefs du quadriceps, bien plus que vous ne le soupçonnez probablement, et la source d'une étonnante quantité de problèmes comme l'illustre le cas de Thibaut.

*Âgé de 31 ans, Thibaut a été un athlète durant toute sa scolarité. Une fois adulte, il s'est passionné pour le ski et l'escalade. Il souffre à présent d'une douleur chronique aux genoux qui, de plus, ont tendance à se bloquer (heureusement jamais en même temps). Ce problème l'a bien malgré lui, et à son grand désarroi, mis sur la touche. Il ne peut même plus jouer sur demi-terrain au basket-ball avec ses amis.*

Par chance, la copine d'un de ses amis s'y connaissait un peu en trigger points. Elle lui a montré comment chercher des nœuds myofasciaux dans ses jambes qui pourraient expliquer ses ennuis aux genoux. Quelques minutes plus tard, il avait découvert plusieurs points très douloureux à l'extérieur des cuisses. La douleur était atroce quand il appuyait dessus. À son grand étonnement, cette technique d'automassage a immédiatement commencé à soulager sa douleur. En seulement deux semaines de travail quotidien sur les nœuds, il a pu reprendre ses activités athlétiques, la douleur ayant quasiment disparu.

Lorsque plusieurs muscles sont impliqués dans un problème de douleur et que les *trigger points* sont hypersensibles, contentez-vous d'améliorer la circulation sanguine au niveau de chacun d'eux et tout rentrera peu à peu dans l'ordre. Cela demande juste un peu de temps, mais pas beaucoup.

## Symptômes

Des *trigger points* dans le vaste externe peuvent provoquer une douleur dans la hanche et la face externe de la cuisse, et sont une source extrêmement fréquente de douleur au genou (figures 9.18 à 9.22). Des *trigger points* sur le bord postérieur du muscle causent parfois une douleur derrière les genoux et à l'arrière de la hanche.

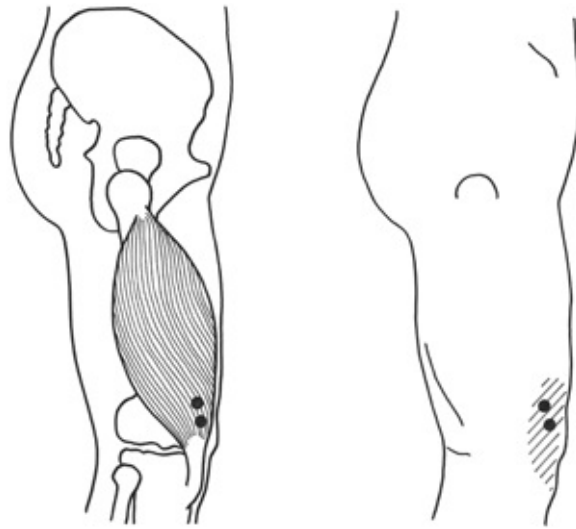


Figure 9.18 *Trigger points* numéro 1 du vaste externe et schéma de douleur référée

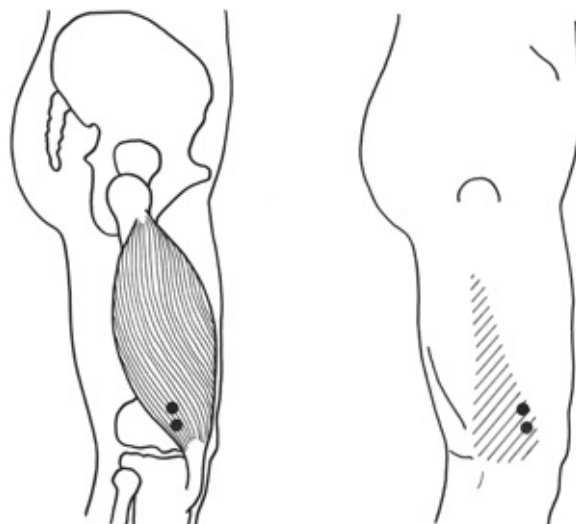


Figure 9.19 *Trigger points* numéro 2 du vaste externe et schéma de douleur référée

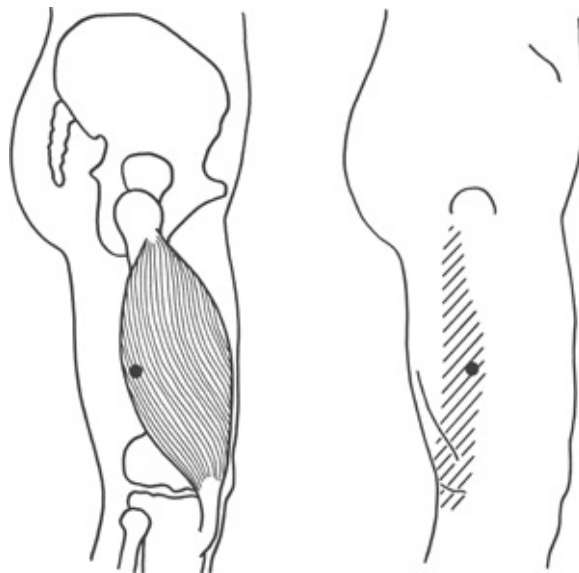


Figure 9.20 *Trigger point* numéro 3 du vaste externe et schéma de douleur référée

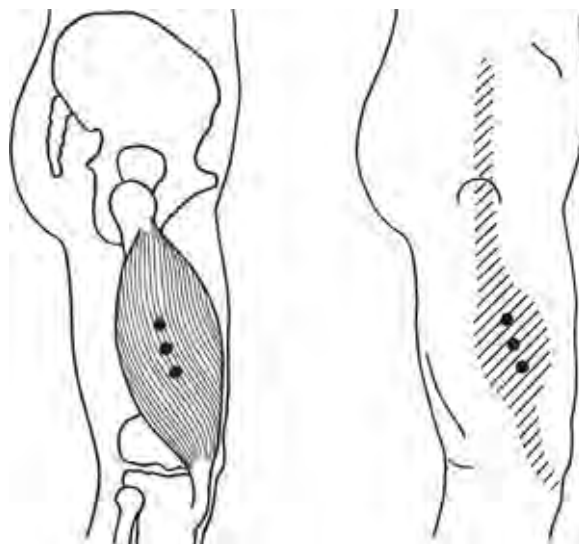


Figure 9.21 *Trigger points* numéro 4 du vaste externe et schéma de douleur référée

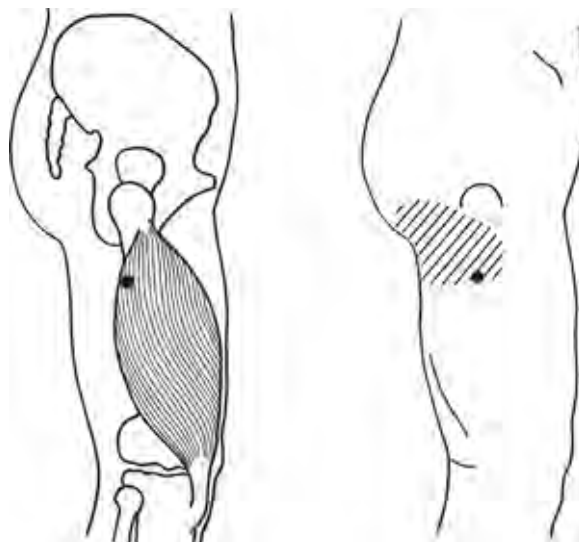


Figure 9.22 *Trigger point* numéro 5 du vaste externe et schéma de douleur référée

Des *trigger points* dans le vaste externe sont très fréquents chez les enfants et sont probablement responsables de la plupart de leurs douleurs inexpliquées à la cuisse et à la hanche. Les soi-disant «douleurs de croissance» seraient vite résolues si l'on envisageait la possibilité qu'il s'agisse d'une douleur myofasciale.

Marcher peut s'avérer incroyablement pénible si les vastes externes sont atteints. De même, la position allongée sur le côté est alors très inconfortable. Quand on dort, il suffit parfois de se tourner sur l'autre côté pour être réveillé. Une tension dans ce muscle risque d'amener la rotule vers l'extérieur, qui se bloque alors et empêche le genou de bouger. Un genou bloqué résulte généralement de la présence d'un *trigger point* juste au-dessus de la rotule vers l'extérieur. Normalement, cette dernière est maintenue en place sur l'avant grâce à l'action équilibrée du vaste interne et du vaste externe. Des *trigger points* dans le vaste interne risquent d'atténuer l'effet des forces contraires au vaste externe et de constituer une source majeure d'inquiétude pour traiter un genou bloqué.

Le vaste externe est responsable de l'hypersensibilité ressentie lorsqu'on masse le côté de la jambe avec un bâton de massage de type The Stick ou Tiger Tail, ou lorsqu'on utilise un rouleau en mousse sur toute la jambe. Bien des athlètes et même des kinésithérapeutes croient, à tort, que cette hypersensibilité résulte d'une bandelette ilio-tibiale (IT) nouée alors que lorsque celle-ci pose problème, il faut axer l'automassage sur le tenseur du fascia-lata et le grand glutéal. Parfois, la douleur résulte de *trigger points* satellites, dans le vaste externe, à cause de *trigger points* présents dans le tenseur du fascia-lata ou le petit glutéal, ou encore d'une compression du nerf sciatique.

## Causes

Tout sport qui sollicite beaucoup les jambes, comme le jogging, le vélo, le roller ou le ski, peut entraîner l'apparition de *trigger points* dans le vaste externe dont les effets se font souvent sentir aux genoux. Les quadriceps étant facilement malmenés par tant d'activités différentes, des *trigger points* passifs dans le vaste externe sont présents chez de nombreuses personnes, même si elles en ont très rarement conscience. Un coup porté directement sur ce muscle risque de provoquer des *trigger points* tout comme une jambe qui reste tendue et immobile. Paradoxalement, une genouillère ou une attelle censée avoir des vertus thérapeutiques en empêchant le genou de plier peut perpétuer des *trigger points* dans le vaste externe. Après avoir récupéré d'une blessure à la jambe ou au genou, vous constaterez qu'il est important de rechercher des *trigger points* dans les quadriceps pour les désactiver.

## Traitement

Comme le montrent les [figures 9.18 à 9.22](#), les schémas de douleur référée du vaste externe sont très divers. Afin de trouver les *trigger points* au niveau du genou, localisez la bandelette ilio-tibiale (IT) en forme de câble sur le côté de la cuisse, juste au-dessus du genou. Les *trigger points* de la [figure 9.18](#) se trouvent juste au-dessus de l'articulation, devant cette bandelette ilio-tibiale, et ceux illustrés [figure 9.19](#) sur le côté arrière de la bandelette ilio-tibiale et devant le tendon des ischio-jambiers, plus latéraux. Remarquez qu'ils provoquent une douleur sur le côté et l'arrière du genou. Ces quatre *trigger points* du bas sont faciles à masser avec les doigts ou un appareil de massage de type Knobble. Si vous utilisez les doigts, levez bien la jambe pour y avoir accès car, sinon, il est difficile d'obtenir un effet de levier suffisant. Un excellent moyen pour masser la partie centrale de ce muscle consiste à s'allonger sur le côté avec une balle de tennis sous la cuisse ([figure 9.23](#)). Bougez la jambe vers l'avant et l'arrière afin d'effectuer des mouvements de va-et-vient. Si une douleur aux

cuisses vous réveille la nuit, cette méthode soulage suffisamment pour permettre de se rendormir. Une Thera Cane, un Backnobber, un Knobble, un rouleau de mousse ou une balle contre un mur conviennent parfaitement pour le vaste externe (figures 9.24 et 9.25). Malaxer la cuisse avec l'articulation des doigts d'une main est également très efficace quand l'autre main est posée par dessus pour multiplier la pression par deux. Assurez-vous que vous n'oubliez pas les *trigger points* le long du bord postérieur du muscle, à l'arrière de la cuisse. Certains *trigger points* du vaste externe sont très profondément enfouis.

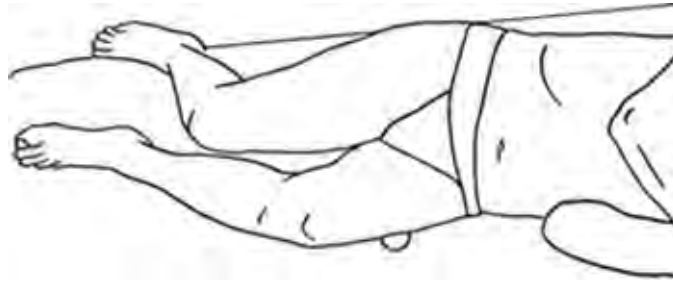


Figure 9.23 Massage du vaste externe allongé sur le côté avec une balle. Bougez la jambe sur la balle vers l'avant et l'arrière



Figure 9.24 Massage du vaste externe avec une rouleau de mousse

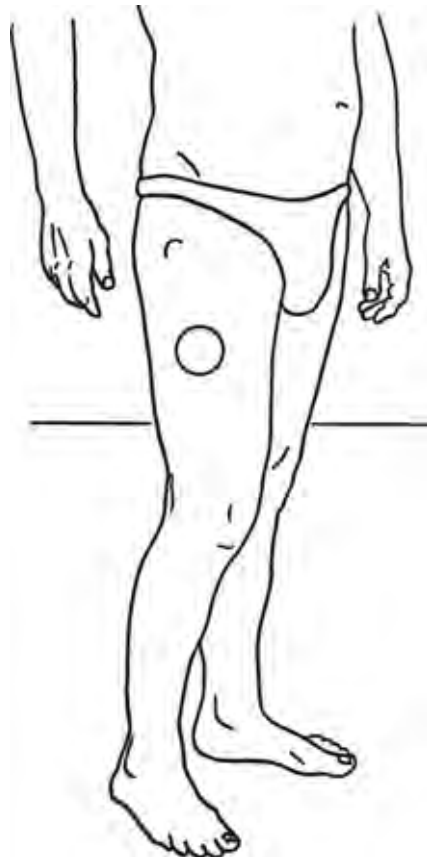


Figure 9.25 Massage du vaste externe avec une balle contre un mur



Chez les athlètes, professionnels ou non, la capacité de trouver et de masser les *trigger points* dans les jambes devrait être considérée comme un savoir inestimable. En effet, l'automassage est un complément précieux à l'étirement pour détendre et échauffer les muscles avant ou après un exercice. Il contribue à prévenir une blessure, car il traite les *trigger points* qui raccourcissent et fragilisent les muscles.

## Muscles de la face interne de la cuisse

La face interne de la cuisse est très musclée et fortement sujette à une tension musculaire qui risque de provoquer des *trigger points* myofasciaux (figure 9.26). Malheureusement, comme c'est un territoire inexploré par la plupart des personnes, les *trigger points* n'y sont pas détectés ni traités. Même les massothérapeutes professionnels négligent de travailler sur la face interne des cuisses, car cela leur semble trop agressif. Pourtant, des *trigger points* dans ces muscles sont incroyablement fréquents et entraînent toutes sortes de problèmes préoccupants pour lesquels on établit généralement un diagnostic erroné. Chez les femmes, il existe un risque de froisser ces muscles lors des rapports sexuels, en les étirant et les contractant de manière excessive.

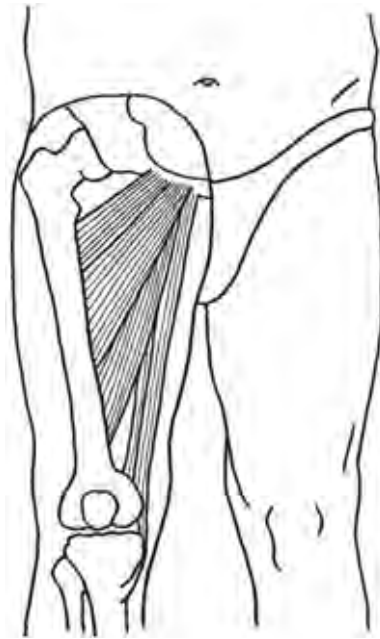


Figure 9.26 Muscles de la face interne de la cuisse

Des *trigger points* en haut de la face interne de la cuisse sont particulièrement ennuyeux, car ils provoquent une douleur perçue dans l'articulation de la hanche et en profondeur dans le bassin. Ces *trigger points* peuvent rendre les rapports sexuels douloureux chez les femmes qui redoutent alors un trouble rectal, vésical ou gynécologique. Les mêmes *trigger points* chez des hommes leur feront craindre une anomalie rectale, vésicale ou prostatique ou encore une hernie inguinale. Une douleur résultant de *trigger points* à l'intérieur de la cuisse est souvent confondue avec un signe d'arthrose des articulations de la hanche ou du genou.

Le tiraillement à l'aine ressenti par tant d'athlètes, de danseurs et de gymnastes s'explique par la présence de *trigger points* dans les muscles de la face interne de la cuisse. Lorsque les pieds s'écartent beaucoup si vous glissez tout à coup sur la glace, ces muscles risquent fort de se froisser. Une douleur due à des *trigger points* dans ces muscles est perçue à ce même endroit et irradie parfois jusqu'au genou et au tibia.

Le rôle des muscles de la face interne de la cuisse est avant tout de mobiliser les jambes l'une vers l'autre ou l'une croisée au-dessus de l'autre, un mouvement appelé adduction. Ces muscles sont importants, car ils contribuent à stabiliser la hanche lors de la marche et de la course. Ils travaillent beaucoup quand vous faites du patinage, du ski ou de l'équitation.

Des *trigger points* peuvent apparaître dans les muscles de la face interne de la cuisse pour une raison apparemment aussi banale que le simple fait de monter dans une voiture ou d'en sortir ou encore de marcher à trop grandes enjambées. Être enfoncé dans un siège auto bas ou assis les jambes croisées favorise parfois le raccourcissement de ces muscles, ce qui aboutit à l'apparition de *trigger points*. Par ailleurs, l'arthrose de la hanche déclenche souvent la survenue de *trigger points* dans ces muscles. De même, une douleur persistante après une intervention de la hanche s'explique parfois par des *trigger points* dans les muscles voisins de la cuisse.

Les *trigger points* sont faciles à trouver dans la face interne de la cuisse, car ils sont généralement hypersensibles. Vous allez à présent découvrir ces cinq muscles: le pectiné, le moyen adducteur, le petit adducteur, le grand adducteur et le droit interne.

Si vos symptômes vous inquiètent et que vous vous demandez ce qu'il faut faire, prenez rendez-vous avec un médecin et commencez à traiter vos *trigger points*. Il est possible que le jour prévu pour la consultation, vous ayez résolu le problème et puissiez alors annuler.

## Pectinés

Le *pectiné* est le muscle le plus en haut de ceux de la partie interne de la cuisse. Il se trouve dans une dépression juste sous le pli inguinal (là où la jambe rencontre le corps). Il est intéressant de savoir que le nom pectiné dérive du latin *pectinatus* qui signifie «disposé en forme de peigne», *pecten* étant un «peigne». En effet, ce muscle a la forme et la taille des peignes à longues dents que les femmes utilisaient autrefois et possède des stries qui évoquent les dents d'un peigne.

Le pectiné se fixe sur le bassin, juste à l'extérieur du pubis et sur l'arrière de l'os de la cuisse (fémur), près de son extrémité supérieure. Ces points d'insertion permettent au pectiné de mobiliser la cuisse vers l'intérieur ou vers l'avant, ou de la faire tourner vers l'extérieur. Ce sont ces mouvements qui permettent de croiser les jambes.

## Symptômes

*Âgé de 36 ans, David est massothérapeute. Il souffre d'une douleur aiguë à l'aine droite typique d'un problème au pectiné. Cette douleur est plus forte quand il marche, surtout longtemps. Comme il connaît bien les muscles, il a reconnu que la douleur vient de son pectiné droit qu'il a froissé la veille en courant après un Frisbee. Un automassage profond a résolu son problème en un jour.*

Une douleur due au *trigger point* dans le pectiné survient en profondeur dans l'aine, là où la jambe rejoint le corps ([figure 9.27](#)). Elle est perçue comme une douleur vive ou, sinon, profonde, semblant souvent provenir de l'articulation de la hanche. Lorsqu'on se lève d'une chaise, il faut parfois une bonne minute pour se redresser et marcher droit. Une douleur causée par ce *trigger point* peut être diagnostiquée, à tort, de maladie dégénérative des articulations ou de compression du nerf obturateur. Attention toutefois, car d'autres muscles peuvent être responsables d'une douleur à l'aine, dont le

psoas, l'iliaque, le carré des lombes, le droit interne et les trois muscles adducteurs (Travell et Simons, 1992; Muscolino, 2009).

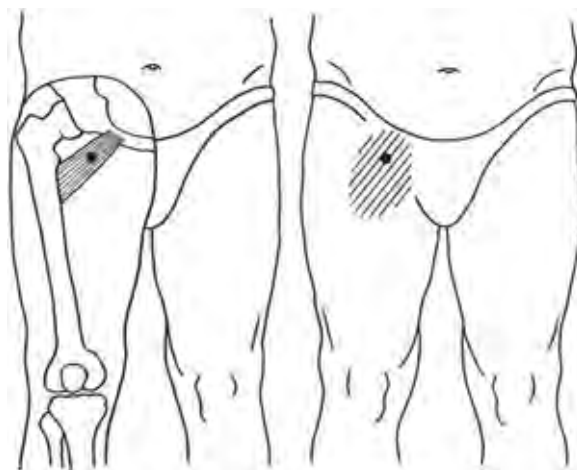


Figure 9.27 *Trigger point* du pectiné et schéma de douleur référée (prenez garde aux vaisseaux sanguins, aux nerfs et aux ganglions lymphatiques)

## Causes

Lorsque, sans vous y attendre, vous glissez ou tombez, le pectiné risque de se contracter ou de s'étirer de manière excessive. De même, un étirement ou une contraction en force du pectiné lors d'une activité sportive, notamment s'il faut courir, entraîne souvent la survenue de *trigger points*. Faire un grand écart quand vous êtes en mauvaise condition physique est particulièrement néfaste. Au football, lancer le ballon avec une frappe du coup-de-pied peut malmenier ce muscle. En équitation, serrer trop fort les flancs du cheval avec les genoux épuise les pectinés.

Reportez-vous au [chapitre 3](#) pour de plus amples informations sur la technique du massage, la manière de s'étirer et ce qu'il faut faire si cela ne marche pas (page [35](#)).

Les femmes peuvent développer des *trigger points* dans leurs pectinés et les autres muscles de la face interne des cuisses lors de rapports sexuels. Rester trop longtemps assis fait du tort au pectiné, surtout si les jambes sont croisées ou serrées l'une contre l'autre. Soulever un objet avec les jambes trop écartées risque de froisser les pectinés. Enfin, la pose d'une prothèse de hanche provoque parfois la survenue de *trigger points* dans le pectiné et le patient se retrouve alors avec une douleur «inexpliquée».

## Traitement

Localisez le pectiné juste sous le pli inguinal, là où la jambe rencontre le corps. Sentez ce muscle au bas d'une dépression triangulaire juste à l'intérieur du couturier ([figure 9.28](#)). Ce triangle fémoral est délimité par le ligament inguinal (au niveau du pli inguinal), le couturier et le moyen adducteur (voir les [figures 9.6](#) et [9.31](#) pour localiser le couturier et le moyen adducteur). Lorsqu'ils sont contractés, ces deux muscles forment un V en haut de la cuisse, un peu vers l'intérieur. Le *trigger point* se trouve dans le ventre du pectiné, juste sous le pli inguinal et vers l'intérieur par rapport à l'artère fémorale. Sa douleur ressemble à s'y méprendre à celle d'un hématome.

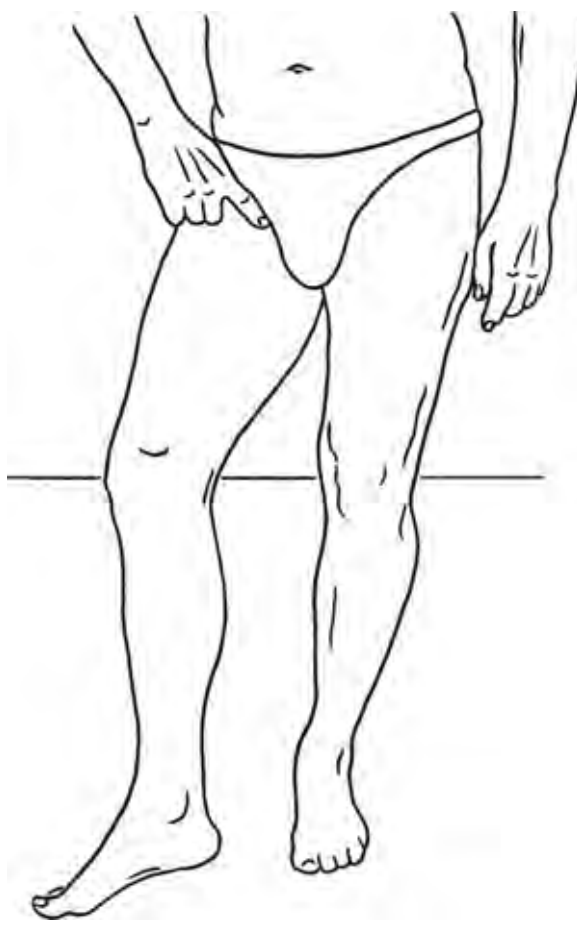


Figure 9.28 Localisation du pectiné par une contraction isolée en amenant l'intérieur de la cuisse en dehors et vers le haut

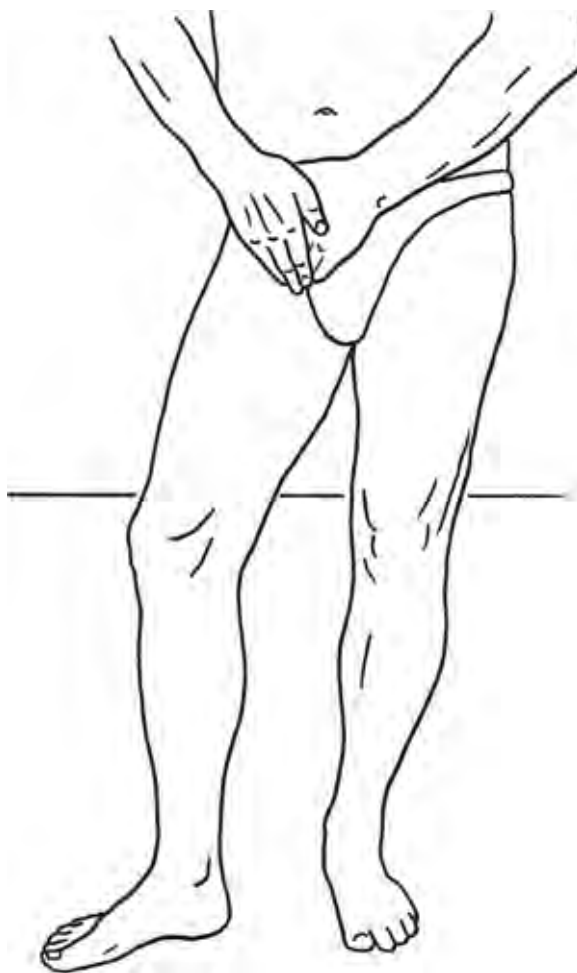


Figure 9.29 Massage du pectiné avec les doigts des deux mains

En position debout, massez le pectiné en appuyant sur le haut de la cuisse avec les doigts des deux mains ([figure 9.29](#)). Si vous êtes assis, vous devriez atteindre ce muscle avec le pouce de la main opposée. Comme l'artère, la veine et le nerf fémoraux passent dans l'aîne à cet endroit, n'utilisez aucun appareil de massage dur. Vous ne devriez pas avoir mal avec le pouce ou les autres doigts si vous faites attention. Et si vous percevez la pulsation de l'artère fémorale, décalez un peu les doigts vers l'intérieur. Étant donné que cette région marque facilement, provoquant des hématomes, prévoyez d'y aller progressivement sur plusieurs jours. Une autre manière de masser ce muscle consiste à s'allonger et à plier le genou, le pied étant sur le lit au niveau du genou opposé. Laissez tomber la jambe jusqu'à ce qu'elle forme un angle d'environ 45 degrés afin d'ouvrir le triangle fémoral et d'avoir ainsi accès au pectiné.

## *Moyens adducteurs et petits adducteurs*

Le *moyen adducteur* et le *petit adducteur* se fixent tous deux sur le pubis et le haut de l'os de la cuisse (fémur), sur l'arrière. Le moyen adducteur et le pectiné recouvrent entièrement le petit adducteur. Le moyen adducteur est un muscle relativement long au trajet oblique qui se trouve vers le milieu de l'intérieur de la cuisse. Sa partie inférieure est masquée par le vaste interne. Le moyen adducteur est le plus proéminent des muscles de la face interne de la cuisse et le plus facile à localiser. Bien que le moyen adducteur et le petit adducteur soient des muscles distincts, ils agissent essentiellement comme un seul muscle. Pour simplifier les choses, nous les appellerons tous deux «moyen» adducteur.

## **Symptômes**

*Âgée de 52 ans, Béatrice a dû arrêter sa balade matinale au centre commercial à cause d'une douleur intense dans la hanche droite. Une radiographie ayant montré un amincissement du cartilage de l'articulation de la hanche, on lui a dit que si elle ne se faisait pas opérer, son problème ne pourrait qu'empirer et qu'elle finirait probablement dans un fauteuil roulant. On lui a assuré qu'une prothèse de hanche était désormais une intervention banale et que son assurance paierait.*

*Juste avant de prévoir la chirurgie, Béatrice a cédé à l'insistance d'un ami en allant voir un massothérapeute. Elle doutait fort qu'un simple massage puisse aider dans un cas aussi grave, mais son ami lui a fait remarquer qu'elle n'avait rien à perdre. On a trouvé des points à la douleur exquise dans la face interne de ses cuisses. Une pression sur les trigger points de sa jambe droite provoquait une douleur dans sa hanche identique à celle qu'elle ressentait en marchant. Le thérapeute lui a montré comment masser ses cuisses et a prévu deux séances de suivi. En trois semaines, la douleur profonde dans sa hanche avait disparu et elle a pu reprendre ses balades au centre commercial.*

Des *trigger points* dans le moyen adducteur sont la cause la plus fréquente de douleur à l'aîne, généralement perçue en profondeur dans l'articulation de la hanche ([figure 9.30](#)). Parfois, la douleur irradie le long de la face interne de la cuisse et du genou, voire jusqu'au tibia (non montré). Cette douleur survient lors d'activités énergiques et devient plus violente si l'on porte quelque chose. Elle peut également se produire durant une forte contraction de l'intérieur des cuisses, par exemple lors d'une torsion soudaine de la hanche. Au repos, il n'y a parfois aucune douleur.

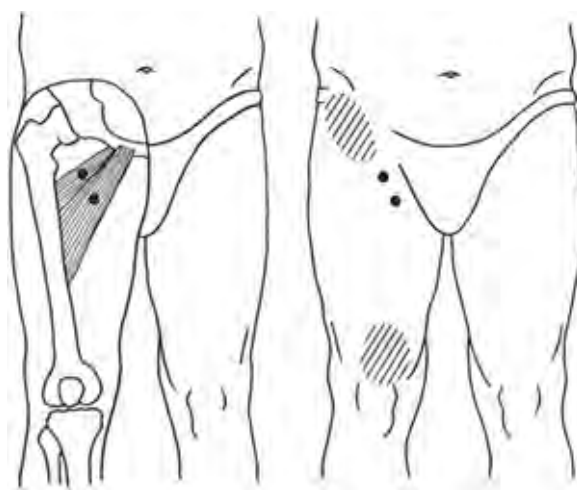


Figure 9.30 *Trigger points* du moyen adducteur et du petit adducteur, et schéma de douleur référée

Des *trigger points* dans le moyen adducteur entraînent une raideur dans la hanche, ce qui limite généralement les mouvements de la cuisse dans toutes les directions, notamment la rotation latérale (tourner le genou en dehors). L'intérieur de la cuisse est alors crispé et noué. Un moyen adducteur contracté et douloureux peut limiter la participation au sport.

Chez les enfants, une douleur à l'aîne et à la face interne de la cuisse est souvent due à des *trigger points* dans les adducteurs qui font partie des muscles les plus fréquemment atteints si l'on s'active sans retenue. Ces «douleurs de croissance» sont rarement traitées. On laisse souffrir les enfants, ce qui est regrettable car les *trigger points* se soignent aussi aisément chez l'enfant que chez l'adulte.

L'arthrose dans les articulations de la hanche est un problème fréquent chez les personnes âgées dont la douleur est similaire à celle causée par des *trigger points*. Cette douleur est toutefois différente, dans le sens où elle est plus perçue à l'extérieur de la hanche qu'à l'intérieur de la cuisse. Il n'en reste pas moins que cette sensation désagréable résultant de *trigger points* dans le moyen adducteur est souvent confondue avec de l'arthrose. L'automassage du moyen adducteur permet de différencier rapidement ces deux troubles. Si le massage fait disparaître la douleur, il ne s'agissait probablement pas d'arthrose. Et même s'il en existe, des *trigger points* peuvent être en partie responsables de la douleur.

## Causes

Marcher avec des enjambées anormalement grandes ou trop écarter les jambes risque d'étirer de manière excessive les moyens adducteurs et de créer ainsi une tension. Glisser sur de la glace est une manière classique pour provoquer un tiraillement à l'aîne. Une mauvaise condition physique froisse inévitablement ce muscle, entraînant des *trigger points* myofasciaux. Enfin, l'équitation est un sport qui épuise parfois les adducteurs.

Des *trigger points* peuvent être très rapidement activés dans n'importe quel muscle si vous débutez un travail ou une activité ludique alors que vous n'êtes pas échauffé et raide. Et même si vous vous êtes échauffé et en bonne forme, commencez par solliciter vos muscles en douceur avant d'adopter un rythme plus rapide et intense.

## Traitement

Il est facile de localiser le moyen adducteur en s'allongeant sur le côté à traiter, la jambe étant pliée et décollée du lit ([figure 9.31](#)). Sur l'illustration, la main «fantôme» indique le moyen adducteur tandis que la main véritable montre le grand adducteur dont nous parlerons à la prochaine section.





Figure 9.31 Localisation du moyen adducteur (A) et du grand adducteur (B) par une contraction isolée en décollant la jambe droite, pliée, du lit



Figure 9.32 Préhension du moyen adducteur entre le pouce et les autres doigts



Figure 9.33 Préhension du grand adducteur entre le pouce et les autres doigts





Figure 9.34 Massage du moyen adducteur avec les doigts ou leurs articulations

Décollez légèrement le genou du lit afin de sentir le moyen adducteur qui se contracte. Il devrait être bien visible près de l'aîne et vous devriez pouvoir le saisir entre le pouce et les autres doigts ([figure 9.32](#)). Comparez avec la manière dont vous prenez le grand adducteur qui se trouve juste derrière ([figure 9.33](#)). On peut également effectuer cette contraction isolée en étant assis sur une chaise.

Massez le moyen adducteur avec les doigts, la face externe de la jambe reposant sur le lit ([figure 9.34](#)) afin que le muscle soit détendu. Si vous le pouvez, massez également les muscles de la face interne de la cuisse, assis sur une chaise, en utilisant les mains, la tige d'une Thera Cane ou n'importe quel appareil de massage en forme de bâton comme un Tiger Tail.

De nombreuses manières de s'alimenter peuvent perpétuer des *trigger points*. Au [chapitre 2](#), la section «Perpétuation des *trigger points*» pages [30](#) à [33](#) fournit plus d'informations à ce sujet.

## Grands adducteurs

Le grand adducteur est le troisième plus grand muscle du corps. Il est formé de trois faisceaux attachés sur la branche ischio-pubienne, entre le pubis et l'ischion, qui descendent en s'enroulant pour se fixer sur toute la face postérieure du fémur à l'exception du faisceau le plus vertical, interne et long qui se fixe juste au-dessus du genou.

Les fibres musculaires des trois faisceaux sont orientées selon des angles différents, ce qui permet à ce muscle de participer à toutes sortes d'actions. Le rôle principal des grands adducteurs est de permettre une puissante adduction des cuisses qui ramène les jambes l'une vers l'autre. Ils aident également à stabiliser le bassin et à étendre les cuisses durant la marche et la course.

Le grand adducteur est un muscle complexe, mais qui vaut la peine d'être mieux connu. En effet, des *trigger points* peuvent entraîner le type d'ennuis et d'inquiétudes que connaît Carole.

Âgée de 23 ans, Carole étudie la musique en troisième cycle, surtout le piano. Elle voit un massothérapeute qui soulage ses mains douloureuses. À la troisième séance, elle a fini par oser lui demander si le massage pouvait aussi améliorer sa «douleur sexuelle». Encouragée à s'expliquer, elle lui a dit faire l'amour depuis cinq ans et avoir toujours ressenti une douleur extrême dans le vagin, surtout les jambes écartées. Après avoir répondu à d'autres questions, elle s'est souvenue que, même quand elle était jeune, l'intérieur de ses cuisses lui semblait toujours noué et n'arrivait pas à s'étirer correctement après un exercice. Elle a ajouté que, parfois, elle sentait que ça tirait et devenait désagréable dès qu'elle marchait ou courait en faisant de grandes enjambées.

À la clinique universitaire, on lui a dit qu'elle est en parfaite condition physique. On lui a suggéré de se faire aider par un psychologue et, peut-être, de boire un verre de vin avant de retrouver son ami. Carole a essayé ces deux «prescriptions», sans succès aucun.

Le massage de l'intérieur des cuisses de Carole a révélé des trigger points hypersensibles en haut de la face interne des deux cuisses, juste devant le sillon interfessier. Elle s'est sentie gênée qu'on masse cet endroit et a demandé si elle ne pouvait pas s'en charger. Au bout de quelques tentatives infructueuses, elle est parvenue à masser les points douloureux, assise sur une chaise en bois dur, avec une balle de tennis. Elle a déclaré plus tard que l'évolution était pleinement satisfaisante.

## Symptômes

Des *trigger points* dans la partie supérieure du grand adducteur provoquent une douleur à l'intérieur du bassin ([figure 9.35](#)). Cette profonde douleur interne est parfois très diffuse, sans point précis, ou sinon localisée. Elle peut alors exploser de manière vive et soudaine au niveau du pubis ou dans le vagin, le rectum, la prostate ou la vessie. Des *trigger points* dans la partie moyenne du muscle entraînent une douleur et une raideur dans la face interne de la cuisse, de l'aîne jusqu'au genou dans le cas extrême ([figure 9.36](#)).

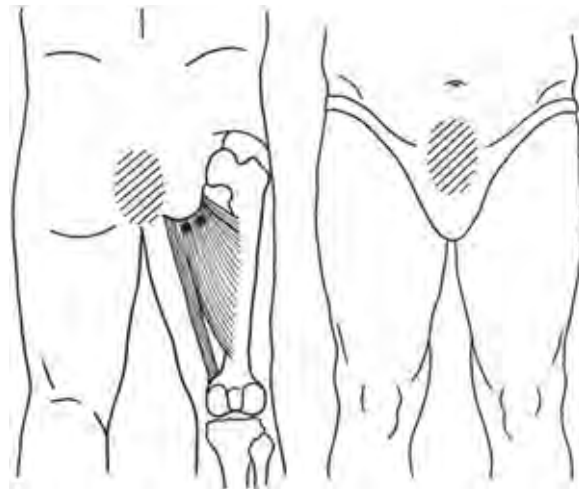


Figure 9.35 *Trigger points* numéro 1 du grand adducteur et schéma de douleur référée

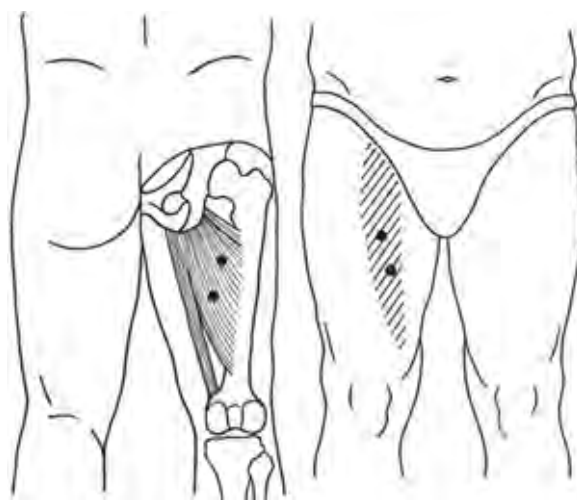


Figure 9.36 *Trigger points* numéro 2 du grand adducteur et schéma de douleur référée (on peut les traiter en pinçant le muscle ou en appuyant sa partie interne sur l'os sous-jacent)

Une douleur résultant de *trigger points* dans le grand adducteur augmente lors d'une abduction extrême, quand on amène la jambe vers le côté (ce qui écarte les cuisses), et d'une flexion de la hanche, quand on plie le fémur. C'est pour cette raison que, pendant les rapports sexuels, certaines femmes ont mal à l'intérieur du bassin et redoutent alors qu'il s'agisse d'une maladie viscérale ou gynécologique. L'obturateur interne (reportez-vous au [chapitre 7](#), à la page [181](#)) est également activé en cas d'étirement excessif dans cette position. L'ignorance des causes myofasciales d'une douleur intra-pelvienne risque malheureusement d'aboutir à toutes sortes de diagnostics erronés et de traitements qui ne se justifient pas, pouvant aller jusqu'à une intervention chirurgicale. Si vous souffrez dans cette région du bassin, il faudrait toujours commencer par rechercher d'éventuels *trigger points* myofasciaux, car s'il suffit de les masser pour éliminer la douleur, les raisons de s'inquiéter disparaissent.

## Causes

Les grands adducteurs des jambes sont sollicités, par exemple, dans les escaliers, en équitation si l'on serre trop les cuisses contre les flancs du cheval ou au ski si l'on tourne à toute vitesse. Des *trigger points* risquent fort d'apparaître lorsque ce type d'activité surmène ces muscles. Quand vous faites de l'exercice, faites donc attention à ne pas étirer de manière excessive ces muscles déjà entravés par des *trigger points*.

Les autres causes classiques de troubles avec le grand adducteur surviennent si les pieds glissent accidentellement alors qu'on descend des marches ou si l'on dérape sur une plaque de verglas ou, tout simplement, en montant dans une voiture ou en en sortant. Une tension soudaine, les jambes écartées, ou un mouvement qui éloigne brusquement les jambes l'une de l'autre risque de fragiliser les grands adducteurs.

## Traitement

Le grand adducteur se trouve derrière le moyen adducteur et le petit adducteur (voir les [figures 9.31](#), [9.32](#) et [9.33](#)). Essayez de différencier ces muscles en mettant les doigts entre eux sur la face interne de la cuisse.

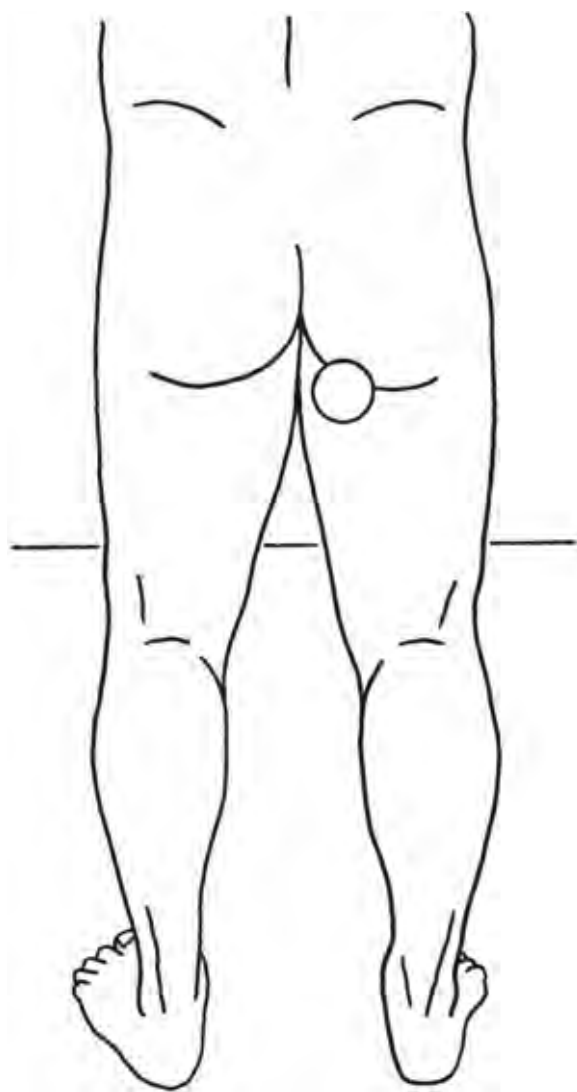


Figure 9.37 Position de la balle pour masser les *trigger points* numéro 1 du grand adducteur, assis sur une chaise dure

Vous pouvez masser les *trigger points* du haut avec une balle de tennis ou une balle rebondissante de 45 mm en étant assis sur une chaise ou un banc dur. Cet automassage étant difficile à illustrer de façon claire, l'emplacement approximatif de la balle est montré sur un corps à la verticale ([figure 9.37](#)). Vous pouvez également traiter ces points avec les doigts, allongé sur le dos, le genou et la hanche étant pliés. L'automassage de ces *trigger points* provoque une douleur parfois très surprenante et intense. Par conséquent, allez-y en douceur, d'autant qu'il est important de les désactiver.

Massez avec les doigts les *trigger points* numéro 2 du grand adducteur. La cuisse est posée sur le lit comme indiqué [figure 9.34](#) dans la section sur le moyen adducteur. L'automassage peut également être réalisé assis, en saisissant la totalité du muscle entre le pouce et les autres doigts. Ces *trigger points* se trouvent juste au milieu de la face interne de la cuisse, ni sur l'avant ni sur l'arrière. Vous pouvez également masser ces points avec la tige d'une Thera Cane ou un bâton de massage de type Tiger Tail.

### Droits internes

Le *droit interne* est le plus long muscle du corps après le couturier. C'est un muscle fin et plat qui s'attache au pubis puis descend tout le long de la face interne de la cuisse pour aller se fixer sous le genou, au niveau du tibia. Ces points d'insertion permettent au droit interne de mobiliser la hanche et le genou en contribuant à la flexion de ces deux articulations. Ce muscle étant normalement lâche, il est peu susceptible d'être malmené et des *trigger points* dans le droit interne sont généralement la

conséquence d'une douleur référée due à des *trigger points* dans d'autres muscles de la face interne de la cuisse.

Une douleur résultant de *trigger points* dans le droit interne est localisée à ce muscle et n'est jamais la manifestation à distance d'un autre site. Si la [figure 9.38](#) ne montre que deux *trigger points*, il peut en réalité y en avoir tout le long du muscle. Il s'agit généralement d'une sensation de chaleur cuisante ou qui picote, perçue juste sous la peau sur la totalité de l'intérieur de la cuisse. Il peut également y avoir un endolorissement diffus dans toute cette région du corps. La douleur reste identique au repos et n'est soulagée par aucun changement de position. Néanmoins, la marche s'avère parfois bénéfique.

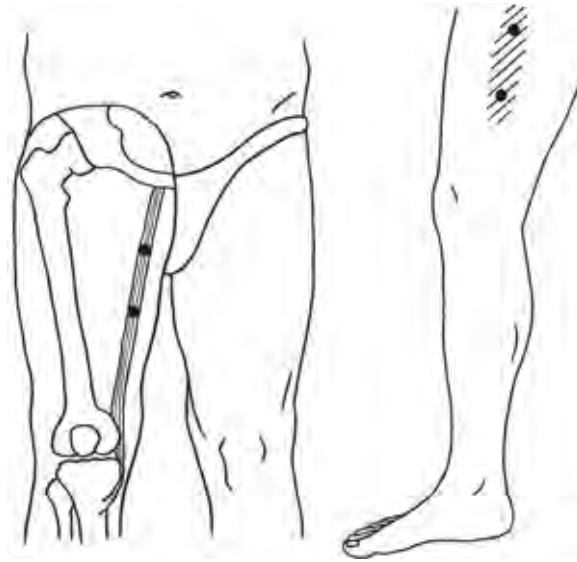


Figure 9.38 *Trigger points* du droit interne et schéma de douleur référée

Dans le cas du droit interne comme du couturier, la douleur se trouve au même endroit sur la face interne de la cuisse et un étirement ne sera efficace ni pour l'un ni pour l'autre.

Le droit interne est le muscle le plus superficiel de l'intérieur de la cuisse. Il se trouve immédiatement sous la peau, mais peut s'avérer difficile à différencier de la masse des muscles adducteurs, sauf si vous êtes particulièrement mince. Toutefois, il n'est pas compliqué d'en trouver les *trigger points*, car il suffit de chercher des points sensibles relativement superficiels le long de la face interne de la cuisse, puis de les masser avec les doigts en saisissant tout le muscle ou en pinçant un peu de peau.

## Muscles de l'arrière de la cuisse

Vous n'avez peut-être pas une idée très claire de ce que sont les *ischio-jambiers* ni de leur emplacement exact. Il s'agit de trois muscles minces, exceptionnellement puissants, qui couvrent la loge postérieure des cuisses ([figure 9.39](#)). Des *trigger points* passifs dans les ischio-jambiers, qui rendent ces muscles noués, sont très fréquents. Une douleur et une raideur résultant de ces *trigger points* sont aussi courantes chez les enfants que chez les adultes.

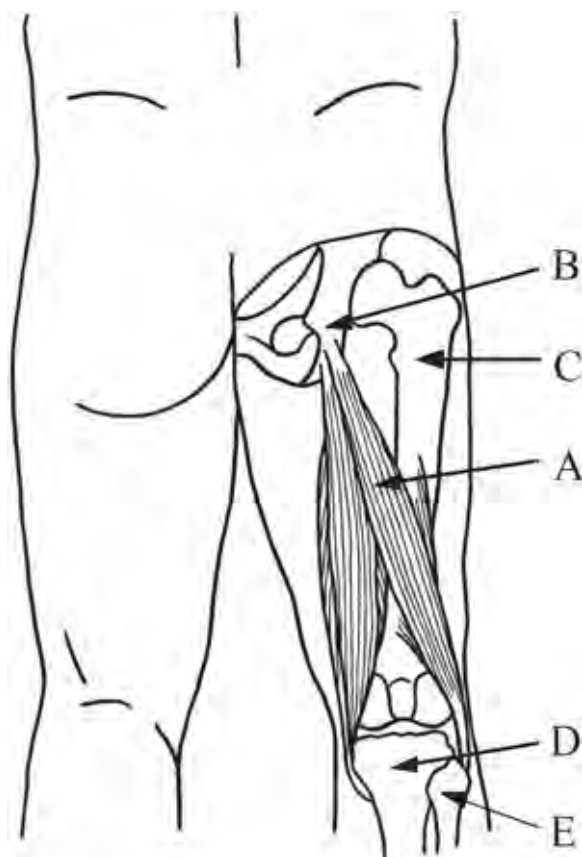


Figure 9.39 (A) ischio-jambiers, (B) ischion, (C) fémur, (D) tibia, (E) péroné

Vous avez probablement entendu parler d'athlètes souffrant d'une «élongation d'un ischio-jambier» ou, pire encore, d'une déchirure ou claquage. De telles blessures peuvent être à l'origine de *trigger points* qui empêchent l'allongement normal des ischio-jambiers. Dans ce cas, les muscles ne répondent plus complètement aux programmes d'échauffements ou d'étirements et risquent fort de souffrir d'un dommage physique. Si les athlètes étaient plus conscients de l'existence des *trigger points* et savaient comment les désactiver, il y aurait moins de blessures aux ischio-jambiers. L'histoire qui suit illustre les effets possibles à long terme de ce type de blessure lorsque le traitement ne comporte pas l'élimination des *trigger points* qui en découlent.

*Âgé de 21 ans, Nathan a ressenti une forte tension au bas du dos alors qu'il travaillait pour une société de livraison de colis. Il s'est retrouvé dans la salle des urgences où on lui a donné des antalgiques et des myorelaxants. La douleur a toutefois persisté et il n'a pas pu reprendre son travail.*

*Plusieurs séances de massage des muscles du dos et des fessiers de Nathan l'ont débarrassé de sa douleur au dos, mais il a continué à avoir du mal à se pencher pour ramasser quelque chose à cause d'une raideur à l'arrière des jambes. Il a révélé que celle-ci existait depuis le claquage d'un ischio-jambier lors d'une course de haies pendant ses études secondaires. Cette lésion a mis un terme à toute participation sportive. Il a souvent mal à l'arrière de la jambe blessée et ne peut plus toucher ses orteils depuis cinq ans. Les ischio-jambiers raides, qui rendent pénible le fait de se pencher en avant, ont inévitablement provoqué sa tension au dos.*

*L'automassage avec une balle de tennis dans une chaussette sur une chaise en bois a permis à ces muscles de commencer à s'allonger. Nathan a pu reprendre le travail avec confiance et, malgré la cicatrice qui persiste sur l'ischio-jambier blessé, il peut à nouveau toucher ses orteils.*

## Biceps fémoraux

Comparable au biceps brachial, le *biceps fémoral*, anciennement biceps crural, comporte deux parties. C'est également le seul «ischio-jambier latéral», à savoir le muscle situé le plus près du côté extérieur de la cuisse.

La partie principale du biceps fémoral se fixe sur l'ischion (l'os sur lequel on s'assied) et sur l'arrière du fémur. Il descend ensuite pour s'attacher en haut du péroné, l'os mince de la jambe le plus extérieur. Le biceps fémoral a beaucoup de puissance pour plier le genou et participe également à l'extension de la hanche. Ces mouvements sont nécessaires pour marcher, courir et sauter. L'action freinante de tous les ischio-jambiers empêche le corps de tomber en avant, que l'on bouge ou se tienne debout, immobile. Les ischio-jambiers contribuent également à doser la descente du bassin lorsqu'on se penche vers l'avant.

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans le biceps fémoral est de type sourde, perçue derrière le genou ([figure 9.40](#)). Elle siège plutôt vers le côté extérieur de l'arrière de la cuisse qu'au centre et se concentre parfois autour de la tête du péroné. Une gêne due à des *trigger points* dans le biceps fémoral peut s'étendre vers le haut à l'arrière de la cuisse et vers le bas dans la partie supérieure du mollet (non montré).

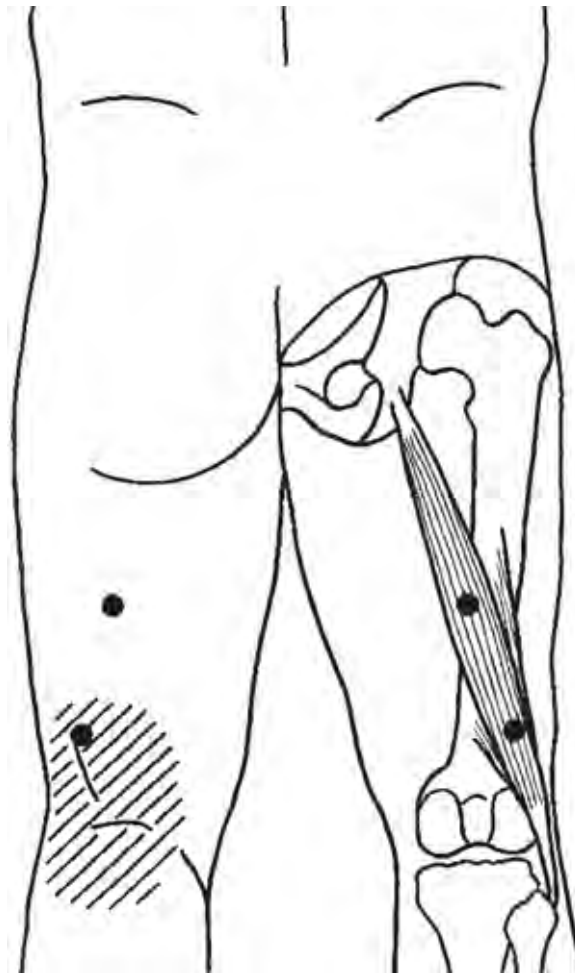


Figure 9.40 *Trigger points* du biceps fémoral et schéma de douleur référée

## Causes

Les ischio-jambiers souffrent lorsque les jambes demeurent longtemps pliées au niveau des articulations de la hanche et du genou. Un mode de vie sédentaire est néfaste aux ischio-jambiers qui



ont alors tendance à devenir raccourcis et raides. De même, des chaises qui exercent une forte pression sur l'arrière des cuisses favorisent la survenue de *trigger points* dans les ischio-jambiers. Jouer au football ou au basket-ball entraîne souvent des blessures de ces muscles, surtout en cas de mauvaise condition physique, et d'autres activités sportives comme la natation et le vélo risquent de malmenager les ischio-jambiers si des *trigger points* passifs les maintiennent raccourcis et affaiblis.

Il existe une étroite relation entre les mouvements de tous les muscles de la cuisse et de la hanche, et un problème dans l'un de ces muscles en causera dans les autres. Par exemple, si les quadriceps sont noués, les ischio-jambiers seront trop étirés, ce qui favorise l'apparition de *trigger points* en réaction, car il leur faut travailler plus dur. Des *trigger points* dans les ischio-jambiers provoquent une bascule postérieure du bassin (ou rétroversion) qui entraîne à son tour une tension chez les glutéaux étant donné que ces deux groupes musculaires doivent s'allonger pour permettre à la hanche de plier. Cet affaiblissement dû aux *trigger points* dans l'ischio-jambier mine en outre fortement le couturier, le droit interne, les jumeaux et le plantaire lors de la flexion du genou. Par conséquent, vous devez toujours vous attendre à trouver de nombreux *trigger points* dans les hanches et les cuisses.

## Traitement

Différenciez le biceps fémoral des autres ischio-jambiers en sentant le sillon entre eux à mi-chemin à l'arrière de la cuisse, par exemple en position assise. Le pied posé sur le sol, contractez la face postérieure de la cuisse comme pour essayer d'amener le pied derrière afin de faire ressortir les muscles. Percevez également, sur la face externe de l'arrière du genou, le puissant tendon du biceps fémoral qui se termine sur la tête du péroné, la boule en haut du côté extérieur de la jambe. Remarquez sur la [figure 9.40](#) que le trajet du muscle est diagonal derrière la jambe et remonte de la tête du péroné jusqu'à l'ischion (l'os sur lequel on s'assied). Le point noir du bas sur chaque jambe représente de nombreux *trigger points* possibles dans le court chef du biceps fémoral (qui est masqué par le long chef de ce même muscle).

Les mains et les doigts se fatiguent rapidement lorsqu'ils massent des *trigger points* dans l'ischio-jambier, mais une Thera Cane ou un bâton de massage ([figure 9.41](#)) comme un Tiger Tail est efficace, que vous soyez debout ou assis. Essayez d'exercer avec la Thera Cane un effet de levier sur les ischio-jambiers en étant assis sur un siège rembourré. Toutefois, l'idéal est d'utiliser une balle de tennis ou encore une grosse balle rebondissante, assis sur une surface dure comme une chaise ou un banc en bois ([figure 9.42](#)). Afin d'éviter les ganglions lymphatiques, les vaisseaux sanguins et les nerfs, ne faites pas rouler la balle derrière le genou qu'il faut toujours traiter avec précaution, comme indiqué dans la section «Muscles à l'arrière du genou» qui se trouve à la page suivante dans ce chapitre.



Figure 9.41 Massage de l'ischio-jambier avec un bâton rond ou un manche à balai



Figure 9.42 Massage de l'ischio-jambier avec une balle sur une chaise ou un banc en bois (évitiez de la faire rouler dans la zone tendre, non osseuse, derrière le genou)

Afin de prendre soin de vos ischio-jambiers, remarquez quel type de chaise, de canapé et de siège auto exerce une pression sur l'arrière de vos cuisses pour, si nécessaire, faire les modifications qui s'imposent. Si vos pieds ne sont pas bien à plat sur le sol, utilisez ce que vous trouverez pour faire office de repose-pieds. En cas de jambes courtes, les ischio-jambiers des personnes risquent de

souffrir dans n'importe quelle circonstance, mais les sièges auto et les canapés trop profonds font du tort même aux personnes de grande taille.

Des *trigger points* passifs dans les ischio-jambiers sont sournois, car vous pouvez très bien en ignorer la présence même lorsqu'ils qu'ils créent de sérieux problèmes. Vous avez donc tout intérêt à vérifier régulièrement l'état de vos ischio-jambiers et à prendre le temps de masser les *trigger points* que vous trouverez afin de les désactiver. C'est la meilleure prévention possible pour parer aux graves blessures aux ischio-jambiers et pour éviter les effets que des ischio-jambiers raccourcis peuvent avoir sur d'autres muscles.

## *Demi-tendineux et demi-membraneux*

Plus à l'intérieur que le biceps fémoral, le *demi-tendineux* et le *demi-membraneux* sont les deux autres muscles qui forment les ischio-jambiers, complétant et contrebalançant la force du biceps fémoral. Leur nom tient au fait que la moitié de leur longueur est composée d'un tissu tendineux très puissant. Ces muscles agissent comme une entité unique et c'est pourquoi nous en parlerons comme s'il s'agissait d'un seul et même muscle que, pour faire plus court, nous appellerons «demi-muscles».

### **Symptômes**

Une douleur résultant de *trigger points* dans les demi-muscles est surtout ressentie en haut de l'arrière de la cuisse au niveau du sillon interfessier ([figure 9.43](#)). Le schéma de douleur s'étend parfois le long de la face interne de l'arrière de la cuisse et jusqu'au mollet (non montré). Dans ce cas, toute la loge postérieure de la cuisse, du sillon interfessier au mollet, risque d'être sensible au toucher. Si la douleur provoquée par les demi-muscles se manifeste dans le genou, la sensation est plus vive que si elle est due au biceps fémoral et elle est davantage perçue vers le côté intérieur du genou.

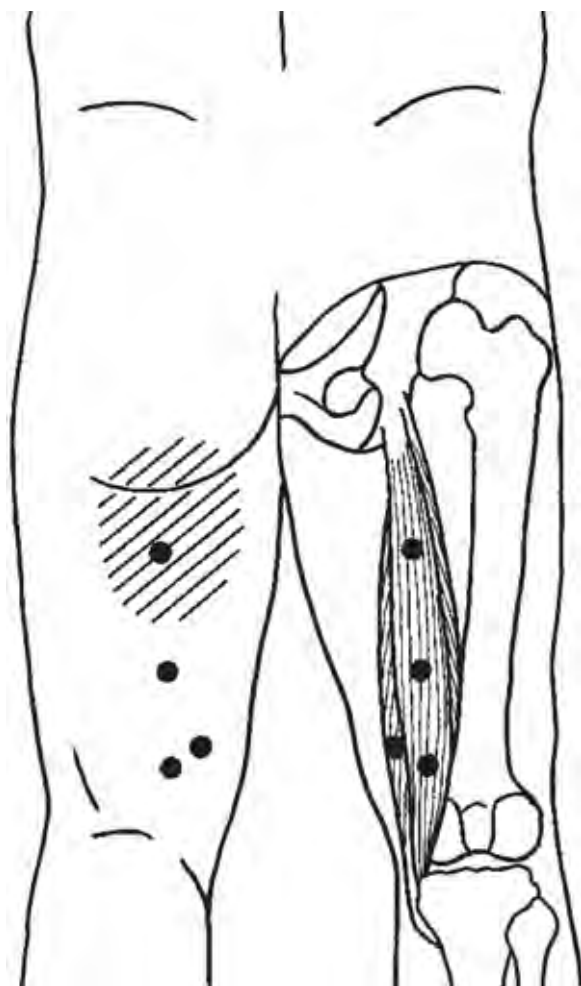


Figure 9.43 *Trigger points* du demi-tendineux et du demi-membraneux, et schéma de douleur référée

Une douleur et une raideur causées par des *trigger points* dans les demi-muscles sont souvent qualifiées, à tort, de «tendinite des ischio-jambiers». Parfois même, la distribution si vaste de la douleur résultant de *trigger points* dans les ischio-jambiers est confondue avec un diagnostic de sciatique. Des traitements non invasifs tels que la recherche de *trigger points* devraient toujours être tentés avant des options plus invasives.

## Causes

Les demi-muscles se fixent sur l'ischion (l'os sur lequel on s'assied) et sur la face interne du haut du tibia. Leur rôle est de contribuer à étendre la hanche et à plier le genou. Une blessure aux demi-muscles survient lorsque la flexion de la hanche et l'extension du genou sont maximales (des mouvements dans lesquels ces deux muscles sont le plus possible allongés). C'est la position de la jambe au football juste après avoir frappé dans le ballon. Si vous faites de la course de haies ou, en gymnastique, le grand écart, c'est la jambe avant qui risque de subir une blessure aux ischio-jambiers.

Des étirements excessifs provoquent l'apparition de *trigger points* dans les demi-muscles tout comme un étirement insuffisant résultant d'un manque d'activité physique. Être assis du matin jusqu'au soir — au travail, en voiture ou chez soi — contribue au raccourcissement des demi-muscles.

N'importe lequel des ischio-jambiers, s'il est noué, sera souvent à l'origine d'une douleur chronique au bas du dos. Des ischio-jambiers noués provoquent une bascule postérieure du bassin (rétroversion) ce qui aplatit la courbure lombaire et perturbe le fonctionnement normal des muscles du dos et des fesses. La posture qui en résulte favorise également la projection de la tête vers l'avant, apportant une tension supplémentaire au haut du dos et au cou. Ainsi, par un effet de domino, des

ischio-jambiers noués peuvent être la cause indirecte d'une douleur en une partie très éloignée du corps, dont la tête, notamment la mâchoire et la face. C'est pourquoi, même si vous ne souffrez que d'une céphalée chronique, vos ischio-jambiers peuvent très bien être impliqués.

## Traitement

Localisez les demi-muscles sur le côté intérieur de l'arrière de la cuisse. Parcourez, comme pour le biceps fémoral, la totalité de leur surface avec une balle de tennis ou une balle rebondissante de 60 mm contre le siège d'une chaise en bois ([figure 9.42](#)). Bougez la jambe sur la balle d'un côté à l'autre pour explorer toute la largeur de la loge postérieure de la cuisse. Afin d'éviter les ganglions lymphatiques, les vaisseaux sanguins et les nerfs, ne faites pas rouler la balle derrière le genou qu'il faut toujours traiter avec précaution, comme indiqué dans la section «Muscles à l'arrière du genou» qui suit. N'oubliez pas de tourner le genou et la cuisse en dedans afin que la balle masse le côté interne de l'arrière de votre cuisse. La plupart des *trigger points* dans les demi-muscles se trouvent dans la partie moyenne et inférieure de la cuisse, mais parfois aussi juste sous l'ischion. Dans la [figure 9.43](#), chaque point noir dans la moitié inférieure des deux muscles représente de nombreux *trigger points* possibles dans le demi-membraneux qui est caché par le demi-tendineux. Vous pouvez très bien ne pas soupçonner l'existence de *trigger points* dans vos ischio-jambiers et ne le découvrir qu'au moment où vous les recherchez.

Pour résumer, le plus important à retenir sur les ischio-jambiers est l'impossibilité de les étirer correctement tant que leurs *trigger points* ne sont pas désactivés étant donné que ceux-ci empêchent l'allongement des fibres musculaires. Si vous vous étirez avant une activité sportive, vous pouvez croire que vous prenez soin de vos ischio-jambiers, mais le risque de blessure existe tant que les *trigger points* n'ont pas été éliminés.

## Muscles à l'arrière du genou

Deux muscles très importants se trouvent derrière le genou, dans une région du corps considérée «à risque» à cause de la présence de nombreuses structures délicates (nerfs, vaisseaux sanguins, ganglions lymphatiques, etc.) mal protégées. Néanmoins, rien n'empêche de palper et de traiter ces muscles si l'on respecte les explications qui suivent.

### Poplités

Le *poplité* est un petit muscle de la face postérieure de l'articulation du genou. Le terme poplité vient du latin *poples*, *poplitis* qui signifie «jarret». En raison de sa petite taille et de sa localisation en profondeur, caché par les jumeaux, il est trop souvent négligé et l'on oublie les problèmes que d'éventuels *trigger points* peuvent causer.

Le poplité se fixe sur la face externe de l'extrémité inférieure du fémur (l'os de la cuisse) et, en bas, sur la face postérieure du tibia dans sa partie haute. Son rôle est permettre la flexion du genou en le «déverrouillant». Il contribue en outre à la stabilisation de l'articulation du genou en aidant le ligament croisé postérieur (dans cette articulation) à empêcher le fémur de bouger vers le tibia. Une lésion de ce ligament risque de causer du tort au poplité et d'entraîner une douleur due à la présence de *trigger points* qui persistent après une intervention réparatrice du ligament.

## Symptômes

Des *trigger points* dans le poplité provoquent une douleur derrière le genou lorsqu'on tend la jambe (figure 9.44) et un poplité raccourci empêchera l'immobilisation normale du genou. Parfois, on ne prend conscience du poplité qu'après avoir désactivé les *trigger points* présents dans le biceps fémoral.

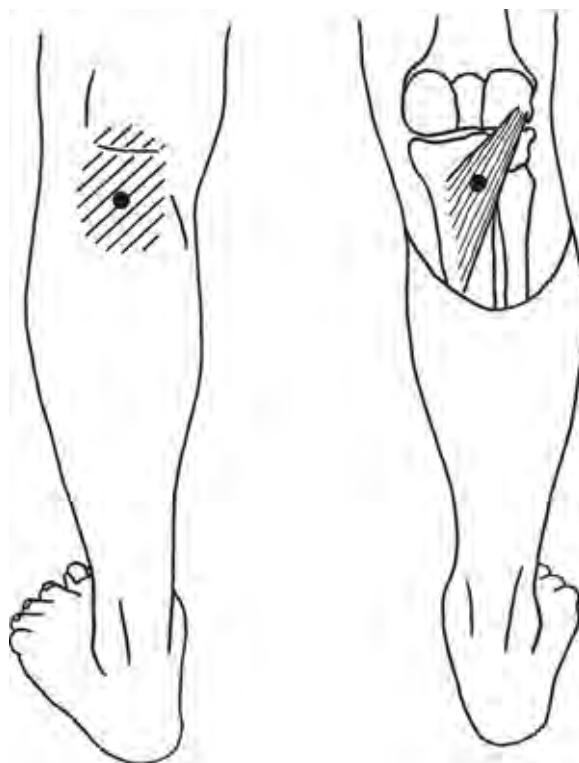


Figure 9.44 *Trigger point* du poplité et schéma de douleur référée

On a également mal lorsqu'on s'accroupit, court ou marche et la douleur augmente quand on descend une pente ou un escalier. Des *trigger points* dans les poplités sont souvent responsables d'une douleur aiguë perçue à l'arrière des genoux par les randonneurs quand ils redescendent à la fin de leur balade.

Une douleur au genou due à des *trigger points* dans le poplité est parfois confondue avec un kyste de Baker (ou kyste poplité), une tendinite, une déchirure de ligaments ou une lésion à un ou aux deux ménisques ou à d'autres tissus de l'articulation du genou. Si un dommage physique du genou est toujours possible, surtout en cas d'accident ou de pratique d'un sport violent en équipe, ne partez pas du principe qu'une intervention chirurgicale s'impose et commencez par rechercher d'éventuels *trigger points* dans les muscles du genou.

## Causes

Les poplités sont trop sollicités lors de la course, d'une torsion et si l'on glisse ou que l'on change rapidement de direction dans des jeux où l'on court comme le football et le base-ball. Le tennis, le volley-ball et les compétitions sur piste sont d'autres sports qui risquent de malmener les poplités. De même, les descentes en ski ou en randonnée épuisent les poplités. Porter une genouillère pour soulager une douleur peut s'avérer une cause inattendue de problème au poplité à cause de l'immobilisation de ce muscle empêché d'agir normalement.

## Traitement

Il est important d'éviter les nerfs et les vaisseaux sanguins derrière le genou et de faire attention aux ganglions lymphatiques. Reportez-vous au [chapitre 3](#) à la page [37](#) pour de plus amples informations sur les précautions à prendre. Afin de vous assurer que vous avez bien trouvé le poplité, identifiez-le par une contraction isolée. En position assise, tournez à plusieurs reprises le pied vers l'intérieur comme pour essayer de toucher le bout de vos orteils. À 5 cm environ sous le genou, sentez le poplité se contracter derrière les jumeaux. Vous pouvez masser ce muscle à cet endroit ou par les jumeaux avec les techniques montrées [figures 9.45](#) ou [9.46](#) en n'utilisant que les mains — jamais un appareil de massage dur.



Figure 9.45 Massage du poplité avec les doigts des deux mains (palpez le muscle avec précaution en évitant les fragiles vaisseaux sanguins et nerfs)





Figure 9.46 Massage du poplité avec les pouces (palpez le muscle avec précaution en évitant les fragiles vaisseaux sanguins et nerfs)

N'étirez pas le poplité ou les autres muscles de l'arrière de la jambe sans avoir au préalable massé les *trigger points* qui risquent d'empêcher l'allongement. Évitez si possible de porter des chaussures à talons hauts qui ont tendance à maintenir les genoux pliés et les poplités raccourcis. Un mode de vie sédentaire est le meilleur moyen pour aboutir à des désastres myofasciaux. Et si vous voulez retrouver la forme, allez-y avec modération. Trouvez plutôt le moyen de bouger plus au quotidien en évitant tout excès.

Un mode de vie sédentaire est le meilleur moyen pour aboutir à des désastres myofasciaux.

## Plantaires

Le *plantaire* est un autre petit muscle de la face postérieure de l'articulation du genou. Son nom reflète une fonction bien différente de celle du poplité, car ce terme vient du latin *plantaris*, de *planta*, qui signifie «plante des pieds». Grâce à son tendon incroyablement long, il aide les muscles du mollet pour la *flexion plantaire* (pointe du pied vers le sol).

Le plantaire se fixe sur l'extrémité inférieure du fémur (l'os de la cuisse) près du point d'insertion du poplité. Son long tendon se dirige en bas jusqu'à la face postérieure du calcaneum (os du talon) où il rejoint le tendon d'Achille. Ce très petit muscle est facilement étiré de manière excessive lorsqu'une extension extrême survient en même temps dans le genou et la cheville. Le genou est alors tendu et le pied en «dorsiflexion maximale» (pointe du pied vers le ciel). S'il vous est arrivé de vous amuser à marcher sur les talons, vous étiez dans la position qui étire les plantaires. On risque de blesser ce muscle lorsqu'un pied dérape vers l'arrière pendant qu'on monte une marche ou sur un trottoir.

Une douleur résultant de *trigger points* dans le plantaire siège avant tout derrière le genou, mais irradie parfois jusqu'en haut du mollet ([figure 9.47](#)). Il est important d'éviter les nerfs et les vaisseaux sanguins situés dans la loge postérieure du genou et de faire attention aux ganglions lymphatiques.

Reportez-vous au [chapitre 3](#) page [37](#) pour de plus amples informations sur les précautions à prendre. Assurez-vous que votre genou est bien plié à 90 degrés quand vous êtes assis. Recherchez des *trigger points* sur le côté extérieur de l'arrière du genou et massez-les doucement avec le bout des doigts, juste sous le creux poplité, en utilisant les mêmes techniques que pour le poplité ([figures 9.45](#) et [9.46](#)).

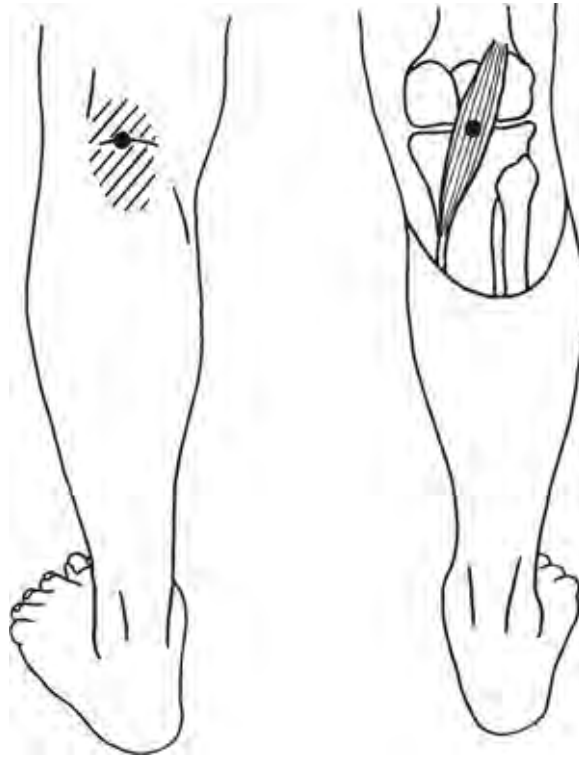
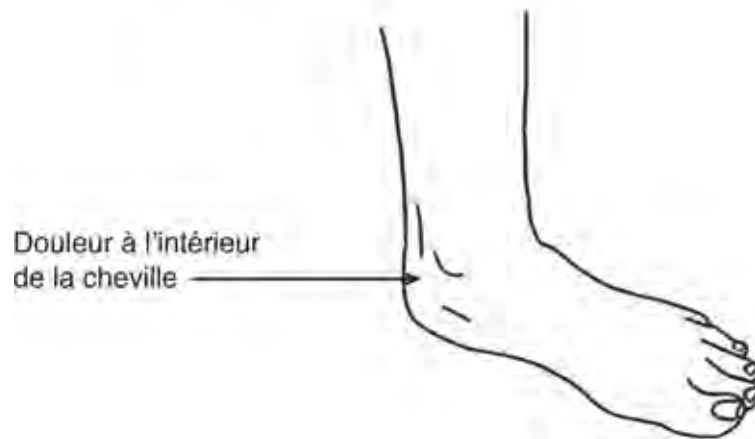
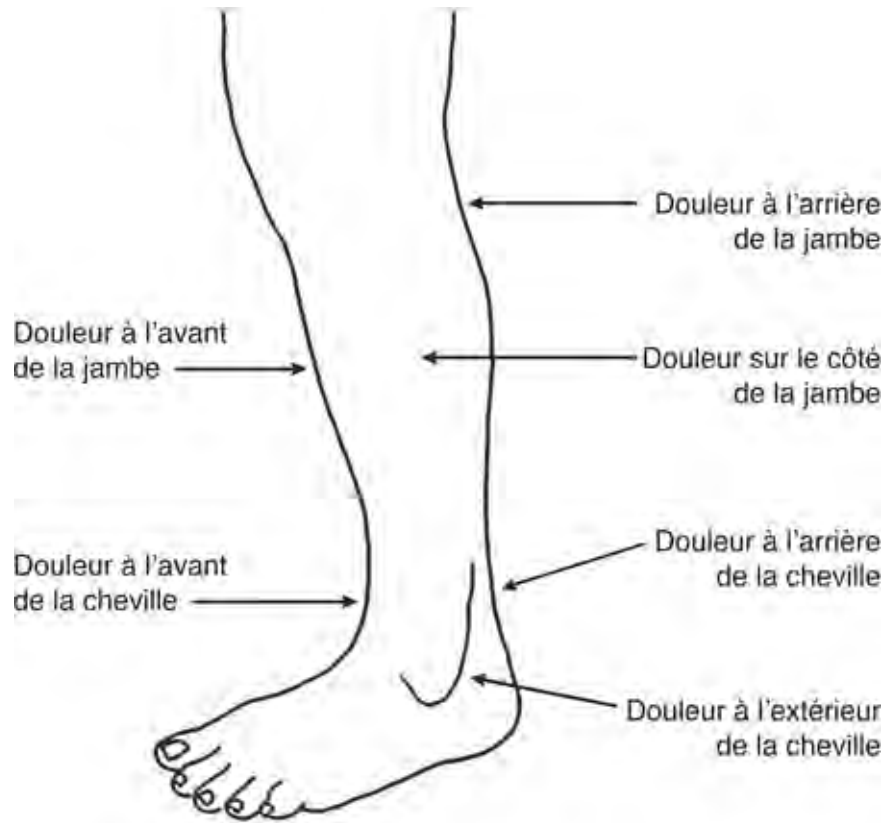


Figure 9.47 *Trigger point* du plantaire et schéma de douleur référée

## Chapitre 10

# Douleur à la jambe, à la cheville et au pied

## Jambe et cheville



# Guide des douleurs

## Jambe et cheville

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Avant de la jambe

jambier antérieur (p. [256](#))

moyen adducteur (p. [234](#))

### Avant de la cheville

**jambier antérieur** (p. [256](#))

**péronier antérieur** (p. [266](#))

**extenseur commun des orteils** (p. [259](#))

extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

### Arrière de la jambe

**soléaire** (p. [271](#))

**petit glutéal** (p. [207](#))

**jumeaux** (p. [267](#))

demi-tendineux (p. [241](#))

demi-membraneux (p. [241](#))

long fléchisseur commun des orteils (p. [274](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

plantaires (p. [244](#))

### Côté de la jambe

**jumeaux** (p. [267](#))

petit glutéal (p. [207](#))

long péronier latéral (p. [262](#))

court péronier latéral (p. [265](#))

vaste externe (p. [229](#))

# Arrière de la cheville

**soléaire** (p. [270](#))

**jambier postérieur** (p. [273](#))

long fléchisseur commun des orteils (p. [274](#))

# Extérieur de la cheville

**long péronier latéral** (p. [262](#))

**court péronier latéral** (p. [265](#))

**abducteur du 5<sup>e</sup> orteil** (p. [283](#))

**péronier antérieur** (p. [266](#))

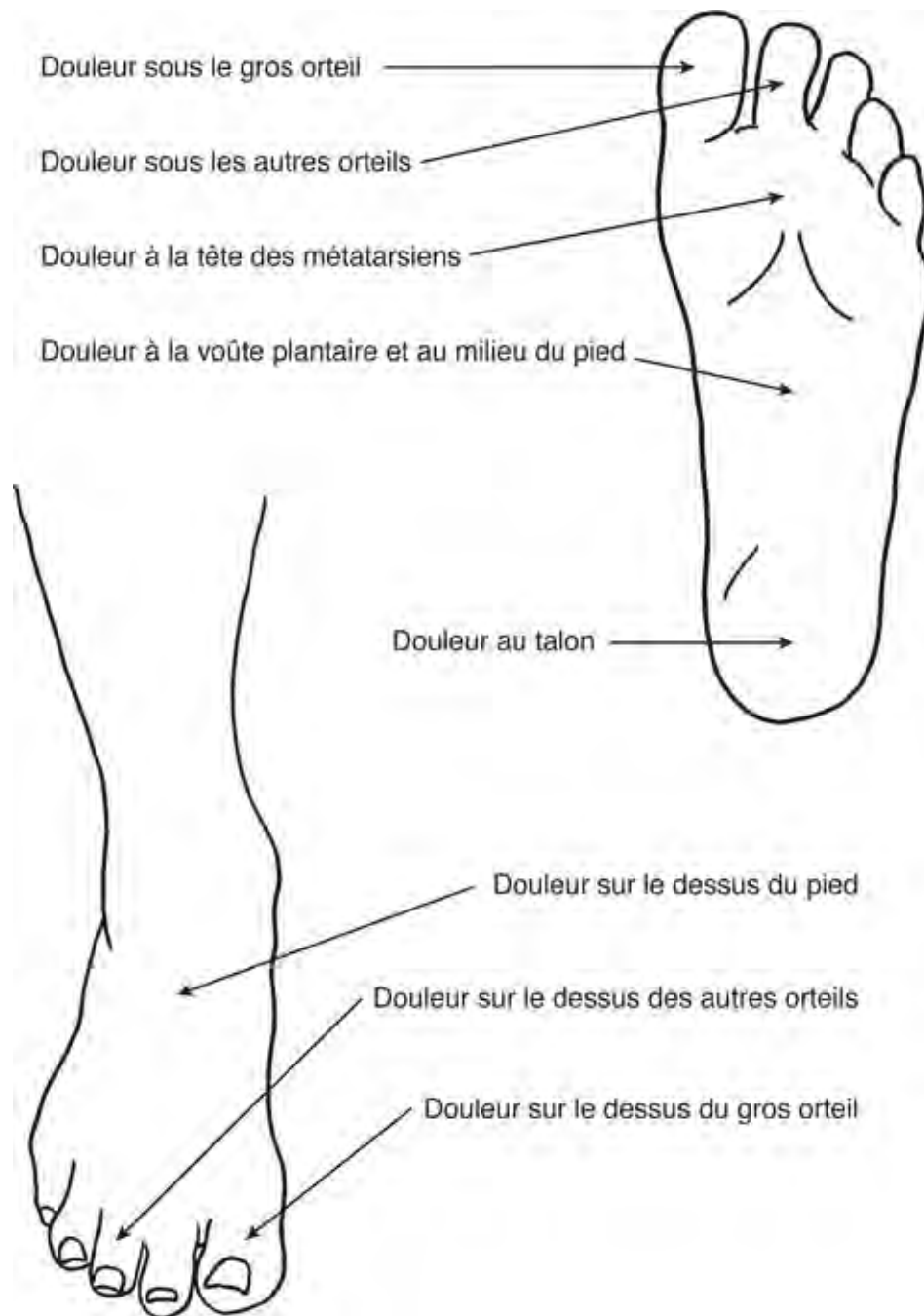
# Intérieur de la cheville

**abducteur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [282](#))

**long fléchisseur commun des orteils** (p. [274](#))

**soléaire** (p. [270](#))

# Pied



# Guide des douleurs

## Pied

**Les termes en gras indiquent un schéma de douleur primaire.** Les autres font référence à un schéma de *trigger point* moins courant ou satellite. Les muscles figurent par ordre de probabilité de la cause du problème. Consultez également le «Guide des autres symptômes». Ces guides peuvent être téléchargés (en anglais) à [www.newharbinger.com/24946](http://www.newharbinger.com/24946).

### Dessous du gros orteil

**long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [259](#))

court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [285](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

### Dessous des quatre derniers orteils

long fléchisseur commun des orteils (p. [274](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

### Tête des métatarsiens

**court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [285](#))

**court fléchisseur plantaire** (p. [279](#))

**adducteur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [285](#))

**long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [259](#))

**interosseux** (p. [279](#))

**abducteur du 5<sup>e</sup> orteil** (p. [283](#))

long fléchisseur commun des orteils (p. [274](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

court fléchisseur du 5<sup>e</sup> orteil (p. [286](#))

### Voûte plantaire et milieu du pied

**jumeaux** (p. [267](#))

**long fléchisseur commun des orteils** (p. [274](#))

**adducteur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [285](#))

soléaire (p. [270](#))

abducteur du gros orteil (p. [282](#))



**jambier postérieur** (p. [273](#))

## Talon

**soléaire** (p. [270](#))

**chair carrée de Sylvius** (p. [284](#))

**abducteur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [282](#))

**jambier postérieur** (p. [273](#))

abducteur du 5<sup>e</sup> orteil (p. [283](#))

jumeaux (p. [267](#))

## Dessus du pied

**pédieux** (279)

**court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [279](#))

**extenseur commun des orteils** (p. [259](#))

**extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [259](#))

**court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil** (p. [285](#))

**interosseux** (p. [279](#))

jambier antérieur (p. [256](#))

## Dessus des quatres derniers orteils

**interosseux** (p. [279](#))

**extenseur commun des orteils** (p. [259](#))

## Dessus du gros orteil

**jambier antérieur** (p. [256](#))

extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [279](#))

# Guide des autres symptômes

## Jambe, cheville et pied

### **Crampe aux mollets**

jumeaux (p. [267](#))

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

### **Douleur ou trouble en cas de mouvement**

#### **Douleur sourde au repos**

abducteur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [282](#))

abducteur du 5<sup>e</sup> orteil (p. [283](#))

court fléchisseur plantaire des orteils (p. [279](#))

#### **Douleur à la cheville**

jambier antérieur (p. [256](#))

#### **Douleur à l'arrière du genou en montant un escalier ou une pente**

jumeaux (p. [267](#))

soléaire (p. [270](#))

#### **Difficulté à ramasser un objet**

soléaire (p. [270](#))

#### **Dorsiflexion (flexion du pied et des orteils vers l'avant)**

soléaire (p. [270](#))

jambier antérieur (p. [256](#))

#### **Pied tombant (boiterie due au fait que la pointe du pied reste dirigée vers le bas lors de la marche)**

jambier antérieur (p. [256](#))

long péronier latéral (p. [262](#))

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

#### **Claquement du pied (le pied appuie sur le talon en premier lors de la marche)**

jambier antérieur (p. [256](#))

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

#### **Douleur et tuméfaction de la cheville et du pied**

soléaire (p. [270](#))

#### **Douleur en courant**

soléaire (p. [270](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

### **Douleur debout**

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

court fléchisseur plantaire des orteils (p. [279](#))

long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

### **Douleur debout, penché vers l'avant**

jumeaux (p. [267](#))

### **Douleur le genou tendu, pied fléchi**

jumeaux (p. [267](#))

### **Douleur en trébuchant**

jambier antérieur (p. [256](#))

### **Cheville instable (voir également pied de Dudley-Morton)**

long péronier latéral (p. [262](#))

court péronier latéral (p. [265](#))

péronier antérieur (p. [266](#))

### **Douleur en marchant**

jambier antérieur (p. [256](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

jumeaux (p. [267](#))

soléaire (p. [270](#))

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

court fléchisseur plantaire des orteils (p. [279](#))

court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [285](#))

### **Douleur en descendant un escalier ou une pente**

soléaire (p. [270](#))

### **Douleur en marchant vite**

soléaire (p. [270](#))

jumeaux (p. [267](#))

### **Douleur en marchant sur un sol en pente**

jumeaux (p. [267](#))

## **Engourdissement et picotements**

### **Jambe et pied**

pyramidal (p. [182](#))

### **Gros orteil**

premier interosseux (p. [279](#))

### **Orteils**

court fléchisseur du 5<sup>e</sup> orteil (p. [286](#))

court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [285](#))

adducteur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [285](#))

interosseux (p. [279](#))

### **Dessus du pied**

long péronier latéral (p. [262](#))

### **Fasciite plantaire**

soléaire (p. [270](#))

jumeaux (p. [267](#))

chair carrée de Sylvius (p. [284](#))

court fléchisseur plantaire des orteils (p. [279](#))

abducteur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [282](#))

abducteur du 5<sup>e</sup> orteil (p. [283](#))

## **Entorse de la cheville**

long péronier latéral (p. [262](#))

court péronier latéral (p. [265](#))

péronier antérieur (p. [265](#))

## **Entorse du fléchisseur commun des orteils**

jambier antérieur (p. [256](#))

## **Faiblesse**

### **Cheville**

jambier antérieur (p. [256](#))

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

long péronier latéral (p. [262](#))

court péronier latéral (p. [265](#))

péronier antérieur (p. [266](#))

## **Hypersensibilité**

### **Tendon d'Achille**

soléaire (p. [270](#))

### **Cheville**

jambier antérieur (p. [256](#))

péronier antérieur (p. [266](#))

### **Gros orteil**

péronier antérieur (p. [256](#))

## **Dessous de l'avant-pied**

adducteur du 1<sup>er</sup> orteil (p. [285](#))

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

court fléchisseur plantaire des orteils (p. [279](#))

## **Talon**

soléaire (p. [270](#))

chair carrée de Sylvius (p. [284](#))

Côtés des orteils

interosseux (p. [279](#))

## **Dessus du pied**

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

## **Maladie ou pied ancestral de Dudley-Morton («pied» de Dudley-Morton)**

long péronier latéral (p. [262](#))

court péronier latéral (p. [265](#))

péronier antérieur (p. [266](#))

jambier postérieur (p. [273](#))

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (p. [259](#))

## **Orteils en griffe (rétraction en griffe)**

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

## **Orteils en marteau**

long fléchisseur plantaire des orteils (p. [274](#))

extenseur commun des orteils (p. [259](#))

## **Tendinite du tendon d'Achille**

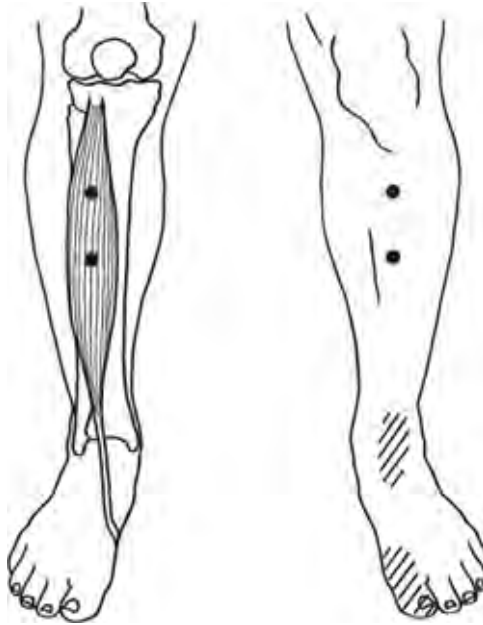
jambier postérieur (p. [273](#))

soléaire (p. [270](#))

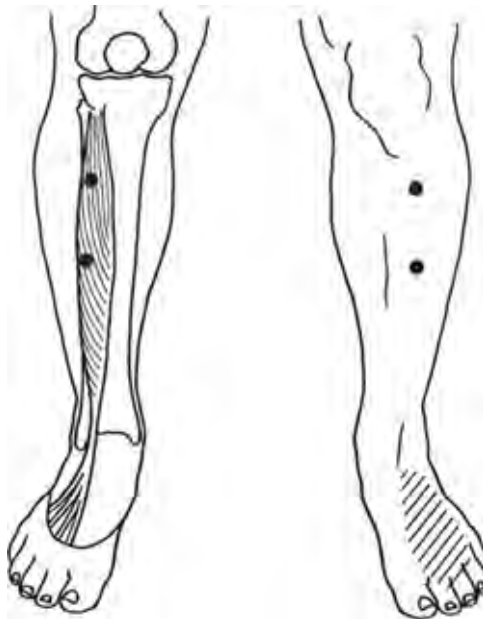
jumeaux (p. [267](#))

# Guide illustré des trigger points

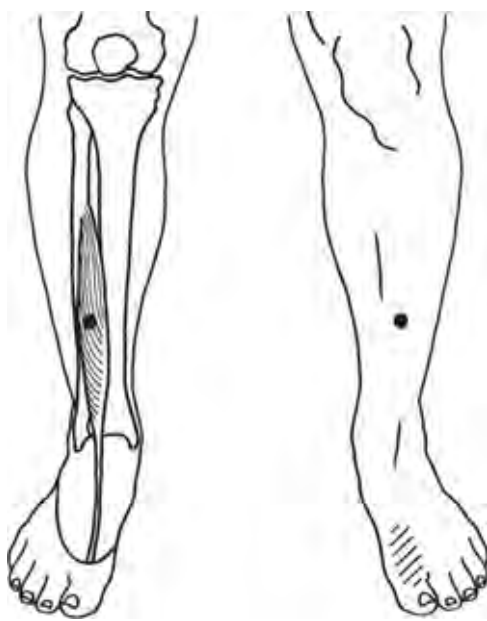
## Jambe, cheville et pied



*Trigger points* du jambier antérieur et schéma de douleur référée (p. [257](#))



*Trigger points* de l'extenseur commun des orteils et schéma de douleur référée (p. [260](#))



*Trigger point* de l'extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 260)



*Trigger point* du long péronier latéral et schéma de douleur référée (p. 263)

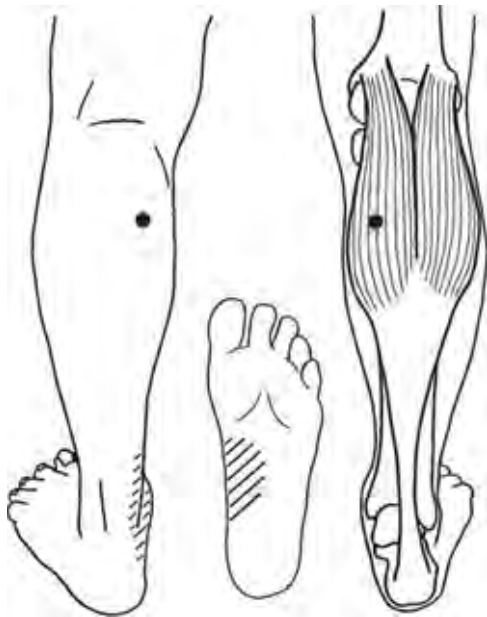


*Trigger point* du court péronier latéral et schéma de douleur référée (p. 265)

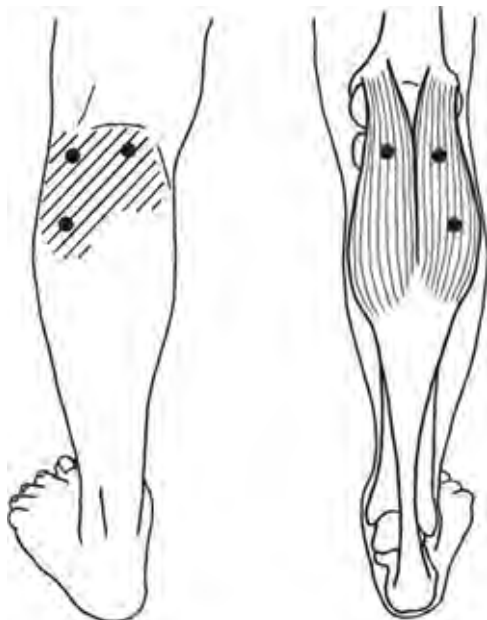




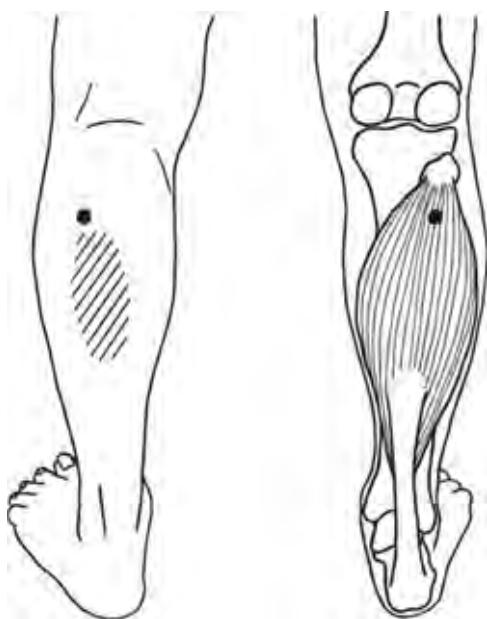
*Trigger point* du péronier antérieur et schéma de douleur référée (p. [266](#))



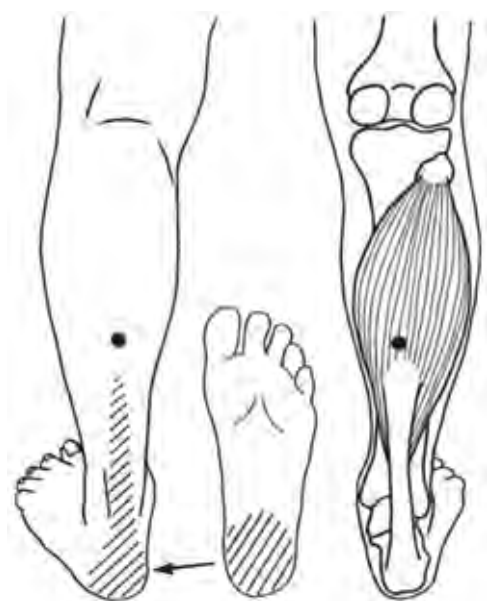
*Trigger point* numéro 1 des jumeaux et schéma de douleur référée (p. [268](#))



Autres *trigger points* des jumeaux et schéma de douleur locale (p. [268](#))

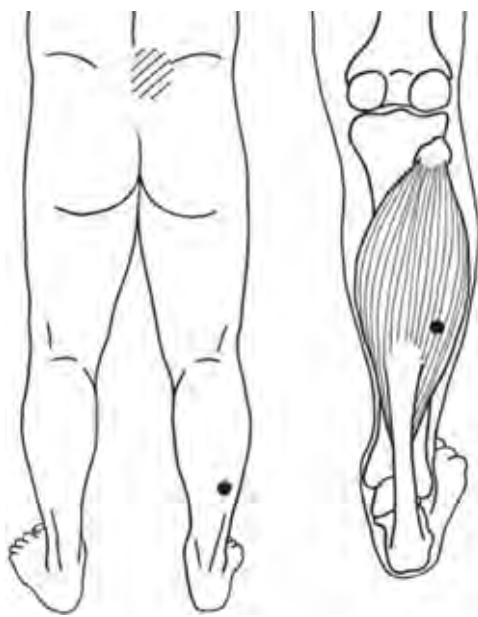


*Trigger point* numéro 1 du soléaire et schéma de douleur référée (p. [271](#))



*Trigger point* numéro 2 du soléaire et schéma de douleur référée (p. [271](#))

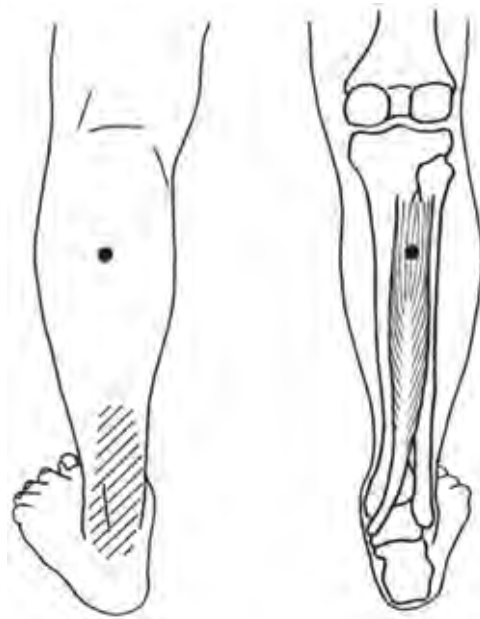
*Avertissement: pour chaque muscle, lisez au préalable toutes les instructions de traitement avant de commencer les massages.*



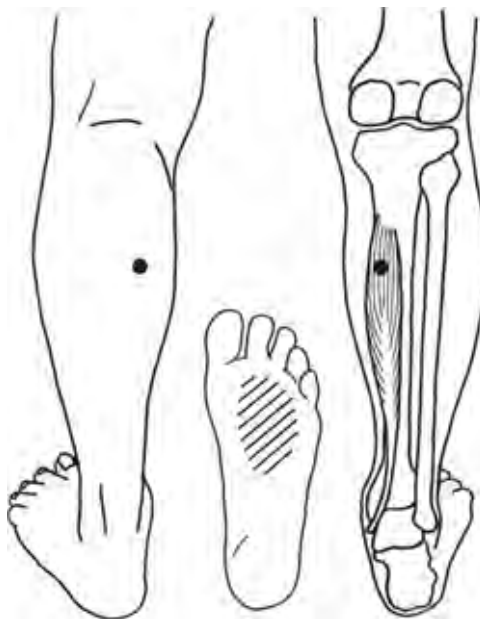
*Trigger point* numéro 3 du soléaire et schéma de douleur référée (p. [271](#))



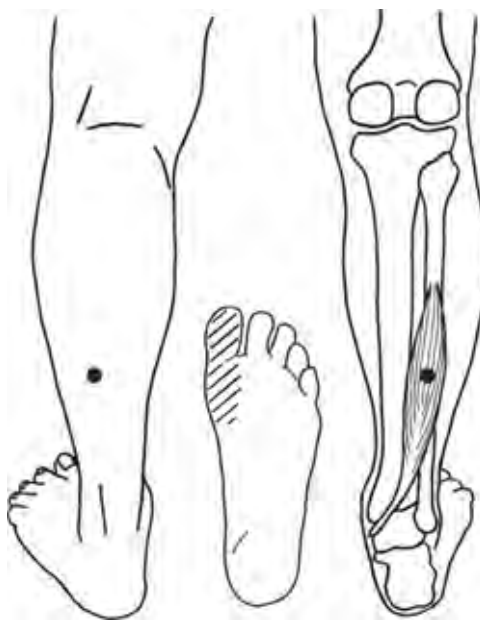
*Trigger point* numéro 4 du soléaire et schéma de douleur référée (p. [271](#))



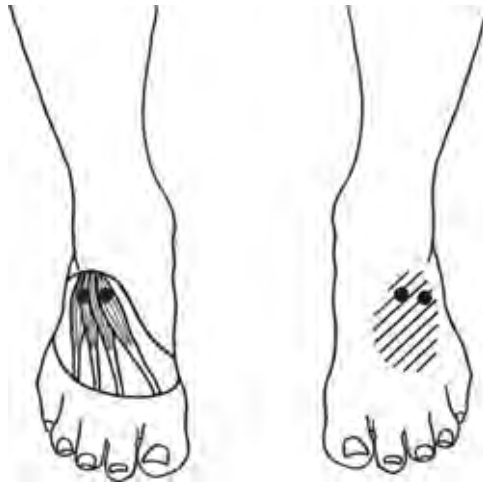
*Trigger point* du jambier postérieur et schéma de douleur référée (p. [273](#))



*Trigger point* du long fléchisseur commun des orteils et schéma de douleur référée (p. [274](#))



*Trigger point* du long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 275)



*Trigger points* du pédieux et du court extenseur du 1<sup>er</sup> orteil, et schéma de douleur référée (p. 279)



*Trigger point* d'un des interosseux et schéma de douleur référée (ces muscles se trouvent entre chacun des métatarsien) (p. 280)



*Trigger points* de l'abducteur du 1<sup>er</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 282)



*Trigger points* de l'abducteur du 5<sup>e</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. [283](#))



*Trigger point* du court fléchisseur palmaire et schéma de douleur référée (p. [284](#))



*Trigger point* de la chair carrée de Sylvius et schéma de douleur référée (p. [284](#))



*Trigger points* de l'adducteur du 1<sup>er</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 285)



*Trigger points* du court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 285)



*Trigger point* du court fléchisseur du 5<sup>e</sup> orteil et schéma de douleur référée (p. 286)



# Douleur à la jambe, à la cheville et au pied

Âgée de 25 ans, Laura passe des vacances à New York. Une atroce douleur au pied s'est manifestée après avoir arpenté toute la journée les trottoirs en béton pour voir les monuments de la ville. Elle a dû se rendre en taxi aux urgences où on lui a conseillé de prendre un antalgique et de reposer ses pieds. Mais après avoir fait cela, la douleur est demeurée lancinante et elle pouvait à peine clopiner dans la chambre de son hôtel. Elle était très ennuyée à l'idée que chaque jour de repos pour ses pieds était un jour de vacances perdu.

Un massothérapeute qui tenait un cabinet dans son hôtel lui a montré comment masser ses jambes pour se débarrasser de sa douleur aux pieds. Elle avait déjà passé beaucoup de temps à les masser, sans grand succès. Toutefois, après cet automassage des muscles du mollet et du tibia, elle a pu marcher quasiment sans avoir mal. Grâce au repos et à la poursuite du massage le soir et, à nouveau, le matin suivant, elle a pu sortir pour voir ce qu'elle avait prévu. Elle a également pris plus de taxis et a moins marché. Elle savait que la douleur risquait de revenir à cause de la tension constante due à la marche, mais elle savait désormais comment la combattre.

Vous n'y avez peut-être jamais réfléchi, mais les onze muscles de la jambe sont en fait des muscles du pied. Les anatomistes les appellent des muscles extrinsèques du pied, ce qui signifie qu'ils agissent de l'extérieur du pied. Les muscles dans le pied sont dits intrinsèques, car ils agissent de l'intérieur du pied. Par conséquent, votre douleur dans les pieds provient peut-être d'ailleurs et vous pouvez perdre beaucoup de temps à les frotter et à les tremper si des *trigger points* dans les mollets et les tibias en sont responsables.

Des *trigger points* dans les muscles de la jambe sont en outre à l'origine de la plupart d'une douleur à la cheville. Si elle siège à l'avant, cela provient presque toujours des muscles du tibia. Une douleur autour du tendon d'Achille, à l'arrière de la cheville, résulte généralement des muscles du mollet. Une entorse du ligament de la cheville n'est parfois qu'une douleur référée de *trigger points* dans les péroniers du côté extérieur de la jambe. De nombreux problèmes des chevilles et des pieds qualifiés des termes «tendinite», «épine calcanéenne», «fasciite plantaire» ou «entorse d'un ligament» guérissent grâce à de simples massages des muscles de la jambe.

Vous n'y avez peut-être jamais réfléchi, mais les onze muscles de la jambe sont en fait des muscles du pied... Vous pouvez perdre beaucoup de temps à frotter et à tremper vos pieds si des *trigger points* dans les mollets et les tibias en sont responsables.

Bien évidemment, de nombreuses personnes souffrent aux chevilles et aux pieds des conséquences sérieuses d'un traumatisme physique ou d'une malformation congénitale. Il n'en reste pas moins que des *trigger points* myofasciaux sont très souvent présents, même en cas de pathologie avérée. Grâce à vos *trigger points*, vous savez que vous pourrez traiter avec succès la plupart des douleurs aux jambes, aux chevilles et aux pieds.

## Muscles du tibia

Trois muscles importants se trouvent à l'avant de la jambe ([figure 10.1](#)). Ces trois muscles du tibia permettent la *dorsiflexion* ou flexion du pied et des orteils vers la jambe. C'est indispensable pour que les orteils ne traînent pas lorsque vous marchez. Les muscles du tibia contribuent en outre à ce que le

Le pied s'adapte à un sol irrégulier et au maintien du corps en équilibre quand vous êtes debout. Des muscles du tibia affaiblis par des *trigger points* font souvent buter et trébucher, ce qui peut aboutir à une blessure physique, un souci majeur pour les personnes âgées chez qui une chute implique des fractures et une hospitalisation.

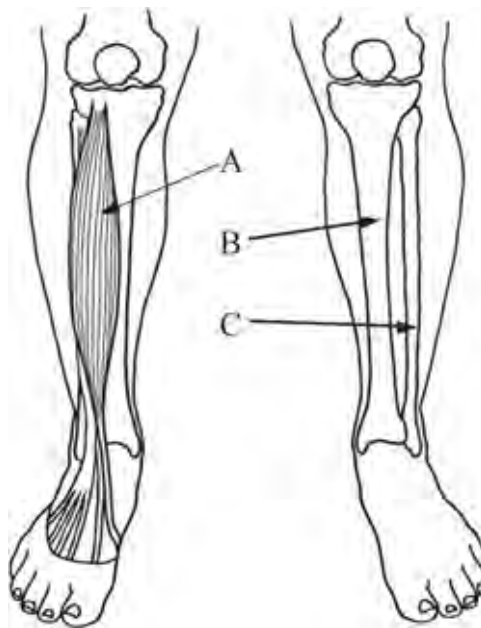


Figure 10.1 (A) muscles du tibia, (B) tibia, (C) péroné

Une douleur résultant de *trigger points* dans les trois muscles du tibia irradie à l'avant de la cheville et au-dessus du pied et des orteils. Une douleur myofasciale dans le gros orteil due à ces muscles est parfois confondue avec une crise de goutte. Les autres problèmes causés par des *trigger points* sont une faiblesse de la cheville, des crampes nocturnes, un orteil en marteau, un orteil en griffe et un engourdissement du dessus du pied et de l'avant de la jambe.

Une tension chronique provenant de *trigger points* dans les muscles du tibia, au niveau des points d'insertion, entraîne parfois une *entorse du fléchisseur commun des orteils* extrêmement douloureuse. Et si cette douleur diffère de la douleur référée émanant de *trigger points*, l'automassage est dans ces deux cas le traitement correct, car il désactive les *trigger points* et fait disparaître la tension.

Une tuméfaction chronique des muscles du tibia consécutive à des *trigger points* aboutit parfois à un *syndrome de la loge tibiale antérieure*, une pathologie grave où la circulation sanguine est entravée. Le tissu musculaire qui est mal irrigué risque alors de se nécroser. La jambe comporte quatre loges musculaires, chacune renfermant plusieurs muscles. Elles sont séparées les unes des autres par d'épaisses membranes de tissu conjonctif qui peuvent en limiter fortement l'espace intérieur. Un syndrome des loges se caractérise par une pression excessive et une hypersensibilité dans toute la région des loges. Il existe alors un risque de rupture de l'enveloppe fasciale, une urgence qui impose au plus vite une intervention chirurgicale. Ce syndrome est moins probable si les *trigger points* myofasciaux sont désactivés à temps.

## Jambier antérieur

Le *jambier antérieur*, ou *tibial antérieur*, longe la face externe du tibia. Il est intéressant de savoir qu'à l'époque de la Rome antique, on fabriquait des flûtes à partir du tibia de certains animaux, *tibia* étant le terme latin pour «flûte». Un tel instrument était tout naturellement appelé «tibia». D'ailleurs, c'est également la raison pour laquelle certains tuyaux du jeu de flûte d'orgues s'appellent «tibia».

Le jambier antérieur s'attache sur la face externe du tibia au niveau des deux tiers supérieurs. Son long tendon descend parallèlement au bord tranchant du corps de l'os (crête tibiale). Quand vous levez l'avant du pied, vous le voyez à l'avant de la cheville. Il traverse le dessus du pied en passant sous un ligament pour se terminer vers son bord interne à la base du premier métatarsien.

Les points d'insertion du jambier antérieur lui permettent la dorsiflexion du pied et la rotation de la plante du pied en dedans, un mouvement appelé *inversion*. Grâce à la dorsiflexion, le pied décolle du sol pendant la marche, après un pas, pour faire le suivant. L'inversion et la dorsiflexion sont nécessaires pour assurer l'équilibre du corps et adapter les pieds à la surface qui est sous eux. Comprendre les effets des *trigger points* dans le jambier antérieur est utile pour résoudre nombre de problèmes gênants inexpliqués dans les pieds et les chevilles, notamment une faiblesse, une raideur, un engourdissement et une douleur. Chez les enfants, les *trigger points* dans les jambiers antérieurs sont l'une des principales causes de «douleurs de croissance» dans les pieds et les chevilles. Ils n'y sont pas moins fréquents que chez les adultes. Les deux exemples qui suivent illustrent des problèmes typiques des jambiers antérieurs.

*Âgée de 59 ans, Denise est arrivée à son cours d'informatique avec une intense douleur à l'avant de la cheville droite et sur le dessus du pied. La nuit précédente, elle n'avait pas pu fermer l'œil et là, elle pouvait à peine marcher. Son visage crispé montrait à quel point elle souffrait. Un massothérapeute qui suivait le même cours lui a montré comment masser un point douloureux près du tibia. Au bout de quelques minutes, l'intensité de la douleur à la cheville et au pied avait diminué. Il lui a ensuite expliqué comment empêcher la douleur de revenir en effectuant l'automassage de cet endroit avec le talon du pied opposé.*

*La douleur de Denise était liée à son habitude à rester assise devant l'ordinateur avec les pieds sous le fauteuil. Cette position où les orteils touchaient des heures durant le sol en restant pliés vers le haut avait entraîné des crampes dans les muscles à l'avant de ses jambes.*

*Âgé de 80 ans, Lucien souffre d'une douleur chronique au gros orteil. Ses orteils ont en outre tendance à s'accrocher aux marches et au bord des tapis, ce qui le fait trébucher sans qu'il s'y attende. Il a bien failli tomber à plusieurs reprises, lui dont la pire hantise est de se casser le col du fémur. Par mesure de précaution, il s'est mis à marcher avec une canne. Son médecin lui a prescrit un traitement contre la goutte même si ses examens n'ont pas confirmé que c'était bien là son problème. Il n'y a eu toutefois aucune amélioration et son orteil a continué de le lancer.*

*On a découvert des trigger points dans les muscles de l'avant de la jambe de Lucien. Une pression exercée sur un point particulier a reproduit exactement la douleur dans son orteil. Après le massage, la douleur avait considérablement régressé. Il a ensuite trouvé qu'il pouvait masser lui-même ce point avec le bout de sa canne en caoutchouc. En poursuivant l'automassage dès que le besoin s'en faisait sentir, il a cessé de trébucher et sa «goutte» a rapidement disparu.*

## Symptômes

Des *trigger points* dans le jambier antérieur entraînent une douleur sur le dessus et l'intérieur du gros orteil et sur l'avant de la cheville ([figure 10.2](#)). Marcher empire cette douleur. Parfois, la douleur irradie en partie le long de la jambe contre le tibia (non montré).

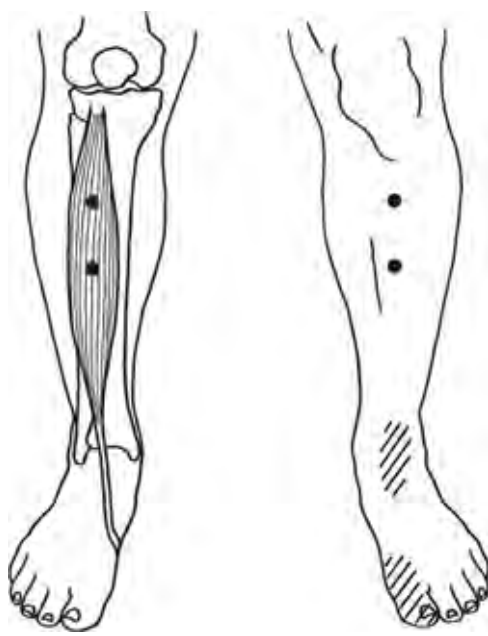


Figure 10.2 *Trigger points* du jambier antérieur et schéma de douleur référée

En cas de douleur au gros orteil, on parlera souvent d'entorse du gros orteil ou de «goutte» (même si une telle douleur ne signifie pas automatiquement que vous souffrez de goutte). La zone de projection de la douleur due à des *trigger points* dans les jambiers antérieurs et les extenseurs propres du premier orteil inclut le gros orteil et la tête du premier métatarsien, là où l'orteil rejoint le reste du pied. La douleur peut sembler siéger dans l'articulation. Les médecins qui ne connaissent pas ces effets auront tendance à prescrire un traitement contre la goutte, même lorsqu'aucun examen ne le confirme.

Une véritable goutte, où des cristaux d'urate se déposent dans les articulations, est causée par un excès d'acide urique dans le sang (hyperuricémie). Une alimentation trop riche en viande et trop pauvre en eau favorise l'hyperuricémie. La goutte et des *trigger points* dont les symptômes imitent celle-ci coexistent souvent et il peut être difficile de vous débarrasser de vos *trigger points* en cas d'hyperuricémie. Si vous manquez de vitamine C, il sera difficile d'éliminer ces deux états pathologiques.

Une chute et un problème supposé d'équilibre peuvent, en fait, résulter de l'affaiblissement des jambiers antérieurs dû à la présence de *trigger points*. Or un jambier antérieur affaibli entraîne, de manière inopinée, un «pied tombant» qui peut faire trébucher et cogner les orteils contre le sol ou buter en montant des marches. Cet effet représente un danger sérieux pour les personnes âgées qui risquent une fracture ou pire encore. Quel que soit votre âge, si vous avez tendance à trébucher pour un oui ou pour un non, vous devriez rechercher d'éventuels *trigger points* à l'avant de vos jambes. Un pied tombant peut également être dû à un nerf comprimé dans la colonne vertébrale, surtout en cas de forme sévère. Des *trigger points* dans le jambier antérieur et le long péronier latéral persistent parfois après la suppression de la compression dans le rachis. La solution est alors de masser les *trigger points* de ces muscles.

Les schémas de douleur référée de plusieurs autres muscles se chevauchent avec celui du jambier antérieur. Si vous cherchez à éliminer la cause d'une douleur à l'avant de la cheville et du dessus du pied jusqu'aux orteils, passez en revue les six muscles antérieurs de la jambe et dorsaux du pied. Il s'agit, en dehors du jambier antérieur, du péronier antérieur, de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil, du pédieux et du court fléchisseur du gros orteil.

Un syndrome des loges antérieures présentera des symptômes similaires, mais ne sera pas dû à des *trigger points*. Ces symptômes incluent une hypersensibilité diffuse de tout le jambier antérieur qui

est, par ailleurs, noué. Une douleur, un engourdissement et des picotements peuvent se manifester jusqu'au pied et à l'extérieur de la jambe. Un automassage sera désagréable et d'aucune efficacité. Si vous présentez ces symptômes, vous devez impérativement consulter au plus vite un médecin.

## Causes

Courir, marcher ou faire de l'alpinisme avec trop de vigueur risque de solliciter à outrance les jambiers antérieurs tout comme une modification de sa manière de courir ou de marcher. Marcher sur un sol irrégulier peut malmener tous les muscles de la jambe, dont le jambier antérieur. De même, conduire durant de longues périodes, le pied en permanence sur l'accélérateur, favorise la survenue de *trigger points* dans ce muscle.

Des *trigger points* dans les muscles du mollet obligent ceux à l'avant de la jambe à travailler plus, ce qui les épuise très rapidement. De même, des *trigger points* dans les muscles antérieurs de la jambe sollicitent de manière excessive ceux de l'arrière. Un tel surmenage, s'il dure trop longtemps, risque de prédisposer à un syndrome des loges dans ces deux parties du corps et d'entraîner chez ces muscles des lésions permanentes. Des *trigger points* présents de manière chronique dans le jambier antérieur sont, en soi, une cause d'entorse du fléchisseur commun des orteils et de fracture de fatigue du tibia.

## Traitement

Le jambier antérieur se trouve juste sur la face externe du tibia. Confirmez son emplacement en le sentant se contracter lorsque vous levez l'avant du pied ([figure 10.3](#)). Des *trigger points* dans ce muscle se trouvent approximativement à une largeur de main sous la rotule et à environ un tiers de la jambe à partir du genou. Ils peuvent être enfouis très profondément dans ce muscle épais. Pour les masser, la difficulté réside dans la capacité à exercer un effet de levier suffisant pour une pression suffisante. Les doigts sont efficaces à condition de limer vos ongles afin de pouvoir utiliser leurs extrémités ([figure 10.4](#)). Si, toutefois, vous n'avez pas envie de sacrifier vos ongles, servez-vous d'un Knobble ou de tout autre appareil de massage pour exercer une pression avec les deux mains. Une Thera Cane est idéale si vous utilisez la tige de la canne plutôt que les boules, trop dures pour cette région sensible ([figure 10.5](#)). N'importe quel bâton de massage comme The Stick, le Tiger Tail ou même le manche d'un balais fera également l'affaire.



Figure 10.3 Localisation du jambier antérieur par une contraction isolée



Figure 10.4 Massage du jambier antérieur avec les doigts



Figure 10.5 Massage du jambier antérieur avec une Thera Cane

Si vous êtes suffisamment souple, la meilleure solution pour masser le jambier antérieur est d'utiliser le talon du pied opposé. Assis sur le sol ou un lit, tenez le pied avec les deux mains pour appuyer le talon sur le muscle ([figure 10.6](#)). Vous pouvez faire de même assis sur le bord d'un lit ou d'une chaise ([figure 10.7](#)). Dans ce cas, vous parcourrez toute la jambe avec le talon en le faisant peu à peu descendre vers le pied au sol.

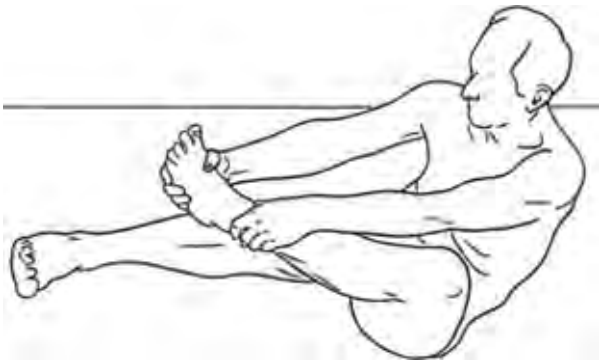


Figure 10.6 Massage du jambier antérieur en utilisant le talon





Si vous avez eu un problème avec le jambier antérieur, vérifiez que des *trigger points* ne sont pas présents dans les autres muscles de la jambe, car le déséquilibre qu'ils entraînent peut obliger les jambiers à travailler plus. Et vous devez considérer tout incident même minime où vous trébuchez comme le signe que des *trigger points* latents limitent peut-être l'action des muscles du tibia.

## *Extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil*

L'*extenseur commun des orteils* et l'*extenseur propre du gros orteil*, ou du *premier orteil*, se trouvent entre le jambier antérieur et le long péronier latéral. L'*extenseur commun des orteils* se fixe sur le haut du tibia et sur pratiquement toute la face interne du péroné. L'autre extrémité est en fait un tendon qui se divise en quatre ramifications pour aller s'insérer sur les quatre derniers orteils. L'*extenseur propre du gros orteil* s'attache également au péroné, sur la partie moyenne de la face interne, puis il descend pour se terminer sur la base de la deuxième phalange du gros orteil.

Ces deux extenseurs des orteils contribuent à la dorsiflexion (ils relèvent l'avant du pied et les orteils). L'*extenseur propre du gros orteil* aide également à tourner la plante du pied vers l'intérieur (*inversion*). L'*extenseur commun des orteils* apporte une partie de la force qui permet d'entraîner la plante du pied vers l'extérieur (*éversion*). Ces trois actions — dorsiflexion, inversion et éversion — adaptent le pied au type de sol et participent à l'équilibre du corps lorsqu'on est debout.

Des *trigger points* dans ces longs extenseurs des orteils sont très fréquents chez les enfants comme chez les adultes. La douleur qui en résulte dans les chevilles et les pieds est généralement qualifiée, à tort, de tendinite. Un traitement de type exercice physique, étirement ou repos échoue souvent à donner des résultats. Les histoires de Benjamin et de Brigitte sont typiques des problèmes rencontrés avec les extenseurs des orteils.

*Âgé de 46 ans, Benjamin a toujours mal sur le dessus du pied gauche et dans la partie inférieure du tibia. Sa cheville est si faible qu'il lui est bien difficile de lever le pied. Toute tentative pour y parvenir ne fait qu'aggraver sa douleur. Son problème immédiat est, en moto, son incapacité à changer de vitesse avec le pied. Par conséquent, il a dû se résigner à renoncer à un week-end, prévu de longue date, avec son club de motards.*

*On a trouvé des trigger points à l'avant de la jambe gauche de Benjamin, dans ses muscles épuisés à force de changer de vitesse. Ils étaient si noués que cela a comprimé le nerf à l'origine des influx nerveux moteurs vers ces muscles devenus incapables de la moindre contraction volontaire. L'automassage a immédiatement mis un terme à la douleur sur le dessus de son pied et a permis à ses muscles de retrouver, en quelques semaines, toute leur puissance.*

*Âgée de 70 ans, Brigitte est souvent réveillée la nuit par des crampes à l'avant des jambes. Le dessus de ses pieds lui fait presque tout le temps mal et elle n'arrive plus à tendre ses orteils qui sont constamment recroquevillés comme des griffes. Elle a désormais tendance à marcher avec les pieds plats à cause de la douleur récurrente dans ses plantes de pied.*

*On a trouvé des trigger points extrêmement sensibles à l'avant des jambes de Brigitte. Après un traitement avec un professionnel qui lui a expliqué quoi faire, elle est parvenue à supprimer ses crampes nocturnes grâce à l'automassage de l'avant de ses jambes. Trois semaines de massage systématique le matin et le soir ont éliminé la douleur sur le dessus de ses pieds. De plus, ses orteils ont commencé à se détendre. Un profond massage des muscles du mollet et de la plante des pieds lui a procuré un soulagement supplémentaire.*

## Symptômes

Des *trigger points* dans l'extenseur commun des orteils entraînent surtout une douleur sur le dessus du pied qui irradie parfois jusqu'aux extrémités des quatre derniers orteils et l'avant de la cheville (figure 10.8). Cette distribution de la douleur chevauche celle du jambier antérieur, du péronier antérieur, du pédieux et des interosseux. Il est donc important de déterminer très précisément où vous percevez la douleur.

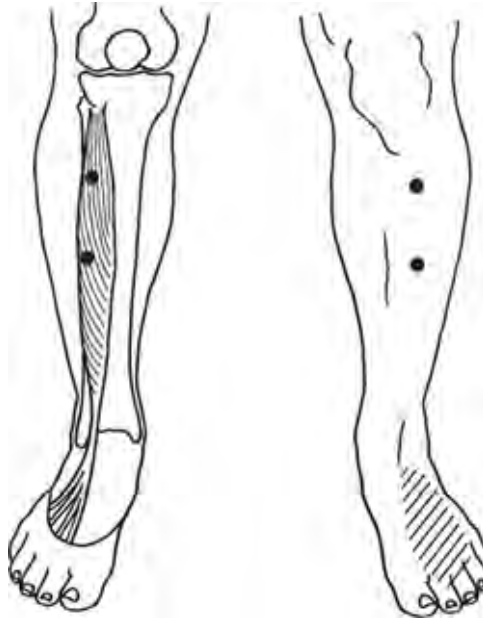


Figure 10.8 *Trigger points* de l'extenseur commun des orteils et schéma de douleur référée

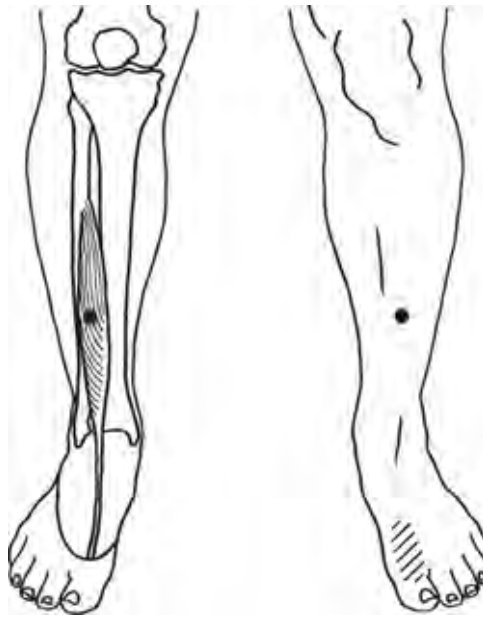


Figure 10.9 *Trigger point* de l'extenseur propre du gros orteil et schéma de douleur référée

Une tension dans l'extenseur commun des orteils exerce parfois une pression sur le nerf tibial antérieur à l'origine des influx nerveux moteurs vers tous les muscles de l'avant de la jambe. Cette compression provoque parfois un sévère affaiblissement de ces muscles et il devient alors difficile de lever le pied. Elle entraîne également une sensation localisée d'engourdissement au dessus du pied et à la base du premier et du deuxième orteils.

Des *trigger points* dans l'extenseur propre du gros orteil causent une douleur dans ce dernier, centrée sur la tête du premier métatarsien, là où l'orteil rejoint le pied (figure 10.9). Parfois, la

douleur irradie à l'avant de la cheville et donne l'impression de siéger en fait dans l'os (non montré).

Des extenseurs et des fléchisseurs des orteils noués de manière chronique contribuent à l'apparition d'orteils en griffe ou en marteau, des pathologies où les orteils souffrent de crampes et restent figés dans cette position sans qu'il soit possible de les redresser de quelque manière que ce soit. Si ces muscles ne sont pas traités, cela risque d'aboutir à une déformation permanente du pied. Des extenseurs des orteils noués sont également à l'origine, tant que les *trigger points* n'ont pas été désactivés, de crampes nocturnes récurrentes.

## Causes

Les extenseurs des orteils peuvent être malmenés rien qu'en crispant les orteils ou en tapant dans un ballon. Ils souffrent facilement si vous roulez beaucoup en ville et passez votre temps à freiner et à accélérer. Pédaler à vélo est une autre activité qui risque de les épuiser, tout comme la montée d'un nombre important de marches (pour lever le pied, ils doivent se contracter fortement à chaque marche). Des *trigger points* peuvent également résulter de l'inactivité imposée par un plâtre après une fracture.

## Traitement

Cherchez le ventre de l'extenseur commun des orteils à environ une largeur de main sous le bord inférieur de la rotule. Les *trigger points* se trouveront à environ 2,5 cm vers l'extérieur, un peu plus haut que le *trigger point* du jambier antérieur. Ils sont plus ou moins à mi-chemin entre l'avant et le côté de la jambe. Afin de contracter l'extenseur commun des orteils, levez les orteils sans bouger l'avant du pied ([figure 10.10](#)).

Le *trigger point* dans l'extenseur propre du gros orteil se trouve, lui, à mi-chemin entre le genou et la cheville, à plus ou moins 2,5 cm de la face externe du tibia. Sentez ce muscle se contracter quand vous levez le gros orteil ([figure 10.11](#)). Vous voyez alors son tendon qui ressort à l'avant de la cheville entre les tendons du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils.

Afin de prendre bien soin de vos jambes, renoncez à porter des chaussures à talons hauts.

Les extenseurs des orteils étant profondément enfouis, le talon sera probablement inefficace pour masser. Il vaut mieux utiliser un Knobble, une Thera Cane ou les doigts. L'effet de levier sera meilleur si vous vous tenez debout et posez le pied sur une chaise.

Afin de prendre soin de vos jambes, renoncez à porter des chaussures à talons hauts. Elles maintiennent plusieurs muscles de la jambe dans un état raccourci et, si vous perdez votre équilibre, vous risquez une contraction ou un étirement excessif de ces muscles. De nos jours, la plupart des chaussures ont de hauts talons épais. Cette mode est néfaste au pied, à la jambe et au bas du dos. Évitez-leur également de prendre froid, car cela les maintient tendus et perpétue des *trigger points*. Si vous avez régulièrement des problèmes avec les muscles de vos tibias, faites attention à ne pas trop marcher ou courir, surtout là où il y a des montées et des descentes. Et lorsque vous avez mal à cause d'eux, évitez l'escalier et prenez plutôt l'ascenseur.



Figure 10.10 Localisation de l’extenseur commun des orteils par une contraction isolée



Figure 10.11 Localisation de l’ extenseur propre du gros orteil par une contraction isolée

Quand vous massez un *trigger point*, visez un 5 sur une échelle de douleur de 1 à 10 (1 étant l’absence de douleur et 10 son intensité maximale). À 5, vous devriez pouvoir vous détendre et respirer normalement. Ce sera juste un peu douloureux.

## Muscles du péroné

Les trois *péroniers* (ou *fibulaires*) se trouvent sur la face externe de la jambe ([figure 10.12](#)). Le terme «péronier» vient du grec *peronê* qui signifie «cheville, agrafe», tout comme le mot «fibule» vient du latin *fibula* qui signifie, là aussi, «agrafe» et «aiguille de chirurgien». Ces muscles s’attachent tous au péroné, le mince os extérieur de la jambe qui possède cette même forme. Parfois, l’évolution de la

terminologie contribue à mieux identifier une structure anatomique. La nouvelle appellation de péronier est *fibulaire*, même si l'on continue de rencontrer l'ancienne.

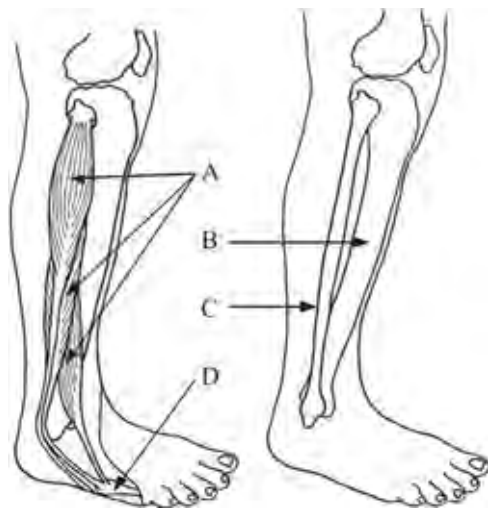


Figure 10.12 (A) péroniers, (B) tibia, (C) péroné, (D) 5<sup>e</sup> métatarsien

Des *trigger points* dans les péroniers sont à l'origine d'une grande partie de la douleur qui siège sur la face externe de la cheville. Bien souvent, une entorse à la cheville, surtout s'il n'y a pas ou peu de tuméfaction, n'est en fait qu'une douleur référée résultant des péroniers. Si le massage des péroniers supprime la douleur, il est peu probable que vous souffriez d'une lésion ligamentaire de type étirement excessif ou déchirure.

L'action des trois péroniers est l'éversion: tourner l'avant du pied en dehors et la cheville en dedans. La plupart des entorses du ligament latéral externe de la cheville résultent d'un degré extrême du mouvement opposé, ou inversion: se tordre l'avant du pied en dedans et la cheville en dehors. Quand cela survient, les péroniers se retrouvent si sérieusement étirés qu'ils réagissent généralement en produisant des *trigger points* et en devenant complètement noués. Cela peut même aller jusqu'à une déchirure des ligaments et des tendons. Dans un tel cas, la douleur et la raideur accrues en raison de la présence de *trigger points* dans les péroniers dissuadent un peu plus de bouger la cheville, ce qui est indéniablement un mécanisme de protection. Si vos ligaments ou vos tendons ont souffert d'une lésion, massez très régulièrement les péroniers jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre.

Cela peut sembler contradictoire, mais l'immobilisation due à une blessure à la cheville tend à perpétuer les *trigger points* dans les péroniers qui mettront alors plus de temps à récupérer de la lésion d'origine. Or, des *trigger points* qui perdurent aggravent les conséquences de l'étirement des péroniers, ce qui rend une nouvelle lésion pratiquement inévitable. La cheville devient instable et s'affaiblit, les entorses sont plus fréquentes et des fractures plus probables. Les athlètes sont particulièrement vulnérables lorsque des *trigger points* handicapent leurs péroniers.

Sous des conditions extrêmes, les péroniers sont si enflés et noués qu'ils exercent alors une pression insupportablement élevée sur l'enveloppe fibreuse qui les entoure. Cela risque d'aboutir à un syndrome de la loge latérale qui, s'il persiste, aboutit parfois à des dommages permanents sur les nerfs de la jambe à moins qu'une intervention chirurgicale ne soit pratiquée pour y pallier.

### *Long péronier latéral (long fibulaire)*

Ce muscle est le plus long et le plus gros des trois péroniers, et également le plus affecté par des *trigger points*. Si vous avez mal à la cheville, pensez d'abord à lui.

Si vous avez mal à la cheville, pensez d'abord au long péronier latéral.

Le long péronier latéral se fixe sur la tête du péroné et les deux tiers supérieurs de sa diaphyse (corps osseux). En bas, son insertion est inhabituelle: le tendon passe derrière la *malléole externe* (saillie osseuse de la cheville) puis en diagonale sous le milieu du pied pour se terminer du côté interne sous la base du premier métatarsien et d'un des os du tarse. Cet ancrage permet au long péronier latéral de pointer le pied vers le sol en tournant la plante en dehors (éversion), ce qui est fondamental pour marcher, courir ou grimper. Vous pouvez sentir sa puissance sous l'extrémité antérieure du pied, car il vous aide lorsque vous avancez.

De nombreux muscles, dont les trois péroniers, se contractent automatiquement lorsqu'ils s'allongent pour équilibrer et contrôler les forces exercées par leurs antagonistes, les muscles qui travaillent dans la direction opposée. La tâche des péroniers est par conséquent double: se contracter tout en se raccourcissant puis, à nouveau, tout en s'allongeant. Cela peut s'avérer épuisant pour des muscles constamment sollicités. Les péroniers étant si importants pour tous les mouvements du pied, ils sont parmi les premiers à développer des symptômes de fragilisation par fatigue et surmenage.

## Symptômes

*Âgée de 27 ans, Marion est tombée en dansant dans le salon avec ses jeunes enfants sur la musique de la série télévisée Rue Sésame, car elle s'est tordu la cheville. Elle avait si mal qu'elle s'est retrouvée aux urgences. On a découvert à la radiographie qu'un os de la cheville était ébréché, apparemment à cause de la foulure d'un ligament. Trois semaines dans un plâtre de marche ont permis à l'os de se consolider, mais la douleur et la raideur ont persisté durant plusieurs mois. Rester debout, même un court instant, demeurait pénible et dès qu'elle marchait, elle souffrait à l'extérieur de la cheville.*

*On a trouvé des trigger points dans tous les muscles de la jambe de Marion. La compression d'un trigger point dans le long péronier latéral a reproduit exactement sa sensation douloureuse à la cheville. Elle a appris à masser le côté extérieur de sa jambe et a pu soulager sa douleur en quelques minutes dès qu'elle se manifestait. Au bout d'un mois, tout était rentré dans l'ordre.*

Des *trigger points* dans le long péronier latéral entraînent une douleur sur la face externe de la cheville ([figure 10.13](#)) qui se concentre sur et sous la *malléole externe*, cette saillie osseuse du péroné à l'extérieur de la cheville. *Malléole* vient du latin *malleolus* qui signifie «petit marteau». La douleur se manifeste parfois du côté externe de la jambe, dans le tiers central, ainsi que sur toute cette longueur du pied (non montré). Au toucher, la cheville présente généralement une sensibilité diffuse différente de la vive douleur localisée en cas de rupture de ligament ou de fracture de fatigue. Ces symptômes dans la cheville sont souvent confondus avec des signes d'arthrose. De même, il est fréquent que l'on établisse un diagnostic, erroné, de tendinite.



Figure 10.13 *Trigger point* du long péronier latéral et schéma de douleur référée

Une faiblesse de la cheville est souvent révélatrice de la présence de *trigger points* dans le long péronier latéral. Par ailleurs, le pincement du nerf par ce muscle noué peut entraîner un engourdissement dans la jambe, la cheville et le dessus du pied. Lever l'avant du pied devient alors difficile en raison de l'affaiblissement musculaire qui en résulte et, si des nerfs sont impliqués, cela s'accompagne parfois de douleur mais pas toujours. Parfois, ces symptômes sont confondus avec ceux, similaires, dus à la compression d'un nerf dans le rachis à cause d'une hernie discale, auquel cas traiter les *trigger points* des péroniers ne mettra pas un terme aux symptômes. Il faut donc attendre la suppression de la compression d'un nerf pour désactiver les *trigger points* résiduels dans le long péronier latéral. Reportez-vous également à la section sur le jambier antérieur (voir page [256](#)) pour des informations sur des symptômes similaires (Travell et Simons, 1992; Jeyaseelan, 1989).

## Causes

Trop marcher, notamment en montagne, ou trop courir sollicite de manière excessive les longs péroniers latéraux et entraîne de façon prévisible des *trigger points*. La marche est encore plus redoutable pour ces muscles si vous avez une jambe plus courte que l'autre, des pieds plats ou souffrez d'un pied ancestral de Dudley-Morton. (Reportez-vous à la section sur les pieds pour de plus amples informations sur cette maladie, page [276](#).) De même, dormir sur le ventre ou le dos avec les orteils pointés est néfaste aux longs péroniers latéraux qui demeurent alors dans un état raccourci. Si possible, ne couvrez pas vos pieds quand vous dormez afin de donner plus de liberté à vos orteils. Par ailleurs, si vous portez des chaussures à talons hauts, le poids du corps se retrouve sur les orteils. Les péroniers doivent rester contractés pour préserver votre équilibre, ce qui les maintient raccourcis et noués, et augmente la tension sur les muscles du tibia.

Des bas de contention ou des chaussettes trop serrées au niveau des chevilles compriment les péroniers et favorisent la formation de *trigger points*. Rester assis avec les jambes croisées exerce parfois une pression sur les nerfs de la jambe, ce qui peut aboutir à l'engourdissement et à l'affaiblissement des muscles. De même, la position accroupie appuie sur les nerfs et les vaisseaux sanguins et, de plus, impose une tension anormalement élevée sur plusieurs muscles dont les trois péroniers. Des *trigger points* auront tendance à apparaître si vous restez trop longtemps dans n'importe quelle position extrême du corps.

## Traitement



On peut trouver des *trigger points* dans le long péronier latéral sur une ligne horizontale à environ une largeur de main sous le genou. Ils sont à proximité des *trigger points* du jambier antérieur, plus ou moins sur cette ligne. Confirmez l'emplacement du long péronier latéral en le sentant se contracter lorsque vous tournez la plante du pied en dehors. Vous pouvez accentuer la contraction en pointant en même temps les orteils ([figure 10.14](#)).



Figure 10.14 Localisation du long péronier latéral par une contraction isolée



Figure 10.15 Massage du long péronier latéral avec les deux pouces

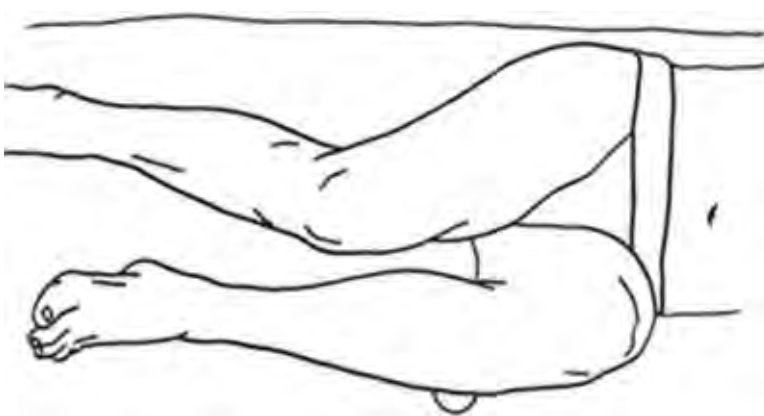


Figure 10.16 Massage du long péronier latéral allongé sur le côté avec une balle (bougez la jambe sur la balle vers l'avant et l'arrière)

Afin de mieux accéder aux péroniers pour les masser, posez le pied sur une chaise ou asseyez-vous sur un lit en allongeant la jambe à traiter sur le matelas. Massez le long péronier latéral avec les deux pouces en effectuant de petits mouvements lents de va-et-vient ([figure 10.15](#)). Vous pouvez également utiliser les doigts, mais vous verrez que le muscle a tendance à s'éloigner du péroné quand vous appuyez dessus. Les deux pouces permettent de le saisir facilement et de l'empêcher de bouger. Une Thera Cane convient si vous vous servez de la barre et non d'une des boules, tout comme avec le jambier antérieur ([figure 10.5](#)). L'automassage allongé sur un côté en faisant rouler une balle sur le muscle est une autre solution possible ([figure 10.16](#)). Vous devez savoir que s'il est facile de trouver un *trigger point* centré sur l'os, comme ce muscle enveloppe le péroné, il existe souvent un autre *trigger point* sur le bord postérieur du muscle, sur la face arrière de l'os.

Si vous êtes une personne active, vous aurez probablement du mal à éviter la présence de *trigger points* dans les péroniers, mais il faut avoir conscience du danger à ignorer l'existence chronique de *trigger points* dans ces muscles importants. Des *trigger points* à l'origine d'une faiblesse et d'une rigidité des péroniers les rendent vulnérables. Il existe alors un risque de se blesser sérieusement la cheville (rupture de tendon, fracture et déchirure de ligament). Afin d'éviter de telles catastrophes, massez vos *trigger points* dès le premier signe de douleur sur l'extérieur de la cheville. Et si vos chevilles sont faibles et que vous êtes sujet aux entorses, des *trigger points* passifs fragilisent très probablement vos péroniers et doivent être désactivés.

En cas de pied ancestral de Dudley-Morton vous vous tordez facilement la cheville, ce qui entraîne des *trigger points* dans ces muscles. (Reportez-vous à la section «Pied ancestral de Dudley-Morton» page [276](#).)

## *Court péronier latéral (court fibulaire)*

On trouve moins souvent des *trigger points* dans ce muscle que dans le long péronier latéral, mais il serait toutefois dommage de le négliger. Une douleur résultant de *trigger points* dans le court péronier latéral se manifeste selon un schéma similaire à celui du long péronier latéral, mais il est souvent plus étendu, allant jusqu'à l'ensemble du côté extérieur du pied étant donné que le muscle se fixe à cet endroit sur la base du cinquième métatarsien ([figure 10.17](#)). (La petite saillie que vous percevez au milieu du bord externe du pied est l'extrémité du cinquième métatarsien.)

Localisez le court péronier latéral en le sentant se contracter juste devant le tendon du long péronier latéral lorsque vous soulevez le bord externe du pied (éversion) en même temps que vous pointez le pied vers le haut (dorsiflexion) ([figure 10.18](#)). Il se trouve sur la jambe à environ un tiers de sa longueur à partir de la cheville. Massez à cet endroit le court péronier latéral de la même manière que pour le long péronier latéral.



Figure 10.17 *Trigger point* du court péronier latéral et schéma de douleur référée



Figure 10.18 Localisation du court péronier latéral par une contraction isolée

## *Péronier antérieur (troisième fibulaire)*

Le *péronier antérieur* est un muscle particulier tout simplement parce qu'il est très bien caché et, aussi, parce qu'il n'existe pas toujours. Des *trigger points* dans ce muscle font persister une douleur et une faiblesse à la cheville une fois que tout le reste a été traité.

Le péronier antérieur se fixe sur l'avant du péroné dans sa moitié inférieure. Son tendon passe devant la malléole externe (saillie osseuse de la cheville) pour se terminer sur le dessus de la base des quatrième et cinquième métatarsiens. Son rôle est de tourner la plante du pied en dehors et de lever l'avant du pied. Ce peut être un muscle étonnamment grand, parfois proche de la taille de l'extenseur commun des orteils. Il est toutefois absent chez environ 8% de la population. En outre, une personne sur sept possède un quatrième péronier, le *peroneus quartus*, derrière l'extrémité inférieure du péroné. Ses *trigger points*, s'il existent, se trouvent entre le péroné et le tendon d'Achille et son schéma de douleur est similaire à celui du long péronier latéral.

Des *trigger points* dans le péronier antérieur entraînent une douleur à l'avant de la malléole externe (saillie osseuse à l'extérieur de la cheville) et sur le côté extérieur du talon (figure 10.19). Classiquement, un élancement est ressenti à chaque pas. Une faiblesse de la cheville s'accompagne généralement de douleur, des symptômes couramment pris, à tort, pour un signe de lésion du ligament, de tendinite ou d'arthrose (Travell et Simons, 1992; Reynolds, 1981).



Figure 10.19 *Trigger point* du péronier antérieur et schéma de douleur référée



Figure 10.20 Localisation du péronier antérieur par une contraction isolée

Localisez le péronier antérieur juste au-dessus de l'avant de la face externe de la cheville. En partant de cet endroit, allez à environ 7-10 cm vers le genou et sentez le muscle qui se contracte quand vous soulevez l'avant du pied tout en tournant la plante en dehors (figure 10.20). Il s'agit du ventre du péronier antérieur. Ressentez la douleur exquise qui vous indiquera que vous avez trouvé le *trigger point*.

Le plus dur, dans cette thérapie, est de s'y mettre. Après chaque automassage, tapotez votre dos et dites-vous: «Beau boulot! Hauts les cœurs!» Cela ne doit pas devenir une corvée que vous redoutez.

Massez le péronier antérieur avec les doigts ou les deux pouces ([figure 10.21](#)). Un excellent moyen pour traiter à la fois le péronier antérieur et le court péronier latéral consiste à utiliser une balle de tennis ou rebondissante sur le bord d'un lit ([figure 10.22](#)). Cette position est particulièrement efficace, car elle permet de se servir du poids de la jambe pour masser avec plus de force et, ainsi, d'épargner les doigts (auxquels il ne faut recourir que si vous ne pouvez pas faire autrement).



Figure 10.21 Massage du péronier antérieur avec les deux pouces



Figure 10.22 Massage du péronier antérieur avec une balle sur le bord d'un lit

## Muscles du mollet

Le mollet comprend cinq muscles séparés en unités par des membranes fibreuses dans les deux loges postérieures (superficielle et profonde). Ces muscles sont puissants et épais, même chez les individus minces, et fournissent l'essentiel de la force nécessaire pour hisser le corps afin de l'amener en position debout et de le faire avancer lors de la marche ou de la course. Ils participent également au maintien de l'équilibre du corps.

Des *trigger points* dans les muscles du mollet sont souvent à l'origine de crampes dans le mollet et de douleur dans les chevilles et, bien évidemment, les mollets. Par ailleurs, vous serez probablement surpris d'apprendre que les muscles du mollet sont également responsables d'au moins la moitié des douleurs perçues au niveau de la plante des pieds et de quasiment toute la douleur ressentie autour du tendon d'Achille à l'arrière de la cheville, une douleur pour laquelle on accuse souvent le tendon.

### *Mise en garde*

Si, outre la douleur, vous présentez des symptômes de rougeur, tuméfaction, irritation locale ou chaleur au mollet, vous avez intérêt à consulter immédiatement un médecin, car il existe un risque de thrombose veineuse profonde (un caillot sanguin dans la jambe). Un massage pourrait détacher le caillot qui se retrouverait alors dans les poumons, provoquant une embolie pulmonaire (Werner, 2013). Il vaut également mieux éviter de masser des varices où il peut, là aussi, se former un caillot.

## *Jumeaux*

Les *jumeaux* sont les deux muscles (jumeau interne et jumeau externe) qui donnent au mollet son galbe. Avec un troisième chef, le soléaire, que nous verrons plus loin, ils forment le triceps sural, le muscle le plus puissant de la jambe.

Les jumeaux se fixent sur l'extrémité inférieure du fémur, juste au-dessus de l'arrière du genou. En descendant derrière la jambe, ils se rejoignent à mi-chemin en une même terminaison, le tendon d'Achille, qui vient s'insérer sur le calcanéum (os du talon). Grâce à l'orientation des fibres musculaires de ces deux chefs, les jumeaux sont suffisamment puissants pour hisser tout le poids du corps. Une telle force est nécessaire pour sauter, marcher en montagne et descendre de manière contrôlée des marches ou une pente. Des fonctions plus fines incluent la stabilisation des articulations du genou et de la cheville, et la mobilisation des pieds pour l'équilibre du corps. Il est intéressant de savoir que les jumeaux contribuent très peu à faire avancer le corps, aidant surtout lors d'à-coups.

Paradoxalement, des signes de problème aux jumeaux ne sont parfois perçus qu'aux pieds. Le propre d'une douleur référée est de survenir à distance de l'endroit qui pose problème. Mais si on ne sait pas cela, on risque de masser à tort à l'endroit de la douleur, ce qui est une erreur et va fragiliser le muscle. C'est ce qui est arrivé à une jeune femme durant ses vacances pourtant bien méritées.

*Âgée de 22 ans, Aurélie avait prévu de passer cinq merveilleuses semaines à voyager dans toute l'Europe après l'obtention de son diplôme universitaire. Malheureusement, elle a marché partout durant les premiers jours avec des chaussures à talons compensés de 5 cm et s'est retrouvée avec une douleur invalidante dans ses voûtes plantaires. Tous les soirs à l'hôtel ou en auberge de jeunesse, elle trempait ses pieds dans de l'eau chaude et les frictionnait vigoureusement, mais le lendemain, après avoir marché même une courte distance, la douleur revenait de plus belle. Elle savait que des talons hauts étaient mauvais pour ses pieds, mais se mettre à porter des chaussures plates n'a pas changé grand-chose. La douleur semblait en fait empirer et gâchait ses vacances.*

*Un guide de voyages suggérait de masser les mollets pour supprimer une douleur au pied. Aurélie ne trouvait pas ça logique, mais elle a tout de même essayé en désespoir de cause. Étonnamment, cela s'est révélé efficace. Elle a pris le temps de masser l'arrière de ses jambes le soir et, à nouveau, le lendemain matin sans oublier de bien les étirer. Ses pieds, ses jambes et ses*

*chevilles n'ont pas réagi de manière défensive en développant des trigger points, mais plutôt en gagnant en solidité lorsqu'elle marchait sur des sols plus ou moins réguliers. Au bout de quelques jours, sa douleur avait disparu.*

## Symptômes

Une douleur dans la longue voûte plantaire est le symptôme essentiel de troubles dans les jumeaux (figure 10.23). Avec le *trigger point* numéro 1, celle-ci irradie parfois à l'arrière de la cuisse ou du genou et jusqu'à la face interne de la cheville (non montré). Des *trigger points* en d'autres endroits dans les jumeaux entraînent principalement une douleur dans le muscle lui-même (figure 10.24). Le *trigger point* le plus latéral (externe) et le plus haut peut toutefois être à l'origine d'une douleur sur la face externe du talon (non montré). Lorsque des *trigger points* raccourcissent un muscle, il devient parfois difficile de tendre le genou en ayant le talon sur le sol. Les enfants sont très souvent sujets à ces symptômes résultant de *trigger points* myofasciaux.

Des *trigger points* présents vers le milieu du muscle risquent plus facilement de provoquer des crampes nocturnes dans les mollets que ceux situés plus haut, même si la cause peut être tout autre, à commencer par une carence en vitamines, des effets indésirables de médicaments ou une mauvaise circulation sanguine. Des crampes peuvent également survenir pendant que vous marchez ou courez en raison de la circulation sanguine entravée parce que les muscles sont noués. Afin de soulager une crampe au mollet, tendez le genou et fléchissez lentement le pied de manière active (ou passive en tenant votre pied). Pour une meilleure efficacité, l'idéal est de s'allonger.

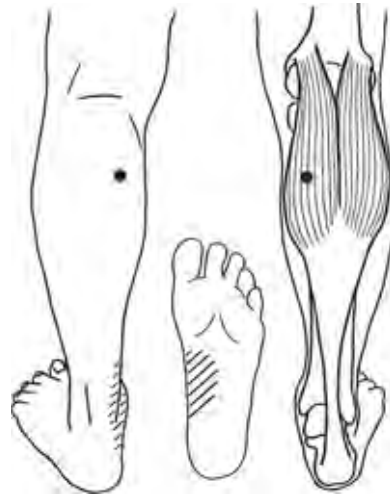


Figure 10.23 *Trigger point* numéro 1 des jumeaux et schéma de douleur référée





De sérieux problèmes médicaux présentant les mêmes symptômes que ceux résultant de *trigger points* dans les jumeaux se manifestent souvent. Il s'agit notamment d'une hernie discale, de la déchirure d'un tendon, d'un syndrome des loges postérieures (pouvant entraîner une ischémie, un arrêt de la circulation sanguine), une phlébite ou un kyste de Baker (une petite poche remplie de liquide derrière le genou). Si le médecin ignore tout des causes myofasciales, les symptômes propres à des *trigger points* dans les jumeaux sont parfois confondus avec les signes d'une de ces affections.

## Causes

Marcher en montagne, monter une pente ou faire du vélo peut solliciter de manière excessive les jumeaux. Au travail, passer son temps debout, penché en avant les épuise et favorisera la formation de *trigger points*. Les autres causes sont, entre autres, le fait de nager avec les orteils pointés en battant des jambes, de conduire sans boîte de vitesse automatique et de rester assis sur des chaises qui entravent la circulation sanguine en exerçant une pression sur l'arrière des cuisses. Les repose-pieds ou les fauteuils inclinables qui appuient sur les mollets sont une cause majeure de troubles pour ces derniers. L'immobilité en cas de plâtre de la jambe et une mauvaise condition physique par manque d'exercice aboutissent là aussi à la survenue de *trigger points*. Une infection virale fragilise souvent les mollets qui deviennent alors noués et vulnérables au moindre effort, tout comme le froid. Dormir avec les orteils pointés les maintient dans un état raccourci et favorise les crampes. Afin de prévenir ce risque, il suffit de découvrir vos pieds quand vous dormez. Enfin, porter des chaussures à talons hauts (ou à semelles compensées) laisse les jumeaux et tous les autres muscles du mollet dans une position raccourcie.

## Traitement

L'emplacement des jumeaux dans la moitié supérieure de la jambe est généralement bien défini par la forme du mollet et vous pouvez sentir avec les doigts le ventre de ce muscle lorsqu'il gonfle quand vous pointez les orteils.

Pour un travail de précision sur les jumeaux, utilisez les doigts, un Knobble ou une Thera Cane. Le manche de tout appareil de type bâton servira à un traitement plus général. Avec n'importe quel appareil de massage, préservez votre dos en posant le pied sur un lit ou une chaise ([figure 10.25](#)).



Figure 10.25 Massage du mollet avec les doigts



Figure 10.26 Massage du mollet avec le genou opposé en étant assis (soutenez bien le haut du corps en tenant le genou avec les deux mains)



Figure 10.27 Massage du mollet avec le genou opposé en étant allongé

De profonds mouvements de va-et-vient avec le genou opposé sont simples à effectuer et particulièrement efficaces sur tout l’arrière de la jambe. Cette technique fonctionne aussi bien allongé qu’assis ([figures 10.26](#) et [10.27](#)). Si vous êtes assis, entourez le genou avec vos mains pour soutenir la jambe et le bas du dos. Il suffit alors de descendre peu à peu le mollet contre le genou selon trois à quatre lignes parallèles, en débutant à l’arrière de la cheville et en remontant progressivement jusqu’à l’arrière du genou. Quand vous rencontrez un *trigger point*, insistez sur ce point en effectuant un certain nombre de courts mouvements de va-et-vient. Massez le muscle sur toute sa longueur et, également, dans l’autre sens. Pour un travail plus focalisé, mobilisez la peau du mollet avec le genou plutôt que de glisser sur ce dernier.

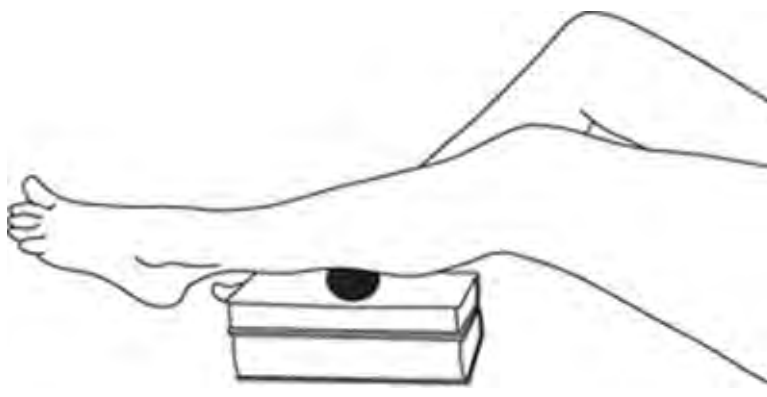


Figure 10.28 Massage du mollet avec une balle sur plusieurs livres épais (évitiez l'arrière du genou avec autre chose que les mains)

Si cette technique avec le genou opposé n'est pas confortable, essayez de masser avec une balle de tennis ou rebondissante de 60 mm assis sur le sol, un divan ou un lit, le mollet étant posé sur deux ou trois livres épais (figure 10.28). Les livres soulèveront la jambe, ce qui accentuera l'effet de levier. Les bras de part et d'autre du corps, décollez le bassin du sol et faites bouger toute la jambe afin que la balle masse en profondeur le mollet. Si vous n'arrivez pas à soulever le corps pour mobiliser la jambe, posez simplement la balle sous le mollet et laissez agir la pesanteur. Certaines personnes apprécient d'utiliser la balle contre un mur. Faites bien attention à la présence de nerfs et de vaisseaux sanguins importants profondément enfouis dans le mollet. Si vous avez des problèmes avec votre système nerveux ou vasculaire, il vaut mieux éviter toute pression profonde dans le mollet.

### ***Conseils de massage***

Massez le mollet contre le genou de la jambe opposée à n'importe quel moment de la journée en entourant le genou de vos mains pour soutenir la jambe et le bas du dos.

Utilisez une balle (de la taille d'une balle de tennis) posée sur plusieurs livres épais afin de masser n'importe lequel des muscles du mollet. Une balle rebondissante de 60 mm est idéale, car elle ne glisse pas.

Debout, posez le pied sur une chaise pour un massage avec un outil de type bâton.

Une mauvaise condition physique est probablement la principale raison qui explique des problèmes avec les muscles du mollet. Lorsqu'ils sont devenus affaiblis et raides, ils sont facilement trop étirés ou surmenés. Et n'oubliez pas que même un étirement thérapeutique peut s'avérer dommageable si des *trigger points* maintiennent un muscle noué.

## ***Soléaire***

Le *soléaire* est un large muscle plat et puissant qui couvre tout l'arrière de la jambe. Sa moitié inférieure se trouve immédiatement sous la peau, tandis que sa moitié supérieure est cachée par les jumeaux. Le terme «soléaire» vient du latin *solearis* qui signifie «ayant la forme d'une sandale», qui dérive lui-même de *sola*, *solea*, le mot pour la plante du pied.

Le soléaire se fixe sur la partie supérieure du tibia et du péroné et sur une membrane solide qui les relie. L'insertion basse, sur le talon, se fait par l'entremise du tendon d'Achille qui est commun avec les jumeaux et le plantaire. Une petite partie de la population possède un chef supplémentaire au

soléaire situé immédiatement derrière le tendon d'Achille, dans l'espace habituellement occupé par de la graisse. Ce muscle en plus, parfois très gros, est facilement confondu avec une tumeur.

L'insertion du soléaire au calcanéum (os du talon) en fait le principal fléchisseur plantaire de la cheville, ce qui permet d'appuyer fortement avec l'avant du pied. Les soléaires sont très actifs durant la marche, la course, la pratique du vélo et de l'alpinisme, des activités qui risquent fort de promouvoir des *trigger points* dans ce muscle. Des *trigger points* myofasciaux dans des soléaires fragiles sont la cause de la douleur au calcanéum si fréquente chez les sportifs du week-end. Cela étant, nombre de personnes autres que ces sportifs ont très souvent un problème avec leurs soléaires, comme cet homme qui n'avait pas couru ou sauté depuis trente ans.

*Âgé de 50 ans, Philippe habite dans un quartier agréable près de son travail. Il aime marcher pour s'y rendre, mais il a commencé à ressentir une vive douleur dans les talons et a dû se résoudre à aller travailler en voiture. L'arrière de ses talons est extrêmement sensible au toucher si bien qu'il doit désormais dormir en laissant dépasser ses pieds du lit. Dans une clinique, on lui a dit que des épines calcanéennes sont la cause de sa douleur et qu'une intervention chirurgicale est la seule solution. Le massage des soléaires de Philippe, dans ses mollets, a mis un terme à sa douleur aux talons. Par la suite, dès que la douleur se manifestait pendant qu'il marchait, l'automassage lui permettait de s'en débarrasser en quelques minutes.*

Voici un exemple d'un type différent de douleur aux talons:

*Âgée de 43 ans, Isabelle travaille comme comptable dans une boulangerie industrielle. Durant la saison qui précède d'importants événements sportifs, elle travaille de longues heures à la chaîne de production des tourtes. Elle a peu à peu ressenti une intense douleur dans ses talons, comme si elle les avait blessés contre une pierre. C'est particulièrement atroce le matin ou lorsqu'elle reste un peu immobile. Son massothérapeute a trouvé des trigger points dans chacun des muscles des mollets, mais surtout dans les soléaires. Le traitement s'est immédiatement avéré efficace, mais il a fallu qu'Isabelle s'implique pour résoudre complètement son problème. Un automassage avant et après le travail ainsi que de courtes séances durant ses pauses ont permis à Isabelle de conserver son emploi et de récupérer peu à peu.*

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans le soléaire est avant tout perçue dans le talon, le mollet et l'arrière de la cheville ([figures 10.29](#) et [10.30](#)). Étonnamment, des *trigger points* dans un soléaire peuvent être à l'origine d'une profonde douleur dans la région sacro-iliaque et de spasmes dans les muscles du bas du dos ([figure 10.31](#)). Une hypersensibilité au toucher des lombes s'explique parfois par un problème dû aux soléaires. Il existe même des exemples de douleur ressentie dans la mâchoire (non montré) et, lorsque cela survient, les muscles de cette dernière développent des *trigger points* satellites récurrents. Un *trigger point* dans le bord interne du soléaire sur la face postérieure du tibia provoque parfois une douleur dans la malléole interne (saillie osseuse de la cheville) ([figure 10.32](#)).

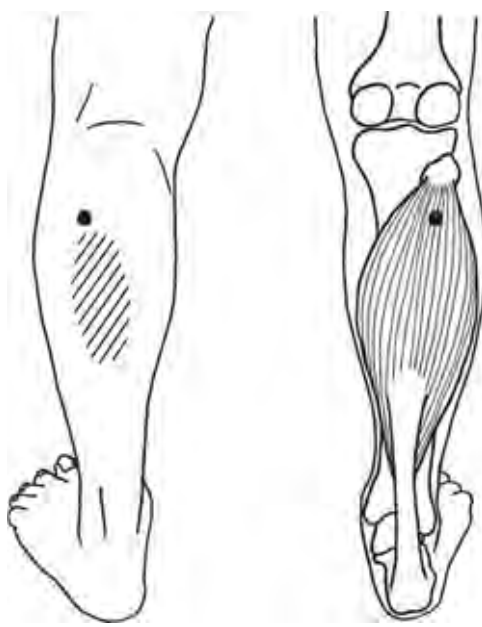


Figure 10.29 *Trigger point* numéro 1 du soléaire et schéma de douleur référée

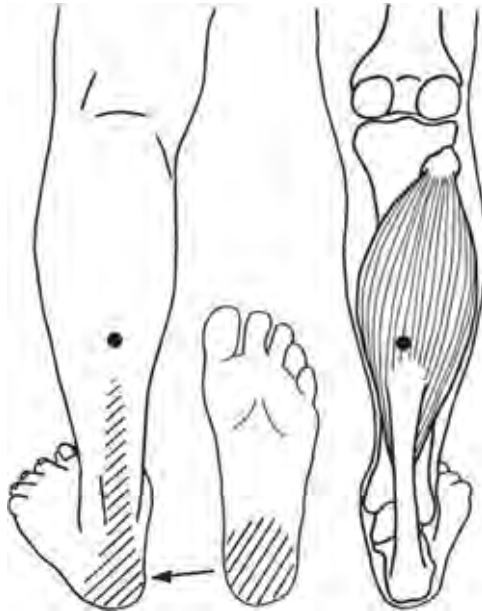


Figure 10.30 *Trigger point* numéro 2 du soléaire et schéma de douleur référée (ce point interne est sous les volumineux jumeaux du côté du gros orteil de la jambe)

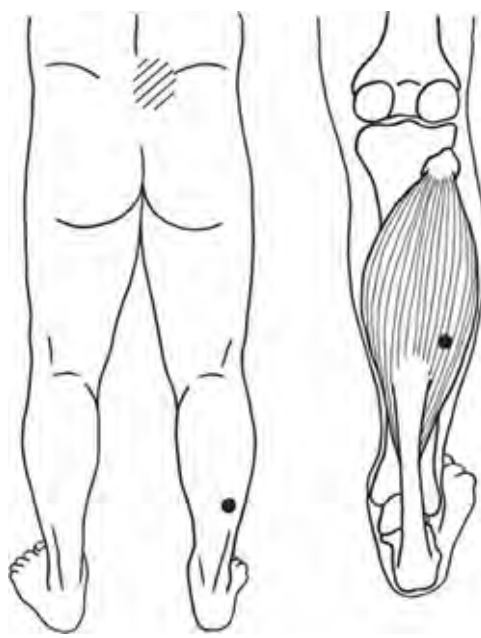


Figure 10.31 *Trigger point* numéro 3 du soléaire et schéma de douleur référée (ce point externe est sous les jumeaux près de la ligne médiane de l'arrière de jambe, du côté du petit orteil; des *trigger points* dans cette zone peuvent également causer une douleur à la mâchoire)



Figure 10.32 *Trigger point* numéro 4 du soléaire et schéma de douleur référée

Plusieurs problèmes médicaux sérieux provoquent une douleur similaire à celle causée par des *trigger points* dans les soléaires, ce qui peut induire en erreur au moment du diagnostic. Il peut s'agir, même sans rougeur, tuméfaction ou inflammation, d'une thrombose, d'une phlébite, d'une fracture de fatigue et d'une déchirure du tendon ou d'un ligament (Reportez-vous à la «Mise en garde» page 267). Une douleur myofasciale peut également être confondue avec une entorse du fléchisseur commun des orteils ou avec une épine calcanéenne, cette dernière pouvant exister sans être la cause de la douleur.

Une tendinite au talon d'Achille est un diagnostic classique pour une douleur à l'arrière de la cheville. De même, une douleur au pied sera souvent qualifiée, à tort, de «fasciite plantaire». Les traitements habituels pour une tendinite et une fasciite plantaire sont des antalgiques, des infiltrations de corticoïdes, des orthèses, de la kinésithérapie et le repos, et sont souvent décevants, ce qui se comprend car aucun de ces traitements n'a d'effet significatif sur les *trigger points*. La plupart des



douleurs au talon et autour du tendon d'Achille débutent par une tension et des *trigger points* dans les soléaires, les jambiers postérieurs ou les chairs carrées de Sylvius.

On appelle parfois le soléaire le «deuxième cœur» du corps à cause de son importance pour aider à faire remonter le sang des pieds et des jambes. Lorsqu'ils fonctionnent normalement, les soléaires se contractent à la fois lorsqu'ils se raccourcissent et lorsqu'ils s'allongent, ce qui les rend très efficaces pour faire circuler le sang, du moins tant qu'ils sont actifs, en bonne santé et résistants. Des *trigger points* myofasciaux diminuent toutefois cette propriété. Une tension artérielle basse et des évanouissements sans raison apparente peuvent s'expliquer par un fonctionnement affaibli ou dégradé des soléaires.

Des *trigger points* dans les soléaires peuvent entraîner un syndrome des loges postérieures, une augmentation de la pression intramusculaire qui entrave la circulation du sang dans les jambes. Des *trigger points* dans les soléaires contribuent parfois également au développement de varices, de phlébites et autres manifestations d'un problème vasculaire.

## Causes

Glisser pendant que l'on marche ou court sur du sable ou des graviers risque de malmenager les soléaires, tout comme le port de semelles dures en cuir qui rend la marche incertaine. De même, un problème peut survenir avec des chaussures à semelles rigides, la compression de l'arrière des jambes par un canapé ou le repose-pieds d'un fauteuil inclinable ou encore en skiant ou en patinant sans que les chevilles soient correctement maintenues. La danse aérobique est une cause fréquente d'épuisement des soléaires. Par ailleurs, la plupart des chaussures actuelles ont un talon important. Or, si l'on marche avec des talons plus hauts que la plante des pieds, les muscles du mollet demeurent raccourcis, ce qui aboutit inévitablement à l'apparition et à la perpétuation de *trigger points*. Il vaut donc mieux choisir des chaussures confortables qui maintiennent bien le pied et dont les talons sont raisonnables. L'instabilité typique des chevilles avec des talons hauts malmène également les soléaires à chaque pas.

## Traitement

Localisez le soléaire en le sentant se contracter sous le bord inférieur des jumeaux quand vous pointez les orteils. Utilisez les mêmes techniques de massage que pour les jumeaux ([figures 10.25, 10.26, 10.27 et 10.28](#)). Recherchez des *trigger points* spécifiques en vous servant du galbe des jumeaux comme repère. Le *trigger point* du haut, très facile à trouver, se trouve entre les deux *trigger points* externes des jumeaux. Les *trigger points* du bas nécessitent un peu plus d'attention. Remarquez, quand vous pointez les orteils, la forme distincte du bord inférieur des jumeaux. Les *trigger points* du soléaire se situent sous ce bord. À présent, tracez une ligne médiane imaginaire qui descend à l'arrière du mollet. Avec vos doigts, percevez le *trigger point* à l'origine d'une hypersensibilité au niveau du talon ([figure 10.30](#)) à 2,5 cm de l'intérieur de cette ligne médiane verticale. Si vous ne trouvez pas de *trigger point* à cet endroit, cherchez plus bas vers la cheville à 2,5-5 cm de là. Remarquez que ce *trigger point* qui entraîne une douleur au talon est situé du côté du gros orteil de la jambe. Le *trigger point* du bas, source de douleur au niveau lombaire, est à 2,5 cm de l'autre côté de la ligne médiane, toujours sous le bord galbé des jumeaux ([figure 10.31](#)). Un *trigger point* à cet endroit peut également causer une douleur sourde et persistante à la mâchoire et il faut alors masser une zone d'environ la taille d'une balle de golf au niveau de ce *trigger point* pour la traiter. Reportez-vous à la section «Traitement» des jumeaux page [269](#), pour des conseils de traitement de la jambe.



Si vous avez tendance à avoir la tête qui tourne quand vous vous levez après avoir été assis, essayez dès que vous êtes debout de reporter le poids du corps d'un pied à l'autre pendant quelques secondes, plus ou moins à la vitesse d'un rythme de marche normal. Cela permet au soléaire d'accélérer la circulation du sang, ce qui amène plus d'oxygène au cerveau. Après un événement sportif ou un exercice physique, on retrouvera plus rapidement son souffle et son énergie de la même manière. En effet, après un effort important, contracter alternativement les muscles du mollet chasse fortement le sang des jambes vers tout l'organisme au moment où les tissus ont besoin d'un coup de fouet. Les soldats demeurés longtemps de faction sont connus pour tomber dans les pommes à cause de l'inactivité prolongée de leurs soléaires sauf lorsqu'ils sont bien entraînés, auquel cas ils savent comment prévenir cela en contractant et en relâchant à tour de rôle leurs mollets.

Les soléaires ont besoin d'exercice pour préserver la force qui leur permet d'entraîner le corps vers l'avant et de jouer leur rôle dans la propulsion du sang. En même temps, ils ne doivent pas souffrir d'un excès de sollicitation ou d'une tension inutile. Une augmentation soudaine de leur niveau d'activité à cause d'un nouveau programme d'exercices, de la décision de se mettre à faire du sport le week-end ou un travail de jardinage auquel on n'est pas habitué risque de nuire au soléaire et aux autres muscles du mollet.

Des mesures préventives sont particulièrement importantes pour les muscles du mollet. Une bonne habitude à prendre serait de consacrer quelques instants, le matin, à masser les mollets avec les genoux sur le bord du lit.

## *Jambier postérieur*

Le *jambier postérieur*, ou *tibial postérieur*, est enfoui sous le soléaire et les jumeaux, plus superficiels, entre le tibia et le péroné. Il se fixe sur la face postérieure de ces deux os et sur la membrane interosseuse fibreuse qui les réunit. Le long tendon du muscle s'enroule autour de la face interne du calcaneum (l'os du talon) puis se termine par des ramifications sur plusieurs os du tarse au milieu de la voûte plantaire. Il permet l'inversion du pied (tourner la plante du pied en dedans). Il participe également à la flexion du pied vers le bas, soutient la longue voûte plantaire et permet au poids du corps d'être bien réparti sur le côté externe du pied. Un pied ancestral de Dudley-Morton et une faiblesse dans les jambiers postérieurs entraînent la pronation des chevilles (mouvement par lequel la cheville se tourne en dedans), l'aplatissement des pieds et l'affaissement des voûtes plantaires.

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans le jambier postérieur se focalise avant tout dans le tendon d'Achille ([figure 10.33](#)), surtout pendant que vous marchez ou courez. Elle s'étend parfois au mollet, au talon et à toute la plante du pied (non montré). Une douleur myofasciale due à des *trigger points* dans ce muscle peut être confondue avec une entorse du fléchisseur commun des orteils, un syndrome des loges postérieures ou une tendinite. En fait, des symptômes attribués à une tendinite du tendon d'Achille ne sont souvent que la douleur référée due à des *trigger points* dans le jambier postérieur. S'il existe un véritable problème avec le tendon d'Achille, il est efficace de masser ses trois muscles: jumeaux, soléaire et plantaire.

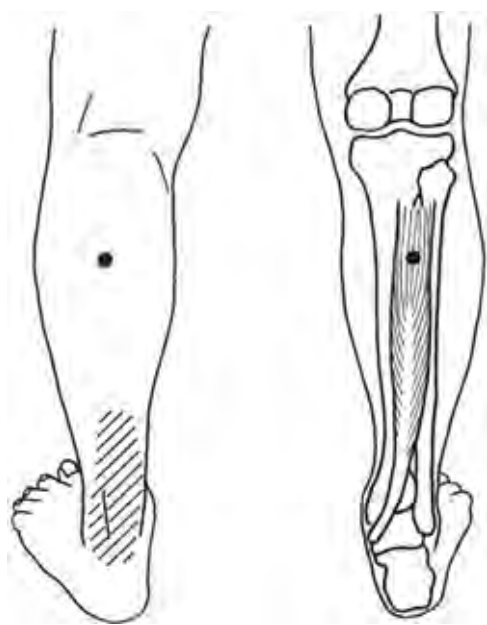


Figure 10.33 *Trigger point* du jambier postérieur et schéma de douleur référée

## Causes

Marcher ou courir sur un sol irrégulier, accidenté malmène les jambiers postérieurs. Des chaussures à la semelle usée ou toute surface qui tord la cheville produisent le même effet. Un pied ancestral de Dudley-Morton qui fait marcher sur le bord interne du pied risque de surmener le jambier postérieur et d'entraîner une douleur à l'arrière de la cheville. Ce muscle est souvent sollicité de manière excessive pendant la course et tous ceux qui pratiquent ce sport ont intérêt à l'étirer. Masser au préalable ce muscle rendra l'étirement plus efficace et thérapeutique.

## Traitement

Il n'est pas possible de localiser le jambier postérieur par une contraction isolée, car tous les muscles du mollet ont tendance à se contracter en même temps, quel que soit le mouvement du pied. Afin de trouver les *trigger points* dans le jambier postérieur, sentez la douleur exquise entre les deux chefs des jumeaux. Appuyez juste au milieu de la partie galbée du mollet, puis vers le haut à 2,5 cm et vers l'extérieur de la jambe à, là aussi, 2,5 cm ([figure 10.34](#)). Utilisez un appareil qui masse en profondeur, comme une Thera Cane, un Knobble, une balle sur un livre, les doigts ou les deux pouces. Le genou de la jambe opposée, même si cela peut sembler trop large, est également efficace. Le poids de la jambe projetera alors sa force dans les épais muscles qui le recouvrent. Bougez légèrement la jambe sur tout le genou afin d'appuyer de façon répétée le jambier postérieur contre l'arrière du péroné. (N'oubliez pas que le péroné est l'os extérieur de la jambe.) Reportez-vous à l'encadré «Conseils de massage» page [270](#) pour de plus amples détails. Et faites bien attention à la présence de nerfs et de vaisseaux sanguins importants profondément enfouis à l'arrière du mollet. Si vous avez des problèmes avec votre système vasculaire ou nerveux, évitez toute pression profonde sur le mollet.

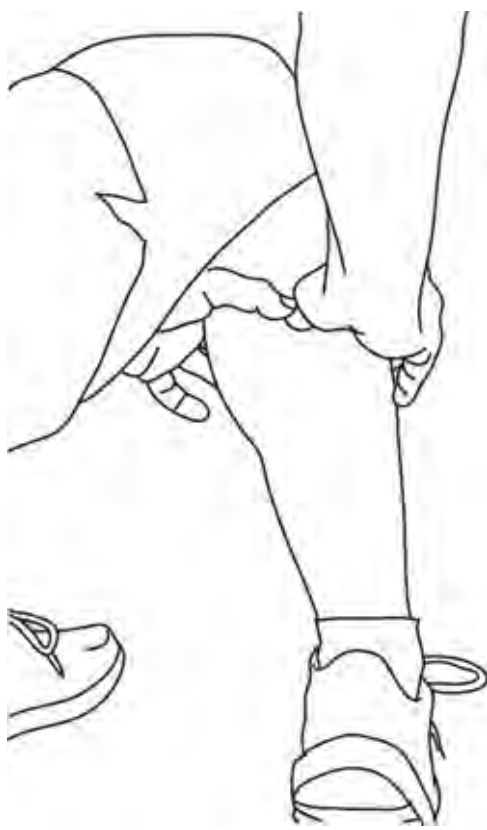


Figure 10.34 Localisation et traitement du jambier postérieur avec les doigts

## *Long fléchisseur commun des orteils et long fléchisseur propre du gros orteil*

Le *long fléchisseur commun des orteils* et le *long fléchisseur propre du gros orteil* (appelé aussi *premier orteil*) sont, comme leur nom l'indique, les longs muscles fléchisseurs des orteils. Ils sont voisins du jambier postérieur sous les muscles plus importants du mollet — le soléaire et les jumeaux. Ces longs fléchisseurs agissent de concert avec les courts fléchisseurs situés sous le pied.

Le long fléchisseur commun des orteils se trouve le long de la face postérieure du tibia et le long fléchisseur propre du gros orteil le long de la face postérieure du péroné, un peu plus bas. Ces positions sont à l'opposé de ce à quoi l'on pourrait s'attendre lorsqu'on voit l'insertion de leurs tendons. En effet, ces tendons s'enroulent autour de la face interne du calcaneum (l'os du talon) puis se croisent, le fléchisseur commun se terminant sur la face plantaire des quatre derniers orteils et le fléchisseur propre du gros orteil sous ce dernier. Ce croisement sous le pied donne un avantage mécanique aux orteils, leur permettant d'appuyer avec plus de force sur le sol. Ces deux longs fléchisseurs des orteils sont importants, avec les courts fléchisseurs de la plante des pieds, pour préserver l'équilibre du corps. Ils aident également à propulser le corps vers l'avant pendant la marche.

## **Symptômes**

Des *trigger points* dans les longs fléchisseurs des orteils rendent les plantes des pieds douloureuses quand vous marchez. Des *trigger points* dans le long fléchisseur commun des orteils entraînent une douleur dans la voûte métatarsienne et sur la face plantaire des orteils ([figure 10.35](#)). (La voûte métatarsienne est la pulpe des têtes des métatarsiens, les cinq os longs à l'avant du pied, qui forment l'avant-pied.) Une douleur résultant de *trigger points* dans le long fléchisseur propre du gros orteil

est perçue sous le gros orteil et la tête du premier métatarsien contigu ([figure 10.36](#)). Un engourdissement et des picotements sous le gros orteil sont des symptômes classiques de *trigger points* dans ce muscle qui peuvent se manifester, au pied droit, si l'on conduit beaucoup.

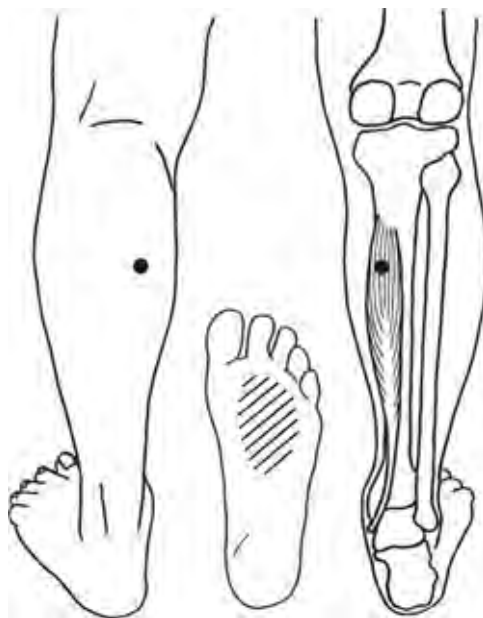


Figure 10.35 *Trigger point* du long fléchisseur commun des orteils et schéma de douleur référée

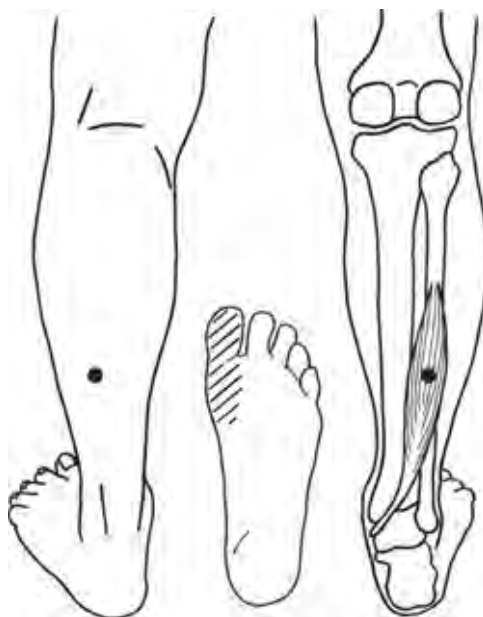


Figure 10.36 *Trigger point* du long fléchisseur propre du gros orteil et schéma de douleur référée

De mauvaises chaussures, des pieds plats et la goutte sont classiquement incriminés en cas de douleur sur la face plantaire de l'avant du pied et rares sont ceux qui pensent que cela provient peut-être des muscles du mollet. Des *trigger points* dans les longs fléchisseurs des orteils peuvent également déclencher des crampes dans les muscles plus petits de la voûte plantaire et contribuer au développement d'orteils en marteau ou en griffe, une déformation où ceux-ci restent figés dans cette position.

## Causes

Des *trigger points* dans les longs fléchisseurs des orteils apparaissent lorsque les orteils sont épuisés par un excès d'activités du pied et de la jambe, par exemple quand vous courez ou marchez

pieds nus sur le sable d'une plage ou une pente rocailleuse. Marcher sur un sol irrégulier en passant la tondeuse à gazon peut s'avérer éreintant pour les fléchisseurs des orteils. Des *trigger points* dans les soléaires et les jumeaux les affaiblissent, ce qui risque de faire travailler davantage les longs fléchisseurs des orteils. L'ensemble des cinq muscles du mollet sont susceptibles de renfermer des *trigger points* si l'on a abusé de la marche ou de la course.

## Traitement

Les *trigger points* dans le *long fléchisseur commun des orteils* sont enfouis sous le soléaire et les jumeaux, juste à côté de ceux dans le jambier postérieur que, comme eux, on peut masser avec le genou de la jambe opposée. Avec le long fléchisseur plantaire des orteils, le genou ira dans l'autre direction afin de presser à plusieurs reprises le muscle contre le tibia. Utilisez vos doigts pour en vérifier l'emplacement. Tout comme avec le jambier postérieur, commencez par appuyer au milieu des volumineux jumeaux. Trouvez le long fléchisseur plantaire des orteils en remontant de 2,5 cm puis, là aussi de 2,5 cm, vers l'intérieur ([figure 10.37](#)). Lisez l'encadré «Conseils de massage» page [270](#) pour la meilleure manière d'effectuer un massage ergonomique. Et faites bien attention à la présence de nerfs et de vaisseaux sanguins importants, profondément enfouis à l'arrière du mollet. Si vous avez des problèmes avec votre système vasculaire ou nerveux, évitez toute pression profonde sur le mollet.

Des *trigger points* dans le *long fléchisseur propre du gros orteil* se trouvent à un tiers du chemin en remontant à partir de la cheville, juste sous le bord des jumeaux. Pointez les orteils pour trouver le bord inférieur des jumeaux. Imaginez ensuite une ligne droite descendant au milieu du mollet. Appuyez sur la ligne médiane du mollet, sous les jumeaux, puis vers le côté extérieur. Localisez le long fléchisseur propre du gros orteil en le sentant se contracter quand vous fléchissez le gros orteil vers le sol ([figure 10.38](#)). Afin de ne pas contracter en même temps le soléaire qui le recouvre, évitez d'appuyer avec le pied. Presser le muscle contre le péroné avec le genou de la jambe opposée est un moyen facile de masser le long fléchisseur propre du gros orteil. Cette technique est montrée dans les [figures 10.26](#) et [10.27](#).

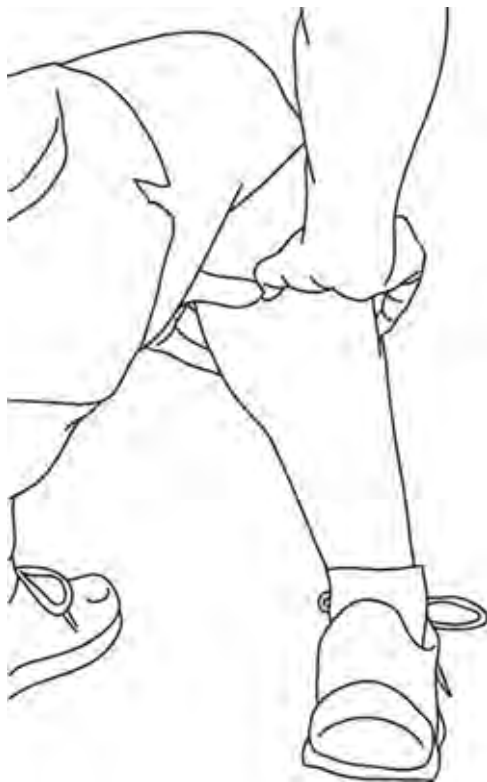


Figure 10.37 Localisation et traitement du long fléchisseur commun des orteils avec les doigts



Figure 10.38 Localisation du long fléchisseur propre du gros orteil par une contraction isolée

## Muscles du pied

Tant qu'ils ne vous font pas mal, vous ne pensez probablement pas à vos pieds. C'est dommage, car vos pieds sont, au sens propre, la base de toute activité verticale du corps.

Les pieds sont extraordinairement complexes, chacun renfermant neuf muscles distincts. Il faut y ajouter les sept interosseux, ces minuscules muscles entre les longs métatarsiens à l'avant du pied, et les quatre lombricaux, encore plus petits, qui sont des vestiges de l'époque où les orteils de nos ancêtres étaient plus longs et servaient à s'agripper. On obtient donc un total de vingt muscles dans chaque pied, ce qui fait beaucoup. Heureusement, pour se débarrasser d'une douleur au pied, il n'est pas nécessaire de tous les connaître. Cela aide toutefois de connaître chacun des neuf principaux muscles du pied parce qu'ils ont tous un schéma de douleur référée différent. Les interosseux et les lombricaux ne causent qu'une douleur locale et peuvent être traités comme s'il s'agissait d'un même groupe de muscles. Il est intéressant de savoir que le dessus du pied ne compte que deux muscles. Les sept autres se trouvent dans la face inférieure du pied appelée plante des pieds.

Vos pieds sont, au sens propre, la base de toute activité verticale du corps.

Outre des *trigger points* myofasciaux, toutes sortes de problèmes peuvent expliquer une douleur au pied, notamment des cors, une bursite, de l'arthrose, des verrues plantaires, des callosités, un ongle incarné, une infection, de la goutte, une fracture dont une fracture de fatigue, une déchirure ligamentaire et certaines anomalies structurelles comme un pied ancestral de Dudley-Morton. En cas de problème médical ou structurel, vous aurez probablement besoin d'aide, sauf s'il s'agit d'un pied ancestral de Dudley-Morton que vous pourrez résoudre vous-même.

## Pied ancestral de Dudley-Morton et hallux limitus



(Cette section a été écrite en collaboration avec Bjorn Svae de [www.mortonsfoot.com](http://www.mortonsfoot.com).)

Le métatarsien relie les os du médio-pied à la base des phalanges des orteils. Dans un pied à la structure idéale, la longueur du premier métatarsien doit être telle que les articulations du premier et du deuxième orteils sont côte à côte et se partagent l'essentiel du poids du corps quand vous marchez. Regardez le dessus de vos pieds et vous découvrirez peut-être que l'articulation du deuxième orteil semble plus en avant par rapport à celle du premier orteil, si bien que le deuxième métatarsien est trop long. En cas de pied ancestral de Dudley-Morton (ou maladie de Dudley-Morton), le deuxième métatarsien est trop long par rapport au premier métatarsien (figure 10.39). (Cela ne rend pas forcément le deuxième orteil plus long que le premier.) Un deuxième métatarsien trop long entraîne de l'instabilité et un manque d'efficacité des mouvements du pied et de la cheville qui aboutissent souvent à l'apparition de *trigger points* et à une douleur chronique. Les effets d'un pied ancestral de Dudley-Morton se manifestent souvent par une tension musculaire chronique et une douleur, même dans le haut du dos, le cou et la tête. Toutefois, un pied ancestral de Dudley-Morton n'est pas en soi douloureux.

Un pied ancestral de Dudley-Morton concerne une personne sur quatre. Un deuxième métatarsien trop long entraîne une mauvaise répartition du poids du corps sur la plante des pieds. Or, pour que l'équilibre et la stabilité soient bons, il faut que le pied contacte le sol comme un trépied, avec le poids régulièrement distribué entre la tête du premier, celle du cinquième métatarsien et le talon. Lorsque le deuxième métatarsien est trop long, sa tête touche en premier le sol et le poids du corps normalement partagé avec le premier métatarsien se retrouve à ce niveau. Cela donne donc deux points de soutien et non trois. C'est comme marcher sur des patins à glace: les chevilles deviennent instables et se tordent trop facilement vers l'intérieur comme vers l'extérieur. Bien des personnes compensent naturellement un pied ancestral de Dudley-Morton en tournant les pieds en dehors afin que davantage de poids se retrouve sur le premier métatarsien. Cela améliore la stabilité de la cheville, mais l'incite également à se pencher de manière non naturelle en dedans (hyperpronation). En outre, cela entraîne une tension excessive sur de nombreux muscles, dont ceux du pied, de la jambe, de la cuisse, des fesses et du dos.



Figure 10.39 Pied de Dudley-Morton: (A) 2<sup>e</sup> métatarsien, (B) 1<sup>er</sup> métatarsien, (C) callosité





Figure 10.40 Localisation des têtes des métatarsiens

La [figure 10.39](#) montre l'intérieur d'un pied ancestral de Dudley-Morton et ses conséquences extérieures. Sur le dessin avec le squelette du pied, les X indiquent les têtes des premier et deuxième métatarsiens. Remarquez que la longueur du deuxième orteil n'a pas forcément de relation avec celle du deuxième métatarsien. Vous pouvez très bien avoir un deuxième orteil long et un métatarsien normal, ou un métatarsien long qui n'entraîne pas un allongement du deuxième orteil. Dans certains cas, tous deux peuvent être plus longs que la normale. Cherchez un éventuel pied ancestral de Dudley-Morton en pliant simplement les orteils vers le bas afin de voir les têtes des deux premiers métatarsiens et de mesurer leur longueur relative ([figure 10.40](#)). Les orteils repliés vers le bas, repoussez vers le haut, du dessous, les têtes des trois premiers métatarsiens pour les faire ressortir sous la peau du dessus du pied. Tracez une ligne droite de la tête du premier métatarsien à celle du troisième. S'il existe un pied ancestral de Dudley-Morton, le deuxième métatarsien sera plus long que les autres.

Le dessin du pied de droite, [figure 10.39](#), montre l'emplacement de quatre callosités importantes que l'on associe classiquement à un pied ancestral de Dudley-Morton. La plus grosse se trouve juste sous la tête du deuxième métatarsien. Les trois autres sont sur le bord du gros orteil et contre les têtes des premier et cinquième métatarsiens. Parfois, le troisième métatarsien est aussi long que le deuxième et une callosité se forme alors sous les têtes de ces deux métatarsiens. Si vous voyez régulièrement un pédicure, vous ne pouvez pas forcément vous en rendre compte. Un autre signe distinctif d'un pied ancestral de Dudley-Morton est une commissure plus profonde entre les premier et deuxième orteils qu'entre les deuxième et troisième orteils. Le meilleur moyen de s'en assurer est toutefois de mesurer directement la longueur relative des premier et deuxième métatarsiens.

## *Hallux limitus*

Le Dr Dudley Morton, qui a donné son nom au pied ancestral de Dudley-Morton, a également documenté cette anomalie. Il a remarqué que ceux chez qui le premier métatarsien est anormalement court ou le deuxième métatarsien trop long ont également un premier métatarsien hypermobile. Il a observé que le premier métatarsien, au lieu de supporter une partie du poids du corps, semble céder, laissant le poids qu'il soutient normalement être transféré sur le deuxième métatarsien. Afin d'éviter ce déséquilibre, la cheville et le pied compensent cela par une hyperpronation (affaissement de la voûte). L'os surélevé du gros orteil peut alors toucher le sol, ce qui recrée un soutien en trois points (Morton, 1935). Le site américain de [www.mortonsfoot.com](http://www.mortonsfoot.com) décrit ce qui se passe alors:

*Se tenir debout ou marcher à un rythme paisible ne devrait pas demander beaucoup d'effort et, en aucun cas, causer une douleur. Mais lorsque votre corps manque d'assurance ou d'équilibre, vos muscles deviennent tendus. Or, étant donné que l'hyperpronation entraîne de l'instabilité et déséquilibre votre corps, les muscles posturaux, des pieds au cou, demeurent en permanence sous tension. Ils n'obtiennent jamais le signal «détente», comme lorsque vous avez terminé l'ascension d'une colline et êtes de retour sur un sol plat ou assis pour vous reposer. L'hyperpronation provoque l'affaissement des voûtes plantaires et vos chevilles se tordent en dedans quand vous transférez le poids du corps sur l'avant-pied. Deux «schémas de compensation» surviennent à cause de l'hyperpronation. Premièrement, votre posture se modifie: vos jambes pivotent en dedans, vos hanches font de même vers l'avant (l'une plus que l'autre) et toute la partie supérieure de votre corps et la tête tournent et dévient vers l'avant. Deuxièmement, parce que cette posture de la «tête vers l'avant» crée une tension musculaire et des spasmes, votre corps essaye inconsciemment de le compenser. Malheureusement, peu à peu, cela accentue inévitablement la déformation de votre posture, causant encore plus de tension musculaire et de douleur ([www.mortonsfoot.com](http://www.mortonsfoot.com)).*

Vous pouvez, en plus de vérifier que vous présentez un pied ancestral de Dudley-Morton, faire ce test rapide afin de voir si un hallux limitus est responsable d'une hyperpronation du pied.

### **Test d'évaluation d'un hallux limitus**

Suivez ces étapes simulant ce qui se passe lorsqu'on marche ou qu'on court. Une vidéo en anglais de ce test se trouve à l'adresse suivante: [www.mortonsfoot.com/pickingrightpci.html](http://www.mortonsfoot.com/pickingrightpci.html).

1. Tenez-vous debout sur une surface dure, les pieds parallèles confortablement écartés l'un de l'autre et les orteils pointés devant vous.
2. Penchez-vous légèrement vers l'avant et pliez les genoux pour que vos hanches s'inclinent de 20 à 25 cm. Gardez le dos bien droit. Les talons ne doivent pas décoller du sol.
3. Obligez les genoux à avancer devant vous jusqu'à se retrouver dans l'alignement du milieu de vos pieds (3<sup>e</sup> orteil).
4. Dans cette position, rapprochez lentement les genoux l'un vers l'autre jusqu'à sentir que la pression du poids du corps s'exerce sous le 1<sup>er</sup> métatarsien (avant-pied derrière les gros orteils). Cette pression doit être uniformément répartie sous toute la surface du pied.
5. Si vous devez rentrer les genoux en dedans pour que le poids du corps se retrouve sur l'intérieur du pied, vous avez un hallux limitus.

Bien des personnes tournent les pieds en dehors et penchent les chevilles en dedans pour que le premier métatarsien porte une partie du poids du corps. S'il existe un hallux limitus, un autre schéma de compensation se manifeste par un déplacement inconscient du poids du corps vers l'extérieur des pieds. Cela aide ces derniers à pointer plus vers l'avant et diminue la douleur au genou et au dos, mais surmène également les muscles du mollet, ce qui aboutit à une hypersensibilité permanente de ces muscles, à des crampes et même à un risque d'entorse du fléchisseur commun des orteils. Souvent, ces personnes ont alors de hautes voûtes plantaires et tournent la plante du pied en dedans (supination).

Il existe une société américaine qui fabrique des semelles orthopédiques et des coussinets amortissants pour orteils relativement bon marché, surtout pour un pied ancestral de Dudley-Morton. Vous pouvez les trouver sur le site [www.mortonsfoot.com](http://www.mortonsfoot.com). Leur paiement en ligne est sécurisé et leurs représentants expérimentés du service clients pourront vous aider à déterminer le type de

correction dont vous avez besoin. En France, si vous êtes suivi par un podologue ou un rhumatologue, il vous orientera pour des semelles sur mesure.

Si vous ne vous sentez pas prêt à porter des semelles orthopédiques, essayez cette méthode facile. Protégez la tête du premier métatarsien, à l'avant-pied, avec un coussinet. Découpez un cercle de 25 à 30 cm (en fonction de la taille de vos pieds) dans de la flanelle de coton douce (un pour chaque pied) que vous pouvez trouver sur le site <http://www.drscholls.ca/fr/produits/traitements/callosites/rouleau-moleskin-plus>. Vous aurez peut-être besoin de superposer plusieurs couches, mais en général pas plus de 0,5 cm en tout, auxquelles vous pouvez ajouter, pour une meilleure fixation, des semelles orthopédiques plates en mousse du Dr Scholl ou d'une marque similaire (figure 10.41). Vérifiez que ces coussinets ne touchent pas les deuxièmes métatarsiens. Le remède pour un hallux limitus est le même que ce qu'on utilise souvent pour un pied ancestral de Dudley-Morton, hormis le degré de correction. L'épaisseur du coussinet placé sous le premier métatarsien est en rapport avec l'importance de son surélévement.

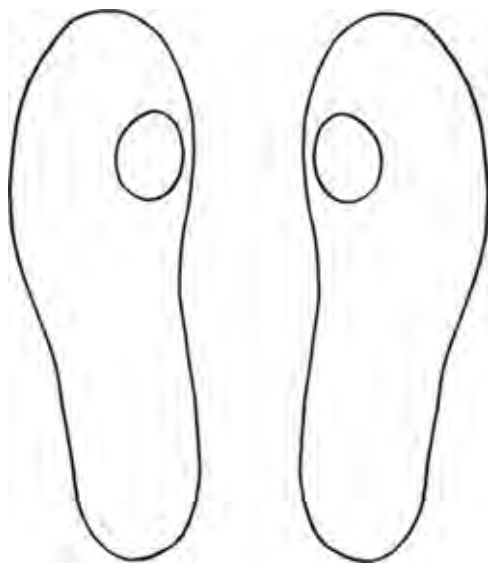


Figure 10.41 Coussinets amortissants sous les têtes du premier métatarsien

Voici ce que [Mortonsfoot.com](http://Mortonsfoot.com) recommande lorsqu'il faut déterminer la taille des semelles orthopédiques nécessaires en cas de hallux limitus: faites à nouveau le test du genou plié (voir encadré). Regardez vos genoux pendant que vous ajustez vos pieds pour bien répartir le poids du corps à gauche comme à droite et à l'avant comme à l'arrière. Remarquez comment les genoux doivent bouger l'un vers l'autre pour que les pieds transfèrent le poids aux premiers métatarsiens. Si la ligne médiane de vos rotules se déplace pour se retrouver près du gros orteil, mais non au-dessus de lui, un coussinet incliné de 3,5 mm suffit. Si, en revanche, elle se retrouve au niveau du gros orteil, voire au-delà, il vaut mieux alors placer des coussinets inclinés de 6 mm sous les premiers métatarsiens. La petite cale de 3,5 ou 6 mm stimule les muscles, ce qui permet au premier métatarsien de reposer sur le sol et de soutenir sa part du poids du corps, et empêche l'hyperpronation du pied; de même cela supprime le schéma compensatoire de supination et le besoin de tourner les pieds en dehors pour améliorer la stabilité.

Un pied ancestral de Dudley-Morton et un hallux limitus ne sont pas des problèmes que l'on peut se permettre d'ignorer. Vous serez surpris de l'amélioration apportée par la correction. Les pieds retrouveront immédiatement un fonctionnement normal, la déficience posturale s'améliorera et il sera plus facile de venir à bout de la douleur dans tout le corps.

Un pied ancestral de Dudley-Morton et un hallux limitus ne sont pas des petits problèmes que l'on peut se permettre d'ignorer. Vous serez surpris de l'amélioration apportée par la correction. Les pieds retrouveront immédiatement un fonctionnement normal, la déficience posturale s'améliorera et il sera plus facile de venir à bout de la douleur dans tout le corps.

## Muscles de la face dorsale du pied

Les muscles dorsaux se trouvent sur le dessus du pied ([figure 10.42](#)). Les interosseux, qui occupent l'espace entre les métatarsiens, sont également considérés comme des muscles dorsaux, car ils sont plus faciles d'accès par le dessus (non montré). Le traitement des dorsaux et des interosseux est très simple et une douleur résultant de leurs *trigger points* est généralement locale et non référée. Vous devez être prudent quand vous traitez n'importe quelle partie du pied, surtout en cas de diabète qui rend celui-ci moins sensible.

### *Muscles pédieux, extenseurs propre du gros orteil et interosseux*

Le *pédieux*, ou *court extenseur des orteils*, et l'*extenseur propre du premier ou du gros orteil* sont de courts muscles extenseurs des orteils. Ils se trouvent sous les tendons des longs extenseurs des orteils, sur le dessus du pied. Les courts et les extenseurs travaillent en synergie pour lever les orteils afin de les décoller du sol à chaque pas durant la marche.

Il existe deux types d'*interosseux* entre les métatarsiens du pied: les *interosseux dorsaux* et les *interosseux plantaires* auxquels s'ajoute un troisième groupe de petits muscles, les *lombricaux*, qui sont parallèles aux métatarsiens sur la face plantaire du pied (en dessous et non entre eux). Les interosseux permettent aux orteils de bouger sur le côté et aident à la flexion et l'extension. Cette masse déroutante de muscles minuscules peut sembler insignifiante, mais tous contribuent en fait à équilibrer et à adapter le pied sur le sol. Leur rôle est également fondamental pour contrer une action excessive des muscles du pied plus grands mais moins sensibles.

## Symptômes

Une douleur résultant de *trigger points* dans les courts extenseurs se manifeste autour de ces mêmes muscles, sur le côté externe du dessus du pied ([figure 10.42](#)). Sur l'illustration, le pédieux se compose de trois chefs musculaires insérés sur les deuxième, troisième et quatrième orteils. Le court fléchisseur du gros orteil est ce muscle qui se termine, lui, sur le gros orteil. Leur schéma de douleur combiné chevauche celui des extenseurs propres du gros orteil, du jambier antérieur et du péronier antérieur. Par conséquent, il est parfois nécessaire de s'occuper de tous ces muscles pour trouver les *trigger points* responsables de la douleur.

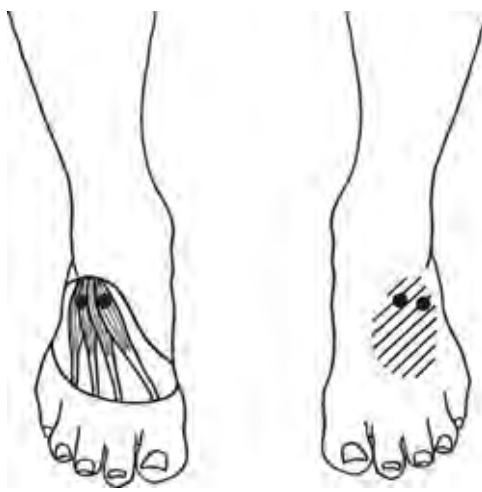


Figure 10.42 *Trigger points* du pédieux et de l'extenseur propre du gros orteil, et schéma de douleur référée

Dans le cas de *trigger points* dans les interosseux, la douleur sera perçue à la base des orteils, souvent jusqu'à leurs extrémités (figure 10.43). Elle irradie de manière occasionnelle dans tout l'avant du pied et jusqu'à la face antérieure du tibia (non montré). Ces *trigger points* entraînent souvent des crampes et une tuméfaction de l'avant-pied (même si n'importe quels muscles dorsaux peuvent être à l'origine d'une douleur sourde sur le dessus du pied). Des *trigger points* dans le premier interosseux dorsal provoquent parfois des picotements dans le gros orteil. Un engourdissement, plutôt qu'une douleur, peut être présent dans n'importe laquelle des zones de projection d'une douleur.



Figure 10.43 *Trigger point* d'un des interosseux et schéma de douleur référée (ces muscles se trouvent entre chacun des métatarsiens)

## Causes

La marche, la course ou l'alpinisme peuvent être source de *trigger points* dans n'importe lequel des extenseurs et des interosseux, et il n'est pas rare que tous soient impliqués, étant donné qu'ils sont dépendants les uns des autres pour fonctionner correctement dans le délicat système de préservation de l'équilibre du pied.

Prenez garde aux chaussures trop serrées à l'avant du pied. Cela entrave la circulation sanguine et le mouvement, et favorise les problèmes avec les interosseux et les courts extenseurs des orteils. Afin de prendre soin de ces muscles si facilement fragilisés, il serait pertinent de renoncer aux chaussures

à talons hauts. Comme les pieds glissent vers l'avant, les muscles se retrouvent alors comprimés au niveau des orteils. À l'opposé, si vous marchez pieds nus sans y être habitué, vous risquez là aussi de créer une tension inhabituelle sur les muscles du pied.

## Traitement

Localisez le pédieux et le court fléchisseur du gros orteil en les sentant se contracter quand vous levez les orteils ([figure 10.44](#)). N'utilisez que l'extrémité des doigts ou le pouce pour masser les muscles dorsaux du pied. Ils sont généralement petits et minces, et n'ont pas besoin que l'on exerce beaucoup de pression.

Pour masser les interosseux, enfoncez l'extrémité de deux doigts ou du pouce entre les métatarsiens par le dessus tout comme par le dessous du pied ([figure 10.45](#)). Deux autres méthodes pour le massage des interosseux sont montrées [figures 10.46](#) et [10.47](#). Il est également très facile d'utiliser, comme pour les mains, une pince à ressort avec une gomme (voir [figure 6.49](#) page 154). Appuyez bien vers les muscles puis de gauche à droite afin de les comprimer contre les métatarsiens. Si des *trigger points* dans les interosseux sont virulents, allez-y en douceur au début, car un massage trop vigoureux risque de s'avérer horriblement douloureux et peut même promouvoir des crampes. En cas de crampe dans la voûte plantaire, étirer la plante du pied dans l'espoir qu'elle disparaîtra risque d'aggraver la situation en entraînant des crampes dans les interosseux et les courts muscles extenseurs sur le dessus du pied. Si vous aimez vous étirer, commencez d'abord par masser les muscles.



Figure 10.44 Localisation des courts extenseurs par une contraction isolée



Figure 10.45 Massage des interosseux avec le pouce (entre chacun des métatarsiens)





Figure 10.46 Massage des interosseux avec les doigts enserrant le pied (des deux côtés)



Figure 10.47 Massage des interosseux des deux côtés, en traitant en même temps les interosseux dorsaux et plantaires

## Muscles de la plante du pied

Une fasciite plantaire est un diagnostic fréquent pour une douleur au pied et au talon. L'explication médicale semblerait logique si vous ignoriez tout des *trigger points* et de la douleur myofasciale. Le test qui sert de référence pour établir ce diagnostic consiste à appuyer sur la voûte plantaire et à voir si cela fait mal. C'est à cet endroit que se trouve le fascia plantaire, l'épais tissu tendineux qui soutient la voûte. Une douleur en ce lieu est censée indiquer qu'il existe une inflammation du fascia. Le problème, avec ce point de vue, est que le court fléchisseur plantaire et la chair carrée de Sylvius se trouvent immédiatement sous le fascia plantaire et que leurs *trigger points* sont forcément douloureux quand on appuie dessus. L'automassage de ces points sensibles à la douleur exquise s'améliore parfois d'une manière spectaculaire, en quelques jours à peine, même si la «fasciite plantaire» dure depuis longtemps. N'oubliez pas non plus que, lorsque vous traitez une douleur qui se manifeste sous le pied, les muscles du mollet sont généralement la principale cause et qu'un diabète rend le pied moins sensible. Allez-y en douceur quand vous vous occupez de n'importe quelle partie du pied.

Une bonne friction du pied peut s'avérer très agréable, mais être parfaitement inutile pour vous débarrasser d'une douleur chronique au pied. Pour un massage efficace des pieds, il est essentiel de visualiser et de comprendre ce qui se trouve à l'intérieur. Il existe sept muscles dans la plante du pied ou surface plantaire. Chaque muscle joue un rôle spécifique et entraîne un type de douleur qui lui est propre lorsque des *trigger points* sont présents. Les histoires qui suivent montrent quelques-unes des nombreuses manières selon lesquelles s'exprime un problème avec les muscles de la plante du pied.

N'oubliez pas que, lorsque vous traitez une douleur qui se manifeste sous le pied, les muscles du mollet sont généralement la principale cause.



Âgé de 28 ans, Sébastien est assistant manager dans un supermarché. Il reste debout toute la journée et trouve difficilement le temps de faire une pause. Il a mal à la plante des pieds même lorsqu'il s'arrête pour se reposer ou qu'il reste assis. Christiane, sa chef, lui a montré comment masser ses pieds en faisant rouler une petite balle en caoutchouc. La première fois, ça a été si atroce qu'il a pensé être incapable de le supporter. Il a toutefois gardé la balle dans sa poche et a travaillé sur ses pieds dès qu'il avait un peu de temps. Lorsque Christiane lui a demandé quelques jours plus tard comment allaient ses pieds, il a pris conscience qu'il n'avait plus du tout mal.

Âgé de 77 ans, Raymond a souvent des crampes à la plante des pieds et ses orteils sont le plus souvent engourdis. D'après son médecin, l'engourdissement résulterait de la chimiothérapie de Raymond pour un lymphome. Sa fille ayant lu des informations sur les trigger points a commencé à frictionner ses pieds lorsqu'elle venait le voir, deux à trois fois par semaine. Certains endroits de la plante de ses pieds étaient terriblement douloureux pendant ce massage et elle s'efforçait de limiter la pression à ce qu'il pouvait supporter. Au bout de quelques semaines, Raymond a constaté qu'il n'avait plus que rarement des crampes et que l'engourdissement dans ses orteils avait quasiment disparu.

## Abducteur du gros orteil

L'abducteur du gros orteil (ou premier orteil) est l'un des quelques muscles qui font bouger le gros orteil. Il se trouve le long de la face interne de la plante du pied et s'insère sur le calcaneum (os du talon) et la première phalange du gros orteil. Son rôle est de l'écarter des autres orteils et de fléchir le gros orteil vers le bas. Son action contribue à la propulsion et à empêcher le pied et la cheville de basculer en dedans. Sa charge de travail est accrue lorsque des trigger points dans d'autres muscles de la jambe et du pied rendent les chevilles affaiblies et instables. Par ailleurs, une instabilité due à un pied ancestral de Dudley-Morton surmène également l'abducteur du gros orteil.

Des trigger points dans l'abducteur du gros orteil entraînent avant tout une douleur sur la face interne du talon et, sur une courte région, de la cheville ([figure 10.48](#)). Lorsque des trigger points sont suffisamment actifs, la douleur est perçue sous le premier métatarsien (non montré). Enfin, des trigger points dans ce muscle provoquent parfois la compression d'un nerf et, par voie de conséquence, un engourdissement dans le pied et les orteils.



Figure 10.48 *Trigger points* de l'abducteur du gros orteil et schéma de douleur référée

Le jouet d'un enfant est peut-être l'idéal pour masser la plante des pieds ou, sinon, une balle rebondissante en caoutchouc de 35 mm, de la taille des boules de chewing-gum qu'on trouve dans un distributeur.

Pour masser le pied, asseyez-vous, retirez vos chaussures et faites rouler la balle entre le sol et votre pied. Travaillez lentement afin de trouver les *trigger points* à la douleur exquise. Inclinez le pied pour masser les bords du pied, surtout au niveau du talon pour les muscles abducteurs et près du gros orteil pour le court fléchisseur du gros orteil. Si c'est trop intense avec une balle en caoutchouc de 35 mm, essayez avec une balle plus grosse de 45 ou 60 mm voire une balle de tennis.

Localisez l'abducteur du gros orteil sur la face interne du talon en le sentant se contracter quand vous appuyez le gros orteil contre le sol. L'abducteur du gros orteil est très facile à trouver, mais comme c'est un muscle épais, vous aurez besoin d'exercer un effet de levier pour masser en profondeur. Le meilleur appareil de massage est une balle rebondissante de 35 mm sur le sol ([figure 10.49](#)). En position assise, posez le pied sur la balle et tournez la plante du pied en dehors (éversion) afin que la balle soit sur l'intérieur, juste devant le talon ([figure 10.50](#)). Trois trigger points sont possibles: l'un tout près du côté du pied et les deux autres sur son bord. Reportez-vous à l'encadré ci-contre «Conseils de massage» pour de plus amples informations. Une balle de golf est ce qu'on utilise habituellement pour masser la plante du pied, mais elle est un peu plus grande et, par conséquent, un peu moins efficace. De plus, elle glisse et est un peu trop dure. N'importe quelle balle de petite taille fera l'affaire, mais l'idéal serait une balle rebondissante, de la taille des boules de chewing-gum qu'on trouve dans un distributeur. Si vos trigger points sont particulièrement sensibles, débutez avec une balle rebondissante plus grande de 45 mm ou même une balle de tennis sur le sol.



Figure 10.49 Massage de la plante du pied avec une balle rebondissante de 35 mm sur le sol



Figure 10.50 Position pour masser le bord interne (médial) du pied avec une balle rebondissante de 35 mm

Lorsqu'un des muscles de la plante du pied pose problème, tous les autres risquent d'en pâtir. N'oubliez pas qu'un muscle en bonne santé n'est pas douloureux quand on appuie dessus. L'automassage des trigger points devrait induire une douleur supportable et vous devez trouver la juste pression qui permet d'exercer un effet thérapeutique.

## *Abducteur du cinquième orteil*

L'*abducteur du cinquième orteil* se fixe sur la face interne du calcaneum (os du talon) et se termine sur la première phalange. Son rôle est d'écarter le petit orteil des autres orteils. Cette action (abduction) aide à contrôler le balancement du pied lorsque le corps est en mouvement. En raison de son importance, ce muscle peut être relativement gros. Marcher ou courir sur un sol irrégulier sollicite beaucoup les abducteurs des orteils et favorise la survenue de *trigger points*. Il en va de même si vous portez des chaussures à talons hauts ou des chaussures ou des sandales avec une semelle rigide.

Des *trigger points* dans l'*abducteur du cinquième orteil* entraînent avant tout une douleur dans le muscle lui-même, le long du bord externe du pied près du talon et, parfois, de la cheville sur une courte distance ([figure 10.51](#)). Cette douleur donne parfois l'impression d'avoir une entorse. Quand des *trigger points* sont suffisamment actifs, ils causent également une douleur dans le petit orteil et sous la tête du cinquième métatarsien, juste derrière l'orteil (non montré).



Figure 10.51 *Trigger points* de l’abducteur du cinquième orteil et schéma de douleur référée

Localisez l’abducteur du cinquième orteil en le sentant se contracter quand vous étalez les orteils. Massez le muscle sur le sol avec une balle rebondissante de 35 mm. Il est possible que le pire *trigger point* se trouve juste au-dessus de la plante du pied, sur la face externe du talon. Amenez la plante du pied en dedans (inversion) pour que la balle vienne masser le bord extérieur du pied en la faisant rouler vers le talon ([figure 10.52](#)).



Figure 10.52 Position pour masser le bord externe (latéral) du pied avec une balle rebondissante de 35 mm

### *Court fléchisseur plantaire*

Le *court fléchisseur plantaire* se fixe sur le calcanéum (os du talon) et se divise en quatre tendons pour aller se terminer sur la deuxième phalange des quatre derniers orteils. Il est contenu dans la loge plantaire moyenne au milieu de la longue voûte. Il aide le long fléchisseur commun des orteils, dans le mollet, à fléchir les quatre derniers orteils (à se replier vers le sol). Des *trigger points* dans ces deux muscles entraînent une douleur à l’avant du pied sous les têtes des métatarsiens, juste derrière

les orteils ([figure 10.53](#)). Cette douleur peut donner l'impression de marcher sur des rochers tranchants. C'est l'une des manifestations les plus courantes de «pieds endoloris».



Figure 10.53 *Trigger points* du court fléchisseur plantaire et schéma de douleur référée

Un soutien de la voûte ou autre appareil orthopédique est souvent employé pour traiter une douleur dans la plante du pied selon l'hypothèse, erronée, que cela résulterait de voûtes affaiblies ou affaissées. Si la pression exercée par les soutiens des voûtes augmente la douleur sous l'avant du pied, recherchez des *trigger points* dans le court fléchisseur plantaire.

Lorsqu'on s'efforce de résoudre un problème de voûtes douloureuses, il semble naturel de les masser, mais n'oubliez pas que l'essentiel de la douleur dans la longue voûte provient en fait de *trigger points* dans les jumeaux du mollet. Ce n'est pas parce que le court fléchisseur plantaire se trouve dans la voûte plantaire qu'il est responsable de la douleur en cet endroit.

Localisez le court fléchisseur plantaire en le sentant se contracter quand vous repliez les orteils vers le sol. Utilisez une petite balle rebondissante de 35 mm sur le sol pour masser ce muscle ([figure 10.49](#)).

## Chair carrée de Sylvius

La *chair carrée de Sylvius* se fixe sur le calcanéum (os du talon) près du point d'insertion du court fléchisseur plantaire. À son autre extrémité, ce muscle s'attache aux tendons du long fléchisseur commun des orteils, l'aidant à fléchir les orteils. C'est pourquoi la chair carrée de Sylvius est également appelée *muscle accessoire du long fléchisseur commun des orteils*. Ce muscle important et souvent problématique est très profondément enfoui dans le pied juste devant le talon et se trouve complètement masqué par le court fléchisseur plantaire. Il corrige la rotation interne provoquée par le long fléchisseur.

Des *trigger points* dans la chair carrée de Sylvius entraînent une vive douleur dans le talon, donnant l'impression que vous vous êtes blessé en buttant contre une pierre, comme si un ongle avait été arraché ([figure 10.54](#)). Parfois, il est impossible d'appuyer sur le talon, ce qui vous oblige à marcher sur les orteils. Le soléaire peut être la principale cause d'une douleur au talon qui est souvent diagnostiquée, à tort, de fasciite plantaire ou confondue avec une épine calcanéenne. Cette dernière peut exister sans être forcément la cause de la douleur. Une preuve indiscutable en est l'arrêt de la douleur après un massage. Bien évidemment, il est tout à fait possible qu'une épine calcanéenne douloureuse coexiste avec des *trigger points* myofasciaux.



Figure 10.54 *Trigger point* de la chair carrée de Sylvius et schéma de douleur référée

On ne peut pas localiser la chair carrée de Sylvius par une contraction isolée, car ce muscle se contracte avec le court fléchisseur plantaire qui le recouvre. Du reste, les *trigger points* présents dans ces deux muscles sont très proches les uns des autres. Ceux de la chair carrée de Sylvius sont un peu plus près du talon et enfouis bien plus profondément. En fait, vous ne parviendrez pas à masser suffisamment en profondeur ce muscle avec le pouce ou les autres doigts. Afin de désactiver ces points, vous devez vous asseoir et utiliser une petite balle rebondissante ou en caoutchouc de 35 mm (si c'est trop intense, commencez avec une balle un peu plus grosse).

## *Adducteur du gros orteil et court fléchisseur du gros orteil*

L'*adducteur du gros orteil* se fixe sur le calcanéum (os du talon) et la première phalange de l'orteil. Son rôle est d'écarter le gros orteil. Le *court fléchisseur du gros orteil* se fixe sur le cuboïde (os du tarse antérieur) et les deux côtés de la première phalange. Il fléchit le gros orteil vers le sol.

Ces deux muscles sont difficiles à distinguer l'un de l'autre par une contraction isolée, car ils bougent en même temps quand vous abaissez le gros orteil. Leurs schémas de douleur sont toutefois différents. Des *trigger points* dans l'*adducteur du gros orteil* entraînent une douleur sous les têtes des métatarsiens, juste derrière les quatre derniers orteils ([figure 10.55](#)) et, parfois, un engourdissement dans cette même région. Une douleur résultant de *trigger points* dans le *fléchisseur du gros orteil* se manifeste sous la tête du premier métatarsien (avant-pied) et sur la face interne du pied, près du gros orteil ([figure 10.56](#)).





Figure 10.55 *Trigger points* de l'adducteur du gros orteil et schéma de douleur référée



Figure 10.56 *Trigger points* du court fléchisseur du gros orteil et schéma de douleur référée

Des *trigger points* dans l'adducteur et le court fléchisseur du gros orteil sont parmi les causes les plus fréquentes de douleur à l'avant du pied pendant la marche, mais celle-ci l'est nettement moins lorsque vous n'êtes pas debout. Ces muscles du gros orteil sont surmenés quand vous devez compenser un pied déséquilibré à cause d'un deuxième métatarsien trop long. C'est pour cette raison qu'une douleur chronique dans la voûte métatarsienne s'explique souvent par un pied ancestral de Dudley-Morton. (La voûte métatarsienne est formée à l'avant du pied par les têtes des métatarsiens.)

Localisez l'adducteur du gros orteil et le court fléchisseur du gros orteil en les sentant se contracter quand vous fléchissez le gros orteil vers le bas. Prenez le temps de chercher des *trigger points* dans la voûte métatarsienne et derrière la tête du premier métatarsien. L'un des meilleurs appareils de massage pour cette région est une balle rebondissante de 35 mm sur le sol en position assise. Certains des *trigger points* dans ces muscles peuvent être très profondément enfouis, car ces muscles le sont eux-mêmes. Vous risquez donc d'épuiser rapidement vos mains si vous les utilisez pour masser la plante des pieds. Inclinez la plante du pied vers l'extérieur (éversion) pour amener la balle sur le deuxième *trigger point* dans le court fléchisseur du gros orteil ([figure 10.50](#)). Vous le trouverez sur le bord interne du pied.

### *Court fléchisseur du cinquième orteil*



Le *court fléchisseur du cinquième orteil* se fixe sur le cuboïde (un os du tarse antérieur) et se termine sur la face plantaire de la première phalange du petit orteil. Son rôle est de fléchir cet orteil. Il est en fait bien plus gros et puissant que vous ne le croyez si vous vous basez sur son association avec le petit orteil. Il joue un rôle très important pour maintenir l'équilibre du corps quand vous marchez, courez ou, tout simplement, déplacez le poids du corps. Poussez contre le sol avec le petit orteil pour sentir le muscle se contracter sur toute la longueur de la face plantaire du cinquième métatarsien. Cette action empêche la cheville de tourner trop loin vers l'extérieur quand vous marchez ou courez. Elle aide à conserver le corps centré au-dessus de vos pieds.

Des chevilles instables risquent d'épuiser les courts fléchisseurs du cinquième orteil. Vous pouvez également les fragiliser en portant de lourdes charges ou si votre poids est trop important. Marcher ou courir sur un sol irrégulier entraîne une tension sur le court fléchisseur des cinquièmes orteils parce qu'il leur faut travailler dur afin de vous aider à préserver votre équilibre.

Des *trigger points* dans le court fléchisseur du cinquième orteil entraînent une douleur sur le bord externe du pied juste derrière le petit orteil ([figure 10.57](#)). Massez-les sur le sol avec une petite balle rebondissante de 35 mm. Lisez l'encadré «Conseils de massage» à la section «Abducteur du gros orteil» page [282](#) pour des détails sur le traitement.



Figure 10.57 *Trigger point* du court fléchisseur du 5<sup>e</sup> orteil et schéma de douleur référée

## Chapitre 11

# Massage clinique des *trigger points*

Ce chapitre est avant tout destiné aux massothérapeutes, mais peut également servir de guide pour quiconque veut aider d'autres personnes à soulager leur douleur. Les médecins, les kinésithérapeutes, les thérapeutes professionnels, les coachs personnels ou d'athlètes, les professeurs de yoga et ceux travaillant dans le domaine de la santé devraient le trouver utile. Si vous êtes intéressé par une formation en thérapie par les *trigger points*, reportez-vous à la section «Pour en savoir plus» à la fin de ce livre.

## Un niveau d'éducation supérieur

À l'époque où ce livre a été publié pour la première fois, en 2001, j'avais organisé de nombreux stages de thérapie par les *trigger points* avec des milliers de massothérapeutes de tous les États-Unis et d'ailleurs. Durant les deux premières années, mon père, Clair, et moi avons enseigné ensemble. Après son décès, j'ai repris seule les séminaires. Les stages concernaient à la fois des techniques d'automassage et de traitement clinique. Tous les massothérapeutes disaient que les *trigger points* n'étaient que rapidement évoqués dans leurs écoles de massage, voire pas du tout!

La plupart des thérapeutes recherchent dans les cours auxquels ils assistent une amélioration de leurs compétences pour traiter les différentes pathologies source de douleur qu'ils rencontrent dans leur pratique. Ils souhaitent passer des simples massages pour le bien-être à une approche plus clinique. Ce chapitre se veut un guide pour aider ceux qui sont intéressés par des soins thérapeutiques à effectuer cette transition.

En massothérapie, il existe bien des manières pour atteindre l'excellence. Si vous restez un certain temps dans ce domaine, de nombreuses opportunités de vous perfectionner ou de vous essayer à ceci ou à cela se présenteront à vous. Lorsqu'on les interroge, la plupart des massothérapeutes ont recours à un ensemble varié d'approches qu'ils utilisent différemment, selon leurs patients et leurs problèmes, dans le but d'une prise en charge globale. Les techniques présentées dans ce chapitre viennent compléter la mosaïque de traitements déjà connus. Et il est possible de se spécialiser en thérapie myofasciale par les *trigger points* en complément des autres techniques déjà employées couramment.

Dans le domaine des soins de santé, la thérapie par les *trigger points* représente une pièce manquante au traitement de la douleur. Elle devrait être enseignée aux étudiants de toutes les formations médicales et paramédicales. L'automassage, en particulier, devrait être proposé dans les écoles en tant que fondement de la compréhension d'un traitement efficace des *trigger points*. Si vous êtes capable de trouver un *trigger points* précis dans votre corps, cela améliore votre compétence en palpation pour faire de même sur le corps de quelqu'un d'autre. L'automassage agit également en validant le profond pouvoir de la thérapie par les *trigger points*.

# Une nouvelle approche au massage thérapeutique

Le massage des *trigger points* est une approche pratique pleine de ressources au traitement de la douleur. En tant que thérapie autonome, elle peut se pratiquer n'importe où et ne nécessite pas forcément le recours à une table ou une chaise de massage. Si besoin, elle peut même s'effectuer sur une personne habillée. En tant que méthode purement clinique, le massage des *trigger points* peut être limité à des problèmes et à des muscles spécifiques, sans qu'il soit nécessaire de traiter tout le corps ni d'y consacrer beaucoup de temps. Dans l'idéal, les médecins deviendront mieux armés pour reconnaître une douleur causée par des *trigger points* actifs. Ils pourront ensuite adresser leurs patients à des thérapeutes compétents lorsque de plus longues séances de soins seront nécessaires. Les médecins et la Sécurité sociale ne pourront que constater les économies que cela implique.

Un *trigger point* se traite de différentes manières. L'approche traditionnelle consiste à appuyer sur un *trigger point* un certain temps jusqu'à sentir qu'il se détend puis disparaît. Cette méthode, appelée communément *compression ischémique*, risque facilement, en cas d'excès, d'aboutir à une intensification de la douleur et de l'hypersensibilité. Il est important de considérer chaque patient comme un individu à part, en choisissant l'approche thérapeutique la mieux adaptée et la plus efficace. L'ergonomie est de la plus haute importance dans ce traitement clinique, car le thérapeute professionnel est soumis à un effort physique intense.

L'avantage à effectuer sur le patient de petits mouvements de va-et-vient est de permettre le soulagement rapide d'un problème de douleur avec un minimum d'inconfort. En effet, la pression étant ciblée sur le *trigger point* devrait être agréable ou «délicieusement thérapeutique». Cette manière de désactiver les *trigger points* peut en outre s'avérer aussi délectable et profondément relaxante qu'un massage pour «se sentir bien».

Une séance typique est un mélange de kinésithérapie et de massothérapie. Souvent, le thérapeute effectue un test d'évaluation de la posture debout et de l'amplitude du mouvement avant et, parfois, pendant le traitement. Les patients portent parfois des shorts chez les hommes et un débardeur chez les femmes pour respecter leur pudeur et faciliter l'emploi d'un drap. L'éclairage est doux avec une musique apaisante en fond sonore. Le massage suédois (massage des attaches musculaires, des tendons et des muscles ayant pour but la détente musculaire et l'augmentation de l'amplitude de mouvement), le relâchement myofascial, la mobilisation articulaire, l'étirement et d'autres techniques sont combinés avec le massage spécifique des *trigger points*. À la fin de la séance, les patients apprennent l'automassage des *trigger points*. En fonction de ce que vous autorise la loi ou si vous êtes qualifié en tant que coach personnel ou kinésithérapeute, vous pouvez également conseiller des exercices d'étirement et de renforcement musculaire à faire chez soi.

## Une communication claire

Lorsqu'un patient consulte pour un problème spécifique de douleur, la séance est nécessairement un peu plus longue que lorsqu'il s'agit de relaxation. Il est toujours utile de s'enquérir des antécédents médicaux afin de savoir si une pathologie ou un médicament contre-indique le massage. Prenez donc le temps de vous asseoir devant votre patient pour l'écouter vous parler de sa santé et de son problème de douleur. Et faites-lui remplir avec un crayon rouge un schéma du corps afin que vous puissiez visualiser les zones douloureuses. Il est toujours plus facile pour un patient de décrire dans le détail ses symptômes avant de se retrouver sur la table de massage.

Par ailleurs, il faut davantage communiquer lors d'un massage des *trigger points* que pour une séance de relaxation. Il est important d'être celui qui lance la conversation et de la poursuivre afin de

vérifier tout au long du traitement que tout se passe bien pour le patient. En effet, certains patients supportent une quantité incroyable de douleur, car ils ont peur de vous froisser ou veulent «en avoir pour leur argent», accordant trop de crédit à l'idée selon laquelle «si ça ne fait pas mal, c'est que ça n'est pas efficace». Or, souvent, moins est mieux.

Étant donné que vous ne pouvez pas vous mettre dans la peau d'un patient pour ressentir sa douleur, vous devez vous fier à lui pour qu'il vous dise lorsque vous êtes sur un point hypersensible. Des thérapeutes sont particulièrement doués pour trouver un *trigger point* avec les doigts, mais même eux auront parfois du mal à percevoir un *trigger point* profondément enfoui dans des couches de muscles ou encore si le muscle est très noué. Lorsque vous massez une zone ciblée, rappelez au patient qu'il doit vous guider pour vous amener au point le plus sensible. Considérez une séance thérapeutique comme un effort collectif, à deux.

Chaque corps renferme toutes sortes de boules et de bosses, et ce n'est pas parce que vous percevez une nodosité qu'il s'agit d'un *trigger point* ou d'un endroit à masser. Et même si vous localisez un *trigger point*, il est toujours possible de se trouver à un ou deux millimètres du point. Il est donc particulièrement important de communiquer le plus possible durant la séance, notamment en utilisant une échelle de douleur. La sensation, pendant le massage, devrait être une forme agréable d'inconfort permettant de se sentir détendu. Cela correspond à un 5 sur une échelle allant de 1 à 10 (1 étant l'absence de douleur et 10 son intensité maximale, insupportable). Pour un patient, un 5 devrait être le niveau «parfait» — le stade où l'on ne veut pas plus de pression, mais pas moins non plus. C'est légèrement désagréable, mais tout à fait supportable, «délicieusement thérapeutique». Parfois, vous pouvez à peine toucher la personne et une très légère augmentation de la pression fait toute la différence entre insoutenable et délicieux. Souvent, ce niveau peut être perçu avec les doigts comme l'endroit où la pression que vous exercez rencontre une résistance. Un massage sera parfaitement inefficace si le patient contracte le muscle dans une réaction de défense. Vous devez donc vous adapter à ce qu'il peut supporter et, parfois, la pression devra avoir la légèreté d'une plume.

Avec un nouveau patient, il vaut toujours mieux commencer par travailler sur les trapèzes. En effet, le trapèze est presque toujours noué et agit comme un bon indicateur de sa réaction d'ensemble à la pression et à la douleur. Et il est utile de lui demander sans cesse quel est le chiffre de la douleur qu'il ressent et de regarder le langage de son corps afin de pouvoir toujours interpréter ce qu'il ressent. Il ne suffit pas de lui demander, de temps à autre «Quel effet cela vous fait-il?» ou «Comment est la pression?», car les réponses sont alors trop vagues et risquent de vous induire en erreur. Demander un chiffre sur une échelle de douleur vous donnera une indication plus précise. Après deux à trois séances, le patient aura compris ce que vous attendez qu'il vous dise et le fera plus spontanément.

Il est toujours bon d'être prudent avec un nouveau patient. Bien des personnes qui souffrent de fibromyalgie réagissent très bien au massage des *trigger points* s'il est réalisé à un niveau approprié à l'individu, mais il est très facile d'en faire trop. En cas de fibromyalgie, il vaut mieux prendre le risque de traiter insuffisamment. Lors des premières séances, limitez le temps passé à travailler sur des *trigger points* à un maximum de trente minutes.

## ***Guide du massage clinique***

Voici quelques conseils pour masser les *trigger points*:

1. Commencez par apprendre la thérapie par les *trigger points* sur votre propre corps.
2. Utilisez des tests d'évaluation et d'amplitude du mouvement.
3. Identifiez les facteurs perpétuants.
4. Échauffez les tissus et cherchez des *trigger points*.

5. Traitez chaque *trigger point* avec de petits mouvements de va-et-vient.
6. Enseignez à vos patients l'automassage des *trigger points*.
7. Allongez en douceur le muscle.
8. Renforcez les longs muscles étirés de manière excessive. (Relisez au [chapitre 2](#) «Les victimes pleurent et non leurs agresseurs» pour de plus amples informations, page [21](#).)

# Apprendre d'abord la thérapie par les *trigger points* sur son propre corps

Le meilleur moyen de connaître l'emplacement de chaque *trigger point* et la sensation ressentie consiste à l'expérimenter sur son propre corps. Une fois que vous aurez maîtrisé l'automassage des *trigger points*, vous aurez acquis une compréhension fondamentale sur eux impossible à obtenir autrement. Chez la grande majorité des personnes, il existe des *trigger points* passifs. Vous pouvez même vivre avec de vieilles blessures ou des douleurs chroniques pour lesquelles vous avez renoncé à trouver une solution. Essayez donc de découvrir tous vos *trigger points* pouvant être impliqués. Qu'avez-vous à perdre? Au «pire», la surprise de voir disparaître une ancienne douleur. C'est du reste ce qui est arrivé des centaines de fois à des thérapeutes en formation lors de stages. De plus, dans de nombreuses pathologies, la capacité à traiter chaque jour ses *trigger points* actifs peut faire toute la différence. Enfin, l'automassage est primordial pour un thérapeute professionnel dans la mesure où, trop souvent, des blessures surviennent par sollicitation excessive. Et même si vous n'apprenez rien d'autre avec ce livre, devenez un expert en automassage de vos avant-bras et de vos mains. Cela vaut de l'or.

## Évaluation

Outre le besoin de connaître les antécédents médicaux, il serait utile de demander au patient de remplir un schéma du corps représentant les zones douloureuses (un nouveau schéma par séance). Utilisez un formulaire avec de simples lignes tracées de tout le corps. Le patient marquera avec un crayon rouge les endroits où il a mal. Ces schémas servent au thérapeute pour noter des remarques et suivre l'évolution.

Et même si vous n'apprenez rien d'autre avec ce livre, devenez un expert en automassage de vos avant-bras et de vos mains. Cela vaut de l'or.

Lors d'une première rencontre, un patient ne vous dit jamais tout. Comme on peut s'y attendre, il oublie de mentionner des problèmes de douleur moindre ou peut penser que certains de ses symptômes sont trop insignifiants ou dépourvus d'intérêt. Pourtant, tout est lié et de petits indices peuvent s'avérer importants pour identifier la source des symptômes majeurs. Posez constamment des questions, notamment sur la douleur dans d'autres parties du corps. Sondez leur mémoire à la recherche d'informations sur une chute, un accident de voiture et les activités habituelles pouvant avoir contribué au problème.

Étudiez sa posture et sa manière de bouger. Faites une évaluation de sa posture debout et regardez-le marcher. Si vous n'avez pas eu l'occasion de maîtriser ce sujet complexe durant vos études, il

existe de nombreuses sources disponibles de formation continue (pour de plus amples informations, reportez-vous page 337 à la section «Pour aller plus loin»).

Vérifiez en outre l'amplitude de mouvement des articulations problématiques du patient.

## *Identifier les facteurs perpétuants*

Pour résoudre un problème, l'étape suivante consiste à identifier tous les facteurs perpétuants sous-jacents. Et c'est là que tout se complique. Votre patient a peut-être une jambe plus longue que l'autre, un héli-bassin ou un bras trop court. Aussi compétent que vous puissiez être, si votre patient marche avec une jambe trop longue, ses problèmes reviendront sans cesse. Il en va de même s'il est toujours penché sur la droite à force de poser le coude de ce côté sur l'accoudoir. Un pied ancestral de Dudley-Morton et un hallux limitus entraînent tous deux des ennuis qui débutent dans le pied pour concerner ensuite tout le corps (reportez-vous au [chapitre 10](#) pour ces deux pathologies). Observez l'état de tension générale du patient. Voyez s'il respire par la poitrine, un facteur qui risque d'entraîner la survenue de *trigger points*, et de les perpétuer, dans n'importe lequel des muscles auxiliaires de la respiration comme les grands dentelés, les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes. Ensuite, son alimentation n'est peut-être pas des plus équilibrées ou il abuse des boissons caféinées. Enfin, il aurait peut-être besoin de faire plus souvent des pauses lorsqu'il travaille sur son ordinateur. Certains de ces facteurs ne relèvent pas de la pratique d'un thérapeute, mais il est possible d'éduquer un patient en lui conseillant des lectures et en lui suggérant de consulter un médecin, un nutritionniste ou un autre praticien. Pour votre propre connaissance, je vous recommande de lire *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* (paru en français aux éditions Haug International en 1993) de Janet Travell et David Simons qui renferme une mine d'informations sur les facteurs perpétuants, les tests d'amplitude de mouvement et les protocoles d'étirement. Les dessins à eux seuls valent l'investissement. Le [chapitre 2](#), qui traite des *trigger points*, constitue une bonne introduction.

## *Utiliser l'échauffement et la recherche par des mouvements circulaires*

Tous les massothérapeutes connaissent l'*effleurage*, un massage léger, «fluide», des tissus superficiels. Ces mouvements circulaires avec la paume sont conseillés, en début de séance, pour apaiser le patient et le mettre en confiance ainsi que pour amener le sang dans le tissu massé. L'effleurage peut également être utilisé pour dissimuler habilement la palpation des repères osseux. Avant de passer à la thérapie par les *trigger points*, on peut également employer des techniques de relâchement myofascial. Pour rechercher des *trigger points*, effectuez de haut en bas un mouvement circulaire de 7-8 cm environ à partir de la zone ciblée, dans le ventre des fibres musculaires, en prenant garde à la disposition des fibres dans un muscle donné. En effet, l'orientation des fibres n'est pas forcément longitudinale, allant d'un point d'insertion à un autre dans le sens d'un muscle. Ainsi, les muscles unipennés et bipennés possèdent de multiple ventres de même que des muscles comme le grand droit de l'abdomen où il existe des divisions en sections ou chefs (voir [chapitre 2](#)). On ne trouve pas des *trigger points* n'importe où dans un muscle et il est donc inutile de perdre son temps à chercher partout. Les illustrations vous montreront à peu près où les trouver, la plupart du temps près du centre des fibres musculaires. Ayez le massage sur une zone un peu plus large que celle de la taille d'une balle de tennis à la recherche d'une résistance accrue dans le tissu. Parfois, vous sentirez sous les doigts le nœud du *trigger point*. Généralement, la bande de tension, ce faisceau de fibres musculaires associé à un *trigger point*, est évidente, car semblable à une corde de guitare. Cherchez la bande de tension dans les endroits les plus tendres, en demandant toujours au patient ce qu'il ressent.

## Conseils de massage

Pour traiter un *trigger point*, amenez le muscle dans une position neutre voire légèrement raccourcie.

Après l'échauffement du tissu et la détente du fascia, effectuez d'un côté du *trigger point* à l'autre dix à douze petits mouvements circulaires, avec la paume, le long du grain du muscle.

Répétez ensuite l'effleurage de toute cette partie du corps. Si le *trigger point* reste dur, faites une nouvelle série de mouvements circulaires profonds, puis passez au *trigger point* ou au muscle suivant.

## Traiter les trigger points par de courts mouvements répétés de va-et-vient

Plusieurs méthodes permettent de traiter manuellement un *trigger point*. Vous pouvez appuyer sur un point et maintenir la pression jusqu'à sentir qu'il devient moins dur, jusqu'à ce que la bande de tension se contracte avant de se détendre ou jusqu'à ce que le patient vous dise que la douleur a diminué. Certains thérapeutes effectuent de courts mouvements rapides de massage par vibration directement sur les fibres musculaires qui renferment un *trigger point*. Vous pouvez également demander au patient de contracter légèrement le muscle pendant que vous maintenez la pression sur le *trigger point* ou, à l'inverse, mettre le muscle en étirement passif tout en maintenant la pression sur le point.

Toutes ces techniques présentent des avantages propres et toutes sont efficaces. Celle qui préservera au mieux vos mains et détendra le *trigger point* est un mouvement de va-et-vient très similaire à celui décrit au [chapitre 3](#), page 35. Ce court mouvement de va-et-vient va d'un côté du *trigger point* à l'autre. Il est souvent inférieur à 2 cm voire seulement de 0,5 cm. Ce mouvement répété agit comme une pompe expulsant les substances chimiques qui entretiennent le *trigger point*. En revanche, recourir au palper-rouler sur un *trigger point* risquerait d'entraîner un micro-étirement des fibres musculaires raccourcies. Et il vaut mieux alléger la pression entre chaque mouvement de va-et-vient plutôt que d'appuyer et de maintenir cette pression afin de faciliter l'arrivée de sang oxygéné dans la zone massée.

Après des mouvements d'effleurage visant à l'échauffement de la zone à traiter, focalisez-vous sur les *trigger points*. Pour traiter un *trigger point*, amenez le muscle dans une position neutre voire légèrement raccourcie. Après l'échauffement du tissu et la détente du fascia, effectuez d'un côté du *trigger point* à l'autre dix à douze petits mouvements circulaires, avec la paume, le long du grain du muscle. Répétez ensuite l'effleurage de toute cette partie du corps. Si le *trigger point* reste dur, faites une nouvelle série de mouvements circulaires profonds, puis passez au *trigger point* ou au muscle suivant.

De nombreux thérapeutes préfèrent un mouvement actif de va-et-vient parce qu'il préserve leurs mains. Pensez en effet à tout l'argent investi dans vos mains, votre éducation, votre expérience professionnelle, votre équipement, votre cabinet, etc. Vous devez donc tout faire pour sauvegarder vos mains. En règle générale, positionner les doigts sur leur bout, et donc utiliser les extrémités pour obtenir un appareil de massage plus pénétrant, plutôt que les doigts à plat, sera contre-productif et épuisera très vite les mains ([figures 3.3, 3.5 et 3.6](#), page 41). Lorsque la main pénètre facilement dans le muscle, cela demande moins d'effort. Or vous devez toujours être attentif à l'ergonomie et utiliser dès que possible le poids du corps pour exercer une pression.



Vous devez toujours être attentif à l'ergonomie et utiliser dès que possible le poids du corps pour exercer une pression.

Le mouvement actif de va-et-vient est tout aussi efficace qu'une pression maintenue et risque moins de contusionner le tissu. Réfléchissez-y une minute. Si vous faites preuve de trop d'enthousiasme pour désactiver un *trigger point* tenace, vous serez probablement trop agressif et vous retrouverez avec un problème de plus à régler. Il vaut donc mieux, dans un premier temps, améliorer localement la circulation sanguine, puis laisser le corps guérir de lui-même. Nous ne pouvons qu'initier une guérison, c'est le corps le véritable guérisseur.

Certains patients réagissent mieux à la méthode consistant à exercer une pression maintenue et/ou la préfèrent. D'autres ont beaucoup de chance avec les *trigger points* qui disparaissent rapidement avec une quantité modérée de pression. Efforcez-vous de trouver un équilibre entre ce qui est le mieux pour vous et ce qui est le mieux pour votre patient.

Généralement, on masse en suivant le grain du muscle dans la direction dans laquelle on veut faire aller le muscle. Par exemple, si les ischio-jambiers sont raccourcis et noués, massez vers les fesses grâce, à la fois, au relâchement myofascial et à des mouvements de va-et-vient sur le *trigger point*. À l'opposé, si les ischio-jambiers sont allongés et trop étirés, comme dans le cas d'une bascule (inclinaison) antérieure du bassin, alors les mouvements de va-et-vient se feront vers le genou. Si un patient présente des troubles vasculaires ou des œdèmes, ces pathologies priment nettement sur les besoins du muscle et du fascia. Le principe général est d'améliorer localement la circulation sanguine au niveau du *trigger point* et d'inciter le muscle à bouger dans la direction dans laquelle vous voulez qu'il aille.

## *Enseigner à ses patients l'automassage des trigger points*

La plupart des personnes ne peuvent pas se permettre de trouver le temps et/ou l'argent pour se faire traiter aussi souvent que nécessaire. Les conséquences d'une position assise toute la journée devant un ordinateur ne peuvent pas disparaître en une heure de massage hebdomadaire. Il est donc précieux de savoir comment traiter chaque jour des *trigger points* chroniques et récurrents. Tant que tous les facteurs perpétuants n'ont pas été réglés, les *trigger points* peuvent revenir. C'est pourquoi je conseille vivement d'enseigner aux patients l'automassage des *trigger points* et de leur fournir, ou de leur vendre, des appareils de massage. L'automassage les aidera à se porter mieux plus vite, validera votre travail et vous garantira des patients fidèles. Cela peut sembler un peu contradictoire d'enseigner à vos patients vos meilleures techniques mais, en fait, vous vous apercevrez qu'ainsi, votre réputation grandira et vos affaires ne s'en porteront que mieux. On reconnaîtra que vous travaillez pour aider les autres et pas juste pour gagner de l'argent.

## *Allonger le muscle en douceur*

L'approche traditionnelle de la thérapie par les *trigger points* enseigne que l'étirement doit venir après la désactivation d'un *trigger point*. Aussi convaincant que soit un tel argument, il semble toujours y avoir des patients qui ne sont pas prêts à l'étirement et il est important de toujours faire preuve de prudence avec de nouveaux patients. Après un traitement, demandez au patient de mobiliser à trois reprises le muscle ou l'articulation jusqu'à sa pleine amplitude de mouvement. Parfois, il vaut mieux attendre la deuxième ou la troisième séance pour commencer à allonger en douceur le muscle.

Si le patient est un adepte du yoga ou effectue beaucoup d'étirements, il devrait réagir mieux à l'étirement thérapeutique. En revanche, si son mode de vie est fortement sédentaire, un étirement trop agressif risque d'aggraver le problème. Rien n'est jamais figé et il n'y a pas une seule réponse correcte valable pour tout le monde.

La facilitation neuromusculaire proprioceptive (FNP) ou le contracté-relâché-étiré est très bénéfique après la désactivation de *trigger points*. Lorsqu'on a recours à la FNP avec un étirement isolé actif, le résultat est une combinaison très puissante de techniques. (Relisez au [chapitre 3](#) la section «Étirement», page 45.) En outre, il est important de ne pas oublier que l'étirement doit demeurer agréable, confortable et, bien sûr, non douloureux.

Tous les muscles n'ont pas besoin d'être relâchés durant le massage et allongés durant l'étirement. Une personne dont la tête est toujours penchée vers l'avant et le dos voûté n'a pas besoin que ses rhomboïdes ni que le faisceau inférieur du trapèze soient étirés. Afin de rétablir un équilibre, la thérapie ne peut pas être la même à l'avant, à l'arrière ni sur les côtés du corps. Si vous traitez partout d'une manière identique, vous ne ferez que renforcer le déséquilibre existant.

Il est également impératif d'identifier quels muscles sont raccourcis et noués à cause d'une mauvaise posture, de certains mouvements, d'une blessure ou d'un stress. Tous les muscles n'ont pas besoin d'être relâchés durant le massage et allongés durant l'étirement. Une personne dont la tête est toujours penchée vers l'avant et le dos voûté n'a pas besoin que ses rhomboïdes ni que le faisceau inférieur du trapèze soient étirés. Afin de rétablir un équilibre, la thérapie ne peut pas être la même à l'avant, à l'arrière ni sur les côtés du corps. Si vous traitez partout d'une manière identique, vous ne ferez que renforcer le déséquilibre existant.

## *Affermir les longs muscles trop étirés*

À force d'être toujours assis, la plupart d'entre nous marchons la tête penchée vers l'avant, le dos voûté et le bassin en bascule antérieure. Il est donc important de masser et d'allonger les muscles raccourcis à l'avant du corps et, tout autant, de renforcer les muscles à l'arrière du corps figés dans un étirement chronique excessif. Cela favorisera une posture droite debout et non en flexion permanente. Les massothérapeutes ont donc tout intérêt à conseiller des exercices dans ce but et la collaboration avec un coach personnel peut s'avérer très bénéfique pour de nombreux patients. L'idéal, bien sûr, serait de devenir vous-même coach diplômé.

## **Des attentes raisonnables**

Il devrait être possible de s'occuper de la plupart des *trigger points* présentés dans ce livre avec un massage de tout le corps de 75 minutes. Chaque point n'aura droit qu'à quelques mouvements de va-et-vient, mais le résultat est une détente profonde et un traitement efficace. Cela s'intègre parfaitement à un massage suédois. Toutefois, vous devez vous ôter de l'esprit qu'un traitement de tout le corps s'impose à chaque fois. Lorsqu'un patient vient vous voir à cause d'un ou deux problèmes spécifiques de douleur, prenez votre temps et concentrez-vous sur ces derniers. Et veillez au préalable à identifier ce que le patient attend d'une séance. Établissez un programme en conséquence et dites-lui ce que vous comptez faire.

Après un massage bien exécuté des *trigger points*, le patient quitte généralement la table de massage en se sentant mieux. Parfois, l'amélioration est nette au bout d'un unique traitement et le principal problème de douleur a complètement disparu. Plus souvent néanmoins, plusieurs séances seront nécessaires pour en venir à bout. Il est habituel que les parties du corps massées soient un peu sensibles durant deux ou trois jours. En revanche, il n'est pas normal d'avoir mal quand on bouge. Lorsqu'un traitement réussit, les symptômes peuvent mettre plusieurs jours ou plusieurs semaines à réapparaître, ou ne jamais revenir. Si possible, appelez vos patients le lendemain pour savoir comment ils vont.

## *Lorsqu'un massage est inefficace*

Un résultat est négatif en cas de douleur accrue, d'hypersensibilité et de fatigue généralisées, de nouveaux symptômes douloureux, de contusions ou d'une augmentation de la raideur et d'une diminution de l'amplitude de mouvement. Parfois, un patient réagit favorablement au degré de pression exercé durant la séance, mais se sent moins bien dans les vingt-quatre heures qui suivent. Cela peut être le signe que vous avez exercé une pression trop intense ou travaillé trop longtemps sur un *trigger point* ou sur tout le corps. La prise d'un antalgique avant une séance risque également de diminuer la capacité du patient à bien ressentir le traitement. Faites donc preuve de modération quand un patient a pris un comprimé contre la douleur.

Par ailleurs, vous ne devez pas oublier que la principale raison à l'échec d'un massage des *trigger points* résulte, tout simplement, du traitement de mauvais endroits ou du fait que vous êtes passé à côté d'un *trigger point* primaire. En effet, il est fréquent de masser les *trigger points* satellites et de négliger des *trigger points* primaires à l'origine des points satellites. Dans ce cas, le *trigger point* primaire réactivera les points satellites, parfois assez rapidement, si bien qu'il n'y aura pas d'amélioration. Des symptômes peuvent réapparaître en force au bout de quelques minutes ou de quelques heures.

Faites donc preuve de modération quand un patient a pris un comprimé contre la douleur.

Si un massage semble avoir échoué, ce n'est pas forcément votre faute. Le patient a peut-être une activité particulièrement difficile ou qui demande un mouvement répétitif. Travailler avec le patient dans le but d'identifier les facteurs perpétuants pour en venir à bout est donc essentiel pour résoudre le problème. Et n'oubliez pas qu'une respiration superficielle, par la poitrine, une tension nerveuse ou une mauvaise posture sont des facteurs majeurs dans la perpétuation de *trigger points*, tout comme des anomalies structurelles telles qu'une jambe plus courte que l'autre ou un pied ancestral de Dudley-Morton (voir les [chapitres 2 et 10](#)).

Si des patients se plaignent et vous disent que le massage n'a rien changé voire a aggravé leur douleur, vous avez peut-être introduit l'étirement trop tôt ou de manière trop agressive. Afin de ne prendre aucun risque, ne pratiquez aucun étirement tant que vous n'avez pas désactivé tous les *trigger points*. Et même alors, un étirement trop ambitieux peut réactiver des *trigger points*. Parfois, plusieurs séances sont nécessaires pour constater des résultats et c'est là où l'enseignement aux patients de l'automassage s'avère payant. En effet, davantage de traitement implique davantage d'améliorations et un automassage quotidien peut faire toute la différence.

## *Lorsque vous aggravez un trigger point*

Un excès de massage peut irriter un *trigger point* qui n'en sera que plus virulent. Il peut même entraîner des spasmes musculaires. Effectuez plusieurs mouvements circulaires apaisants d'effleurage puis laissez le muscle se reposer un certain temps et travaillez sur d'autres parties du corps. Au cours d'une séance, si vous choisissez de revenir sur une zone problématique, faites preuve de douceur et de prudence, comme si vous massiez un bébé. À la fin de la séance, mettre de la glace durant dix à quinze minutes sur un muscle trop stimulé apaisera nettement la douleur. Il est important de savoir que dans le pire scénario, sans intervention, un *trigger point* «agressé» ne sera plus virulent que durant deux ou trois jours. Ensuite, soit il ira nettement mieux soit il retournera à son niveau antérieur d'inconfort. Certains patients ont parfois besoin d'un travail plus superficiel sur le fascia avant qu'une thérapie par les *trigger points* puisse être tolérée ou efficace. Des techniques de relâchement de position peuvent également s'avérer utiles sur des tissus extrêmement sensibles. Souvent, moins est mieux.

Désensibiliser le système nerveux central s'avère extrêmement payant pour l'approche de toutes les formes de douleur. Apaiser le système nerveux avec des thérapies énergétiques et un toucher léger constitue parfois une première étape importante avec de nombreux patients. Pour ceux qui lisent l'anglais, reportez-vous à mon site [www.triggerpointbook.com](http://www.triggerpointbook.com) pour de plus amples informations et discussions sur ce sujet.

Souvent, moins est mieux.

## Traiter le patient en décubitus dorsal

Des massothérapeutes aiment commencer à s'occuper de leur patient allongé sur le ventre pour se concentrer sur la partie postérieure du corps. L'objectif, louable, est de traiter ensuite les fléchisseurs antérieurs du cou, du torse, de l'abdomen et de la hanche, mais il est fréquent que le temps vienne à manquer. Par conséquent, avec cette pratique axée sur les parties du corps où se manifestent la plupart des symptômes, l'avant se retrouve délaissé. Pourtant, c'est à l'avant du corps que débute nombre de schémas posturaux néfastes. C'est pourquoi je voudrais proposer de commencer le plus souvent possible par un patient en décubitus dorsal, à savoir allongé sur le dos.

### Utiliser l'échelle de douleur

Dans n'importe quelle position, l'idéal est de commencer par le trapèze étant donné que, chez presque tout le monde, il existe dans ce muscle des tensions plus ou moins importantes et des *trigger points*. Utilisez le trapèze comme un indicateur pour jauger du degré de pression adapté à chaque patient. Au préalable, prenez le temps d'introduire et de décrire l'échelle de douleur. Celle-ci étant subjective et fondée sur de précédentes expériences douloureuses, posez une limite à cette échelle, un 10 correspondant à un endroit qui vous fait crier tant vous avez mal. Donnez au patient des détails pour l'aider à mesurer ce qu'il ressent. Par exemple, si un 5 est «parfait» pour lui, ce dernier retiendra son souffle et plissera les yeux à un 6. À un 7, il fera la grimace et à un 8, il ne pourra s'empêcher de penser «Bon sang, qu'est-ce que ça fait mal!». Un 9 le fera jurer et à un 10, il aura envie de prendre ses jambes à son cou. En réalité, un 10 n'est jamais la douleur la plus intense que l'on fasse subir à un patient, car nous n'allons jamais aussi loin. Sur chaque *trigger point*, efforcez-vous de travailler à un 5 ou moins. Lorsque vous palpez une nouvelle zone, commencez par exercer une pression légère que vous augmenterez peu à peu.

## *Ligne antérieure superficielle*

Dans un livre paru en 2001, Tom Myers a introduit le concept de lignes, ou méridiens ou encore chaînes longitudinales, myofasciales qu'il a appelées, du nom du titre de son ouvrage, «trains anatomiques». Je ne compte pas parler ici de son travail, mais je vous incite vivement à vous intéresser à ses recherches (pour de plus amples informations, voir «Pour aller plus loin» page 337). On peut obtenir de grands résultats en faisant tout simplement attention au constat qu'un mode de vie sédentaire aboutit souvent à des fascias et à des muscles antérieurs raccourcis et noués. La ligne antérieure superficielle est une ligne myofasciale pratiquement continue qui part du dessus du pied pour remonter vers la jambe, l'abdomen et le sternum jusqu'à arriver autour du sterno-cléido-mastoïdien à l'arrière de la tête. Il suffit d'appliquer des techniques de relâchement myofascial avec un massage des *trigger points* le long de cette ligne pour diminuer notablement la tension sur le tissu mou de la partie postérieure du corps étiré de manière excessive. Souvent, les longs muscles, s'ils sont trop étirés, développeront des *trigger points* en un mécanisme de défense. Vous le constaterez le plus fréquemment dans les rhomboïdes, les sus-épineux, les muscles spinaux, les ischio-jambiers et les muscles du mollet.

Afin de libérer la tension de la ligne antérieure superficielle, commencez par masser le dessus des pieds et remontez peu à peu sur l'avant du corps puis redescendez à l'arrière. Bien évidemment, ce ne sera pas la réponse à apporter à toute personne que vous soignez. Afin d'effectuer des choix éclairés sur le traitement, analysez bien la posture et l'amplitude de mouvement de chacun de vos patients (Myers, 2001).

## *Muscles dorsaux du pied et du tibia*

Commencez par les muscles dorsaux du pied qui, comme leur nom l'indique, sont situés sur le dessus du pied. Même si des *trigger points* ne sont pas fréquents en cet endroit, vous devez détendre le fascia. En remontant le long de la jambe, le jambier antérieur se trouve juste à côté du tibia. L'extenseur commun des orteils n'est, lui, qu'à une largeur de doigt vers l'extérieur de la jambe. Massez avec les pouces les *trigger points* dans les jambiers antérieurs et les extenseurs communs des orteils à environ une largeur de main sous le genou ([figure 11.1](#)) en n'oubliant pas que c'est la taille de la main du patient qui sert pour la mesure. Il peut y avoir plus d'un *trigger point* le long du ventre de 7-10 cm de chaque muscle. Des *trigger points* dans l'extenseur propre du gros orteil se trouvent parfois à environ un tiers de la distance à partir de la cheville, plus ou moins en ligne droite sous l'extenseur commun des orteils.





Figure 11.1 Massage du jambier antérieur avec les deux pouces, à une largeur de main du genou, immédiatement sous le tibia

### Muscles péroniers (fibulaires)

Traitez les *trigger points* dans le long péronier latéral au-dessus du péroné, à environ une largeur de main sous le genou, avec un pouce ou les articulations des doigts, le majeur et l'annulaire essentiellement, le poing étant à peine fermé (figure 11.2). Stabilisez la jambe avec la main opposée. Utilisez là aussi le pouce ou les articulations des doigts pour les *trigger points* dans le court péronier latéral, également au-dessus du péroné, à environ un tiers de la distance à partir de la cheville. Enfin, cherchez avec le pouce les *trigger points* dans le péronier antérieur, juste devant le péroné, à 5-10 cm au-dessus de la malléole externe (non montré).



Figure 11.2 Massage du long péronier latéral avec les articulations des doigts, le majeur et l'annulaire essentiellement, le poing étant à peine fermé et la paume tournée vers le ciel. Soutenez la jambe avec la main opposée.

### Quadriceps, couturiers et tenseurs du fascia-lata

Après l'échauffement du quadriceps, cherchez des *trigger points* dans le tenseur du fascia-lata juste sous l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS ou l'avant de l'os iliaque de la hanche) à 2,5 cm environ vers l'extérieur. Afin d'être certain d'être bien sur ce muscle, demandez au patient de tourner plusieurs fois le genou en dedans en une contraction isolée. Pour le traitement, utilisez les deux

pouces ou les autres doigts (non montré). Un second *trigger point* se trouve parfois à environ 1,5 cm vers l'extérieur. Vous pouvez utiliser les deux pouces, les autres doigts ou les articulations des doigts pour le *trigger point* du haut dans le droit antérieur, juste sous le pli inguinal ou à un peu moins d'une largeur de main sous l'EIAS. Afin de vérifier l'emplacement du droit antérieur, demandez au patient de lever légèrement la jambe à plusieurs reprises avec le genou tendu. Utilisez ce qui vous est le plus commode, les deux pouces, les autres doigts ou les articulations des doigts, pour masser les *trigger points* dans le crural, le vaste interne et le couturier (figure 11.3). Le *trigger point* du crural est enfoui sous le droit antérieur. Mesurez la longueur d'une main à partir de l'EIAS, puis décalez légèrement le droit antérieur vers l'intérieur et appuyez le crural contre l'os. Le vaste interne est facile à trouver à l'intérieur de la cuisse. Mesurez la largeur d'une main à partir de la rotule pour le *trigger point* du bas, puis une longueur de main vers le haut par rapport au *trigger point* supérieur. On peut trouver des *trigger points* dans le couturier sur toute la longueur du muscle. Pour le sentir se contracter, demandez au patient de lever la jambe tendue tout en la tournant vers l'extérieur. Si le patient souffre d'un *genu valgum* ou genou cagneux, le couturier sera trop étiré, ce qui favorisera un retour fréquent des *trigger points*.



Figure 11.3 Vaste interne: la tranche de la main gauche, posée sur la peau, fait bouger le bout des doigts de la main droite (mobilisez bien la peau sous les doigts)





Figure 11.4 Massage du vaste externe avec les articulations des doigts, le poing à peine fermé, la paume vers le ciel, en direction de la hanche (soutenez la cuisse au niveau du genou)

Recherchez plusieurs *trigger points* dans le vaste externe, du genou jusqu’au grand trochanter, avec un poing à peine fermé, la paume étant tournée vers le ciel (figure 11.4). Pour empêcher la jambe de rouler, soutenez-la au niveau du genou avec la main opposée. Trouvez les quatre *trigger points* inférieurs à 5-7 cm du genou. Ils sont juste devant et juste derrière la bande ilio-tibiale (BIT). Si le patient n’est pas couché sur le côté, il peut être nécessaire de masser en décubitus dorsal et en décubitus ventral étant donné que le vaste externe, très large, se trouve sur tout le côté de la cuisse. Un vaste externe noué et douloureux à cause de la présence de *trigger points* donne parfois l’impression qu’il s’agit de la bande ilio-tibiale. Une tension dans la bande ilio-tibiale résulte du raccourcissement du grand glutéal et du tenseur du fascia-lata.

### Muscles de la face interne de la cuisse

Enveloppez le haut de la cuisse avec le drap que l’on coince sous la jambe. Afin de localiser le moyen adducteur, posez une main sur l’intérieur du genou du patient et l’autre main tout en haut de l’intérieur de la cuisse de la même jambe (non montré). Le moyen adducteur se contractera nettement contre votre main si vous demandez au patient de rapprocher la jambe vers l’axe du corps (adduction). Différenciez le moyen adducteur du grand adducteur, plus postérieur, en le percevant grâce au sillon entre eux. Cela peut aider de penser au grand adducteur comme d’un quatrième ischio-jambier dont l’emplacement le situe très près de l’arrière de la cuisse.

Les *trigger points* présents dans le moyen adducteur se trouvent tout en haut de l’intérieur de la cuisse. Massez avec les doigts les *trigger points* des adducteurs en effectuant des mouvements latéraux de va-et-vient (figure 11.5). Ce mouvement d’un côté à l’autre de la cuisse est moins invasif que si vous massez de haut en bas. On peut également masser les *trigger points* du droit interne et du grand adducteur en les saisissant pour les pétrir entre le pouce et les autres doigts. Le *trigger point* supérieur

du grand adducteur, juste sous la tubérosité ischiatique, peut être traité de manière moins invasive en décubitus ventral ou par un automassage. Il est parfois plus confortable pour le patient de masser l'intérieur de la cuisse en position couchée sur le côté avec la jambe du dessus pliée au niveau du genou et placée devant la cuisse soignée (non montré).



Figure 11.5 Massage de l'intérieur de la cuisse avec les doigts dans le sens latéral, et non vers l'aîne

Le pectiné est situé à l'intérieur du droit antérieur. Vous devez trouver l'artère fémorale qui bat dans cet endroit et vous décaler si vous percevez une pulsation. Le *trigger point* très spécifique qui s'y trouve peut être comprimé contre le fémur juste sous le pli inguinal. Si le massage de cette zone s'avère très inconfortable pour le patient ou pour vous, il vaut mieux recourir à l'automassage.

## *Muscles de l'abdomen*

Afin de mieux comprendre l'emplacement des *trigger points* dans l'abdomen, il est utile de séparer les muscles en quatre groupes.

**Haut de l'abdomen.** Un premier mouvement de va-et-vient s'effectue le long des points d'insertion de l'oblique abdominal et du grand droit de l'abdomen au niveau des trois dernières côtes. Débutez en vous tenant debout sur la gauche du patient afin de travailler dans le sens des aiguilles d'une montre. (Remarquez que sur la [figure 11.6](#), le thérapeute est du côté droit du corps.) Avec les deux mains, massez en profondeur et ramenez le muscle lentement vers vous pendant que vous cherchez les *trigger points* en effectuant des mouvements de va-et-vient. Ensuite, vous masserez, toujours avec des mouvements de va-et-vient, sous la dernière côte ([figure 11.6](#)). En progressant peu à peu vers le centre, appuyez en remontant le tissu contre le dessous de cette côte. Lorsque vous rencontrez un *trigger point*, passez à de très petits mouvements de va-et-vient avec les doigts, dix à douze fois de suite ([figure 11.7](#)). Faites attention à éviter la pointe du sternum, mais assurez-vous également de ne pas oublier un éventuel *trigger point* dans le grand droit de l'abdomen, à 2,5 cm de part et d'autre de celui-ci.



Figure 11.6 Massage transversal des obliques abdominaux avec les deux mains



Figure 11.7 Massage du grand droit de l'abdomen en évitant la pointe du sternum (la main qui soutient l'autre fait bouger le bout des doigts de cette dernière)

**Milieu de l'abdomen.** Les mêmes mouvements transversaux de va-et-vient sont utilisés dans cette section de l'abdomen. N'oubliez pas que les obliques abdominaux couvrent les côtés de l'abdomen. Massez en pétrissant les muscles sur le côté, entre les côtes et le bassin. On peut trouver des *trigger points* n'importe où. Et n'oubliez pas que le grand droit de l'abdomen est divisé en huit à dix sections, chacune avec son propre ventre.

**Bas de l'abdomen.** Afin de chercher des *trigger points*, effectuez les mêmes mouvements de va-et-vient, en commençant par le bord latéral du carré des lombes. Massez en direction du centre: suivez la partie supérieure de l'os iliaque de la hanche autour du ligament inguinal, puis allez peu à peu vers le plan médian du corps en appuyant bien le muscle contre le haut du pubis. Vous pouvez y découvrir de multiples *trigger points*. Étant donné que la zone du pubis se trouve sous le drap, vous devrez peut-être demander au patient de toucher son pubis pour vous en montrer l'emplacement. Afin d'éviter que le patient ne se sente gêné, la thérapie peut en fait être réalisée par sa main faisant office d'appareil de massage ou en lui apprenant comment se masser. On peut également trouver des *trigger points* sur la

face antérieure du pubis, de part et d'autre du plan médian. Ces *trigger points* étant parfois perçus comme de petites contusions lorsqu'on appuie contre l'os, allez-y doucement.

**Psoas et iliaque.** Allongez le patient sur le dos, les genoux repliés comme sur la [figure 7.31](#) (page 180) pour l'automassage, en plaçant dessous un coussin ou un traversin. Ses genoux pliés reposent sur la table du côté opposé à vous ([figure 11.8](#)). Cette position fait basculer le bassin et soulève légèrement la hanche près de vous, ce qui entraîne les intestins du côté opposé. Si c'est désagréable pour le patient, demandez-lui de revenir dans une position neutre afin de pouvoir le traiter. Une fois en place, prenez le temps d'être bien centré. Demandez au patient de respirer lentement à fond et faites de même.



Figure 11.8 Massage du psoas avec les deux mains vers le rachis, en évitant l'aorte descendante sur le côté gauche (les genoux du patient sont pliés et reposent sur le côté opposé)

Trouvez le milieu entre l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) et le nombril. Utilisez les deux mains avec les doigts presque à la verticale pour plonger très lentement dans le ventre en direction du rachis ([figure 11.8](#)). Le psoas est pratiquement parallèle à la colonne et peut donner l'impression, dans cette position, de se trouver juste sous la peau. Pendant que vous massez, regardez le visage du patient afin de voir si vous n'exercez pas une pression trop forte. Ayez conscience que vous pouvez susciter une réaction douloureuse avant même d'entrer en contact avec le psoas. Effectuez de petits mouvements de va-et-vient très doux, dans le sens opposé des fibres, afin de localiser la rondeur ferme, un peu comme une saucisse, du muscle. Si vous n'y parvenez pas, c'est peut-être parce que le psoas de ce côté ne renferme aucun *trigger point* suffisamment actif pour rendre le muscle noué. Cherchez des points à la douleur exquise, vers le haut et le bas du muscle, en commençant légèrement au-dessus du nombril puis en descendant peu à peu vers le ligament inguinal. Pour masser l'iliaque, appuyez le muscle contre la dépression sur l'avant de la face interne de l'épine iliaque antéro-

supérieure de la hanche. Cela risque parfois d'être encore plus sensible que le psoas. Pour finir le traitement abdominal, effectuez dans le sens des aiguilles d'une montre plusieurs longs mouvements circulaires en suivant le côlon.

Lorsque vous massez le psoas gauche, faites attention à la présence de l'aorte descendante. Si vous percevez une pulsation puissante sous les doigts, éloignez suffisamment ces derniers du plan médian pour ne plus la sentir. Vous devrez peut-être incliner les doigts pour passer derrière l'aorte afin d'atteindre le psoas. Et si vous avez l'impression que l'aorte bat partout dans le plan médian, arrêtez immédiatement et dites au patient de consulter au plus vite son médecin, car il existe un risque d'anévrisme de l'aorte.

## *Muscles pectoraux*

Un relâchement myofascial peut s'avérer particulièrement bénéfique dans la région pectorale avant une thérapie par les *trigger points*. Utilisez les doigts pour trouver et traiter les *trigger points* dans les grands pectoraux, les sternaux, les sous-claviers et les petits pectoraux (non montré). Si besoin, on peut masser les pectoraux au travers du drap. Il est possible de désactiver des *trigger points* dans le petit pectoral en passant par le grand pectoral. Une autre approche consiste à mettre un pouce sous le bord externe du grand pectoral pour appuyer en biais le petit pectoral contre les côtes ([figure 11.9](#)). Un bras levé facilite le travail. On peut pétrir entre le pouce et les autres doigts des *trigger points* dans le bord externe du grand pectoral ([figure 11.10](#)). Enfin, vous avez intérêt à étudier l'emplacement des nombreux *trigger points* sur votre propre corps.



Figure 11.9 Massage du petit pectoral avec le pouce sous le bord externe du grand pectoral

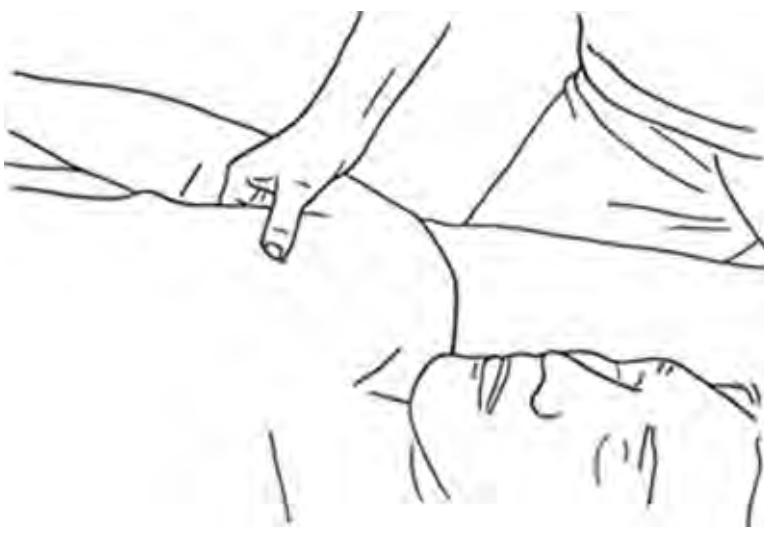


Figure 11.10 Pétrissage du grand pectoral (bord externe) entre le pouce et les autres doigts

### *Sous-scapulaires et petits dentelés postérieurs et supérieurs*

Afin d'éviter d'abraser la peau du patient, ne lésinez pas sur la lotion de massage au niveau de l'aisselle et vérifiez que vos ongles sont très courts. Placez la main du patient sur son épaule opposée afin que l'omoplate se décale vers l'extérieur. Le patient utilisera son autre main pour appuyer doucement le coude contre le torse ([figure 11.11](#)), ce qui vous procurera plus d'espace pour le soin. Si cette position est douloureuse, modifiez-la jusqu'à trouver ce qui lui est confortable.



Figure 11.11 Mouvements profonds de va-et-vient sur le sous-scapulaire avec le bout des doigts vers la table de massage et latéralement vers le thérapeute (débutez avec le dessous des ongles plaqué contre les côtes)



Tenez-vous debout au niveau du coude du patient, face à l'endroit où sa tête repose sur la table de massage. Glissez la main la plus proche de lui sous son épaule, relevez le bout des doigts pour saisir le bord interne de l'omoplate et amenez-la vers vous. Avec une main ou les deux dans cette position, vous pouvez masser le petit dentelé postérieur et supérieur juste en dedans de l'angle supérieur de l'omoplate. Massez ce muscle en premier, avant de parler, pour éviter des problèmes de communication. En laissant la main la plus près de sa tête, sous l'omoplate, glissez l'autre main dans son aisselle, votre paume tournée vers vous. Si vous êtes dans la bonne position, vos doigts seront dans l'espace entre l'omoplate et la paroi thoracique, et le bout de vos doigts touchera le muscle sous-scapulaire. Le dessous de vos ongles doit se trouver contre les côtes du patient. Exercez avec douceur et prudence une pression vers le bas, en direction de la main sous l'omoplate ([figure 11.12](#)). En effet, une pression, même légère, sur les *trigger points* actifs dans le sous-scapulaire peut être tout à fait intolérable et vous devez demander régulièrement au patient à combien il évalue sa douleur.



Figure 11.12 Massage du sous-scapulaire avec les doigts dans l'espace entre l'omoplate et les côtes (la main la plus près du haut de la table amène l'omoplate vers le thérapeute)

Deux directions sont possibles pour effectuer des mouvements de va-et-vient: en appuyant sur les fibres du muscle vers l'angle inférieur de l'omoplate ou avec de très petits mouvements profonds vers vous-même, transversalement aux fibres. Si vous massez transversalement aux fibres, vous devriez sentir rapidement la tension du muscle, un peu comme s'il s'agissait d'un tendon. Remontez peu à peu vers la tête de l'humérus, là où s'insère le sous-scapulaire, puis descendez vers l'angle inférieur de l'omoplate. Si, en règle générale, il convient d'effectuer dix à douze mouvements de va-et-vient pour chaque *trigger point*, il vaut mieux en faire moins avec le sous-scapulaire. Lors des deux à trois premières séances, il est conseillé de traiter moins, car il n'est pas agréable d'avoir les aisselles douloureuses. Et ayez conscience que, dans cette position, vous risquez d'exercer, si vous n'y prenez pas garde, une pression sur le grand dentelé avec l'arrière de vos doigts.



## *Biceps brachiaux, brachiaux antérieurs et muscles extenseurs de l'avant-bras*

Trouvez et traitez les *trigger points* dans le biceps brachial avec le pouce ou l'articulation des doigts en isolant chaque chef de muscle. On peut également utiliser un pouce pour localiser et masser les *trigger points* dans le brachial antérieur juste au-dessus de l'épicondyle de l'humérus et sous le bord externe du biceps brachial ([figure 11.13](#)). Cherchez à partir du coude dans une zone de 7 à 4 cm. Dans l'idéal, il vaut mieux mobiliser le tissu dans la direction souhaitée, dans le cas présent vers le coude. La plupart des personnes ont un biceps brachial et un brachial antérieur raccourcis et noués.

Demandez au patient de contracter tour à tour chaque muscle afin de l'identifier par une contraction isolée. Massez les extenseurs avec le même côté de votre avant-bras ([figure 11.14](#)). Comme pour les fléchisseurs ([figure 11.38](#)), les deux pouces conviennent pour traiter chaque *trigger point*. Cherchez tout particulièrement des *trigger points* dans le premier radial, le long supinateur et le court supinateur autour de la tête du radius, à environ 2,5 cm sous le pli du coude. Pendant que vous massez, facilitez la recherche en faisant tourner l'avant-bras en pronation et en supination avec l'autre main. Le deuxième radial se trouve à environ 8 cm sous le coude, sur le radius. L'extenseur commun des doigts est plus facile à trouver sur l'arrière du bras. Tournez la paume vers le bas pour masser le cubital postérieur, là aussi à environ 8 cm sous le coude. Et n'arrêtez pas d'étudier l'anatomie de l'avant-bras afin d'acquérir la capacité de trouver et de traiter individuellement chacun de ces muscles.

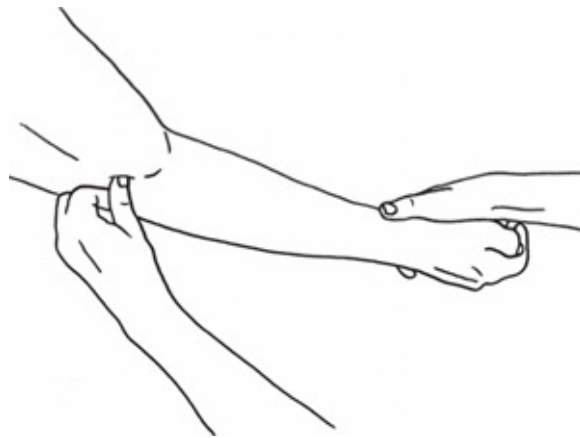


Figure 11.13 Massage du brachial antérieur avec le pouce sous le bord du biceps brachial, juste au-dessus du pli du coude



Figure 11.14 Mouvements de va-et-vient sur les extenseurs avec la face postérieure du cubitus vers le coude (ou sinon avec les pouces)

Utilisez les doigts pour rechercher des *trigger points* sensibles dans les longs muscles du pouce sur la face postérieure et sur le côté, près du poignet. Vous pouvez traiter avec un pouce les muscles à la base du pouce (non montré), tout comme le premier interosseux dorsal (figure 11.15). Il est parfois possible d’explorer les autres interosseux, mais il vaut mieux laisser le patient effectuer un automassage minutieux avec l’extrémité d’un pouce ou une gomme coincée dans une pince (figure 6.48, page 154).



Figure 11.15 Mouvements de va-et-vient avec le pouce sur le premier interosseux dorsal contre le métacarpien

### Sterno-cléido-mastoïdiens (SCM)

Assis devant la table de massage, légèrement sur le côté, prenez entre vos mains la base du crâne et la nuque du patient. La tête étant, si possible, dans une position neutre, pétrissez avec le pouce et les autres doigts les *trigger points* dans les sterno-cléido-mastoïdiens (figure 11.16). Distinguez les branches sternales et claviculaires de ce muscle en percevant la légère dépression entre la branche claviculaire et celle sternale, plus superficielle (cela vous aidera de penser à la branche claviculaire comme étant plus profonde que la branche sternale, et non derrière). Chaque branche a environ le diamètre d’un doigt du patient. Pour atteindre la branche claviculaire, vous devez saisir la totalité du tissu mou sur le côté du cou. Demandez au patient de tourner la tête du côté opposé afin de sentir le muscle se contracter. En commençant juste sous l’oreille, prenez le temps de chercher des *trigger*

*points* dans les deux branches de ce muscle, sur toute sa longueur, pour les traiter. Utilisez la pulpe du pouce et des autres doigts plutôt que leurs extrémités. Effectuez de petits mouvements de va-et-vient répétés en appuyant. Si vous avez du mal à saisir le muscle, apprenez à lâcher quelque peu prise lorsqu'il vous glisse des doigts. Il faut savoir que vous aurez un meilleur contrôle sur les sterno-cléido-mastoïdiens si vous n'utilisez pas de lotion de massage.



Figure 11.16 Pétrissage du sterno-cléido-mastoïdien entre le pouce et les autres doigts (mouvements de va-et-vient dans le sens des fibres musculaires)

Lorsque le muscle est si tendu qu'il en est dur, la branche claviculaire peut être très difficile à masser, surtout à la base du cou, là où les deux branches se séparent. Pour qu'un sterno-cléido-mastoïdien noué devienne plus facile à traiter, détendez-le en penchant légèrement le cou vers le même côté. À moins d'un antécédent de blessure du muscle, toute douleur révèle la présence de *trigger points*. En effet, exercer une pression sur un sterno-cléido-mastoïdien en bonne santé ne fait pas mal.

Si vous suivez les indications fournies pour traiter les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes, le risque est faible de créer un problème en massant par inadvertance l'une des deux artères carotides. Il vaut toutefois mieux savoir où elles se trouvent exactement. Pour cela, sentez le pouls juste sous la ligne de la mâchoire. Et même si vous saisissez une grande partie du côté du cou, vous ne pourrez pas pincer avec vos doigts l'artère carotide. Mais il vaut néanmoins mieux ne pas faire confiance à cette règle, mais plutôt à vos doigts. Si vous percevez un pouls, décalez-vous un peu. Il est regrettable que tant de thérapeutes redoutent de masser l'avant du cou, pourtant important à traiter. Votre confiance en vous et votre compréhension s'amélioreront grandement grâce à la maîtrise de l'automassage. Utilisez donc votre propre corps pour expérimenter.

Votre confiance en vous et votre compréhension s'amélioreront grandement grâce à la maîtrise de l'automassage. Utilisez donc votre propre corps pour expérimenter.

## Scalènes

Afin de traiter efficacement les scalènes, il faut bien visualiser leur emplacement par rapport aux sterno-cléido-mastoïdiens. Le scalène antérieur est peut-être le plus difficile à traiter, car il est

entièrement caché derrière le sternocléido-mastoïdien (SCM). Assis à l'angle du haut de la table, pétrissez le SCM avec la paume vers le ciel. Le bout de vos doigts derrière ce SCM se trouvera sur le scalène moyen. Désintéressez-vous du SCM et tournez la paume de la main vers le sol. Effectuez avec deux doigts des mouvements de va-et-vient dans le sens des fibres sur le côté du cou, en descendant peu à peu jusqu'au milieu de la clavicule. Répétez ce mouvement de va-et-vient en cherchant des points hypersensibles. Pour traiter le scalène antérieur, repartez du SCM puis, à nouveau, désintéressez-vous en et tournez la paume de la main vers le sol. Déplacez fermement le SCM vers la trachée avec l'arrière de l'index et du majeur ([figure 11.17](#)). Dans leur position correcte, les doigts sont en partie recouverts par le SCM. Appuyez sur le scalène antérieur vers la table de massage et contre les vertèbres, et descendez peu à peu jusqu'à la clavicule en cherchant des *trigger points*. Nous avons tendance à penser que les os ne se trouvent que dans la nuque, mais la structure que vous sentez sous les doigts est la colonne vertébrale. Massez tout le scalène antérieur en descendant peu à peu jusqu'à son insertion sur la première côte (le SCM s'attache, lui, sur la clavicule et se trouve donc plus vers le milieu du corps par rapport à vos doigts).



Figure 11.17 Massage du scalène antérieur avec deux doigts sous le sterno-cléido-mastoïdien qui est déplacé vers la trachée

Le massage du scalène reproduit souvent chez le patient un schéma particulier de douleur référée ou d'engourdissement. Une pression sur un *trigger point* dans le scalène peut également entraîner une désagréable sensation de légère décharge électrique, comme si l'on appuyait sur un nerf. Tout cela disparaît après la désactivation des *trigger points*. En outre, s'il vous arrivait de comprimer un nerf pincé, la douleur passerait immédiatement de 0 à 10. Il va sans dire qu'une telle zone doit être évitée tant que la compression du nerf persiste.

Le scalène postérieur se trouve juste au-dessus de la clavicule, dans l'angle avec l'épais faisceau du trapèze en haut de l'épaule. La pression exercée durant les petits mouvements de va-et-vient doit se faire en direction des pieds du patient. Massez de cette manière avec le majeur, en direction du cou, sur tout le dessus de la clavicule ([figure 11.18](#)). Une profonde inspiration permet de sentir le scalène postérieur se contracter et la première côte se soulever contre vos doigts.



Figure 11.18 Mouvements de va-et-vient sur le scalène postérieur avec le majeur en direction des pieds du patient tout le long du dessus de la clavicule

Si vous n’êtes pas certain de l’emplacement des scalènes antérieurs ou moyens, palpez-les pendant que le patient expire à plusieurs reprises par le nez de manière saccadée. Les scalènes se contractent alors fortement, ce qui permet de mieux les percevoir.

### Masséters et ptérygoïdiens

Assis près du haut de la table, massez les *trigger points* dans le ptérygoïdien médial avec le pouce ou les autres doigts contre l’intérieur de la mâchoire inférieure, juste devant l’angle de la mâchoire. C’est très similaire à la technique de l’automassage ([figure 4.44](#), page 84).

Tenez-vous debout au niveau du coude du patient, face au haut de la table, pour un massage simple et direct des *trigger points* dans le masséter. Insérez un index ganté dans l’intérieur de la joue du patient et trouvez les *trigger points* en pétrissant le muscle entre le pouce et l’index ([figure 11.19](#)) ou avec les doigts de la main opposée. Demandez au patient de fermer la bouche pour sentir le muscle se contracter.



Figure 11.19 Massage du masséter entre le pouce et l’index



Figure 11.20 Massage du ptérygoïdien latéral avec l'index (suivez tout l'extérieur de la gencive du haut, puis appuyez vers le haut et effectuez vers l'avant de minuscules et profonds mouvements de va-et-vient)

Toujours dans la bouche, traitez le bord inférieur du ptérygoïdien latéral dans la petite cavité derrière la gencive du haut ([figure 11.20](#)). Sa taille est à peu près celle du bout de votre index et, pour moi, c'est semblable à la cosse d'une arachide. Appuyez vers le haut, en direction du sommet de la tête et effectuez de petits mouvements de va-et-vient de 0,5 cm de long vers l'avant du visage. Si le ptérygoïdien latéral pose problème, la plus légère pression du doigt peut entraîner une douleur intolérable. Regardez donc le visage du patient et massez avec beaucoup de prudence. Il peut utiliser ses doigts pour vous indiquer le niveau de douleur qu'il ressent. Il est également très bénéfique de traiter ce muscle de l'extérieur. Maintenez alors la bouche ouverte à l'aide d'un gobelet en carton comme montré [figure 4.47](#) (page 85). Trouvez le renflement très profond à environ 2,5 cm de l'avant du canal auditif. Effectuez dans ce renflement des mouvements de va-et-vient vers le haut et l'avant tout en soutenant la tête avec l'autre main. Vous trouverez des instructions détaillées de cette technique dans la section sur l'automassage au [chapitre 4](#). S'il s'avère que vous n'avez pas le droit d'effectuer ce massage thérapeutique à l'intérieur de la cavité buccale, apprenez à vos patients les techniques d'automassage.

## Traiter le patient en décubitus ventral

S'il est souvent conseillé de commencer par traiter l'avant du corps, il est parfois préférable de débiter par le patient allongé sur le ventre. Cela peut se justifier pour des raisons de confort ou de préférence du patient, de succès de précédents traitements sur l'avant du corps ou de limitation du temps. Dans les deux cas, sur le ventre ou sur le dos, il vaut toujours mieux débiter par le faisceau supérieur du trapèze. Les *trigger points* étant généralement fréquents (et récurrents) dans ce muscle, c'est un endroit idéal pour y introduire l'échelle de la douleur et prendre connaissance de la sensibilité générale du patient.

### Trapèzes

**Haut du trapèze.** Utilisez le pouce et l'index pour masser le *trigger point* numéro 1 dans une partie du trapèze à l'angle du cou ([figure 11.21](#)). Comme décrit au [chapitre 4](#), ce *trigger point* se trouve juste



sous la peau dans un cordon musculaire parfois pas plus épais qu'une aiguille à tricoter. Comme il est difficile de le tenir, laissez vos doigts glisser dessus à plusieurs reprises.



Figure 11.21 Pétrissage du trapèze numéro 1 entre le pouce et les autres doigts (sentez la bande de muscle juste à l'angle entre le cou et le torse)

Afin de traiter le ou les *trigger points* numéro 2 du trapèze, tenez-vous près du haut de la table de massage au niveau du coude du patient ([figure 11.22](#)). Utilisez les deux mains pour masser le muscle de ce côté, en le saisissant comme montré avec les doigts en dessous et les pouces en dessus. Si cette position est inconfortable, mettez-vous devant le haut de la table et placez les mains avec les paumes vers le ciel. Dans l'une ou l'autre de ces deux positions, effectuez avec l'index et le majeur des mouvements de va-et-vient dans le sens des fibres musculaires, de l'angle du cou jusqu'à la pointe de l'épaule. Vous pouvez également masser le muscle transversalement. À cet endroit, il peut y avoir deux *trigger points*, l'un vers le milieu et l'autre à 3-5 cm vers l'épaule. Le *trigger point* le plus interne se trouve juste en dedans de l'angle où l'épine scapulaire s'articule avec la clavicule. Attention, car il est difficile de localiser ces deux points sur l'avant du trapèze. Il vaut mieux, en appuyant juste sous une partie du trapèze par l'avant avec le majeur, le masser de l'arrière avec le pouce afin de comprimer ce point externe. Effectuez avec le majeur des mouvements de va-et-vient dans le sens latéral.





**Bas du trapèze.** Mettez-vous à l'angle près du haut de la table et localisez les angles inférieur et supérieur de l'omoplate. Le *trigger point* numéro 3 du trapèze se trouve à mi-chemin entre ces deux repères osseux, là où le bord inférieur du trapèze croise celui interne de l'omoplate. Ce bord inférieur du muscle est perçu comme une bosse lorsque vous frottez les doigts le long du bord interne. Empêchez le muscle de bouger en posant un pouce sous son bord inférieur, tout près de l'omoplate ([figure 11.23](#)). Utilisez l'autre pouce pour effectuer en diagonale des mouvements de va-et-vient le long du bord du muscle en direction de la vertèbre T12. Sur le dessin, le thérapeute masse avec le pouce gauche et maintient le muscle avec le pouce droit. La longue ligne diagonale sur le côté droit du dos du patient indique le bord inférieur du faisceau inférieur du trapèze de ce côté. N'oubliez pas qu'il s'agit toujours, à cet endroit du trapèze, de *trigger points* primaires. Ils peuvent donc entretenir des *trigger points* dans le haut du trapèze et la nuque, ce qui rend difficile l'élimination d'une douleur au cou et d'une céphalée.



Figure 11.23 Massage du trapèze numéro 3 avec un pouce, l'autre pouce empêchant le bord inférieur du muscle de bouger

## *Angulaires de l'omoplate et splénus du cou*

Suivez l'angulaire de l'omoplate, de la base du cou à l'angle supérieur de l'omoplate (seulement 5 à 8 cm en fonction de la taille du patient). Remarquez comment l'angulaire de l'omoplate fait un «X» avec l'épais faisceau supérieur du trapèze lorsqu'il passe dessous. Massez avec les deux pouces pour désactiver le *trigger point* du bas dans l'angulaire de l'omoplate ([figure 11.24](#)). Enfoncez les pouces sous l'avant du trapèze et percevez l'angle supérieur de l'omoplate pour effectuer, tout le long, des mouvements de va-et-vient. Afin de ménager vos mains, utilisez le poids du corps pour augmenter la pression en plaquant le coude contre la hanche pendant que vous vous penchez pour masser. Chez les patients plus sensibles, vous pouvez masser ce *trigger point* avec les pouces ou les autres doigts en passant par le trapèze, et non par en dessous. Si vous utilisez les autres doigts, mettez-vous au niveau du coude du patient pour effectuer des mouvements de va-et-vient vers vous-même (voir cette position [figure 11.33](#)). Afin de trouver le *trigger point* du bas dans le splénus du cou, enfoncez les doigts sous le trapèze en direction de la vertèbre T2 et appuyez contre l'os.

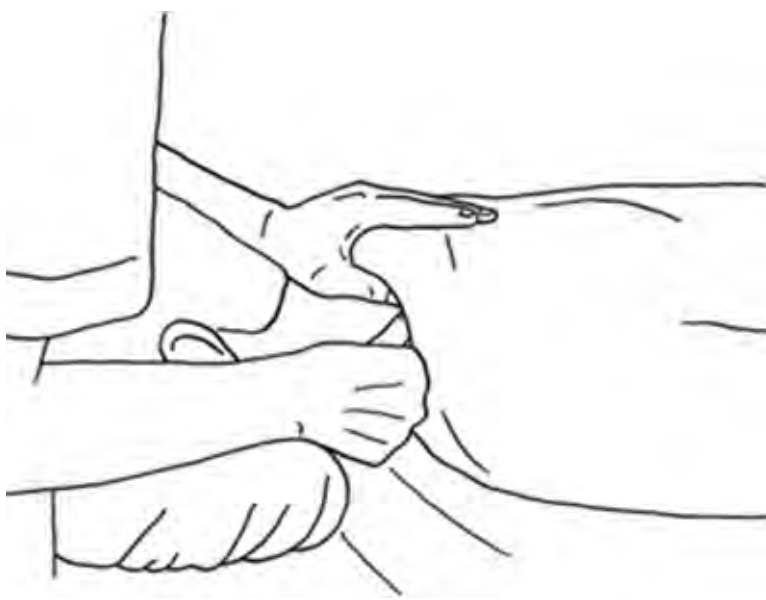


Figure 11.24 Massage du *trigger point* numéro 1 de l'angulaire de l'omoplate par le bord antérieur du faisceau supérieur du trapèze

Pour traiter le *trigger point* du milieu dans l'angulaire de l'omoplate, mettez-vous au niveau du coude du patient face au haut de la table. Effectuez des mouvements de va-et-vient avec un pouce pour masser le muscle contre l'extrémité de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale (C6), très bas sur le côté du cou vers l'arrière ([figure 11.25](#)). Le *trigger point* du haut, dans le splénius du cou, se trouve à mi-chemin sur le côté du cou au niveau de l'apophyse transverse de T3, juste derrière le sterno-cléido-mastoïdien.



Figure 11.25 Massage du *trigger point* numéro 2 de l'angulaire de l'omoplate avec le pouce contre l'apophyse transverse des vertèbres C6 et C7

## Muscles de la nuque

Réchauffez et détendez le cou par un pétrissage avec les deux mains. Effectuez ensuite avec les deux pouces ou les autres doigts, en débutant tout contre les apophyses épineuses, des mouvements de va-et-vient de la base du cou à l'occiput et sur le crâne ([figures 11.26](#) et [11.27](#)). Tirez la tête vers vous avec les doigts et repoussez-la avec les deux pouces. Effectuez plusieurs mouvements lents et parallèles de va-et-vient vers le crâne en cherchant des *trigger points* dans les côtés du cou et le nuque. Massez en ayant à l'esprit que le corps a trois dimensions, et non juste un côté antérieur et un côté postérieur. Assurez-vous de bien localiser et suivre tous les muscles de la nuque, dont les splénius de la tête, les splénius du cou, les semi-épineux, les spinaux profonds et les sous-occipitaux, en vous aidant des informations fournies au [chapitre 4](#). La nuque est une région complexe. Travaillez lentement et minutieusement lorsque vous cherchez des *trigger points* pendant les mouvements de va-et-vient. Et n'oubliez pas que, plus vous serez compétent à traiter votre cou, et mieux vous comprendrez l'anatomie du cou de votre patient. Évitez d'appuyer trop fort dans le triangle sous-occipital. Relisez au [chapitre 4](#) la section «Muscles sous-occipitaux» pour des plus amples informations à ce sujet.



Figure 11.26 Massage de la nuque avec les doigts, de la base du cou à l'occiput



Figure 11.27 Mouvements de va-et-vient sur la nuque avec les deux pouces en direction de l'occiput (évitez d'appuyer trop fort dans le triangle sous-occipital)



Figure 11.28 Massage des muscles spinaux superficiels avec le coude ou le bord postérieur du cubitus (le pouce de la main opposée sert de guide pour éloigner le coude des apophyses épineuses)



Figure 11.29 Mouvements de va-et-vient sur l'ilio-costal avec les deux pouces contre la dernière côte

## Muscles spinaux superficiels

On peut utiliser indifféremment les doigts, la paume de la main, les articulations des doigts, le coude ou l'avant-bras pour désactiver les *trigger points* dans les muscles spinaux superficiels. On peut également traiter de cette manière des *trigger points* dans le faisceau moyen du trapèze et dans le rhomboïde. Si vous utilisez l'avant-bras ou le coude, évitez d'appuyer sur les apophyses épineuses des vertèbres. Et remarquez sur le dessin que le pouce droit du thérapeute est posé sur la colonne vertébrale et guide l'avant-bras ([figure 11.28](#)). Commencez par une série préliminaire de longs mouvements parallèles de va-et-vient sur le dos, de la base du cou au bassin, puis effectuez des mouvements latéraux de va-et-vient le long du haut de l'os iliaque de la hanche. Recommencez au même endroit, plus lentement et en exerçant une pression plus profonde à la recherche de *trigger points*.

Pour traiter les *trigger points* dans la partie inférieure des longs dorsaux et des ilio-costaux, effectuez avec les deux pouces ou les autres doigts des mouvements de va-et-vient vers le haut, contre la dernière côte ([figure 11.29](#)). Le long dorsal est le muscle qui forme une large bande massive tout près des apophyses épineuses des vertèbres et l'ilio-costal se trouve lui à 5-10 cm de la colonne. Continuez vos mouvements de va-et-vient en remontant de 5 à 8 cm à la recherche des quatre *trigger points*.

## Muscles spinaux profonds

Les deux pouces conviennent bien pour traiter les *trigger points* dans les profonds transversaires épineux et muscles rotateurs le long du rachis ([figure 11.30](#)). Il est probable que vous trouverez des fibres diagonales en tension et hypersensibles dans les muscles spinaux profonds, au même niveau vertébral que là où vous trouverez des *trigger points* dans les muscles spinaux superficiels.



Figure 11.30 Massage transversal des spinaux profonds avec les deux pouces dans la profonde gouttière entre les apophyses épineuses et transverses des vertèbres

Massez le dos en descendant peu à peu à partir de la septième vertèbre cervicale. Une fois sur les transversaires épineux, appuyez les deux pouces dans la profonde gouttière vertébrale, le petit espace entre les apophyses épineuses et transverses. Effectuez avec les pouces (ensemble ou l'un après l'autre) de minuscules mouvements de va-et-vient profonds, du thérapeute vers le patient. Ce massage doit être très bref et ne doit pas croiser les fibres des muscles spinaux au niveau du thorax, car cela

risquerait de crispier le patient voire de provoquer des spasmes. Vous percevrez les spinaux comme une puissante bande verticale dans la région thoracique, séparée des apophyses épineuses par à peine plus de 1 cm. Désactivez les *trigger points* dans les muscles spinaux avec des mouvements de va-et-vient dans le sens des fibres.

## *Petits dentelés postérieurs et supérieurs*

Pour atteindre les *trigger points* dans le petit dentelé postérieur et supérieur, vous devez décaler l'omoplate sur le côté. Remarquez que le bras du patient pend hors de la table de massage ([figure 11.31](#)). Sous l'appuie-tête, le thérapeute tire le poignet du patient pour l'amener du côté opposé, ce qui aide à éloigner encore plus l'omoplate du rachis (le bras doit appuyer contre l'appuie-tête). Recherchez des *trigger points* à côté du bord interne de l'omoplate, très près de l'angle supérieur, de préférence en utilisant avec douceur l'avant-bras ou le pouce. Vous pouvez, sinon, traiter le petit dentelé postérieur et supérieur en décubitus dorsal, la main du patient reposant alors sur son épaule opposée comme décrit dans la section «Sous-scapulaires et petits dentelés postérieurs et supérieurs» [page 299](#).



Figure 11.31 Massage du petit dentelé postérieur et supérieur avec le bord postérieur du cubitus (le thérapeute tient la main gauche du patient et tire le bras transversalement pour faciliter l'éloignement de l'omoplate)

## *Sus-épineux*

Mettez-vous devant le haut de la table pour traiter avec les deux pouces les *trigger points* dans le sus-épineux ([figure 11.32](#)). Gardez les poignets droits et penchez-vous sur le patient afin d'utiliser le poids du corps pour accentuer la pression. Focalisez-vous sur le petit espace triangulaire entre l'angle supérieur de l'omoplate et l'épine scapulaire. Effectuez de courts mouvements de va-et-vient vers la pointe de l'épaule afin de désactiver le profond *trigger point* central, puis décalez-vous légèrement vers l'extérieur, là où le muscle passe sous l'acromion pour y trouver un éventuel *trigger point*. Si c'est le cas, il sera particulièrement sensible, douloureux comme une contusion. Massez cette partie du muscle un peu plus doucement.



Figure 11.32 Mouvements de va-et-vient sur le sus-épineux avec les deux pouces (les ongles sont l'un contre l'autre et le massage suit latéralement l'épine scapulaire)

### *Sous-épineux et petits ronds*

Utilisez les pouces ou les autres doigts pour traiter le sous-épineux ([figure 11.33](#)). On peut trouver des *trigger points* dans le sous-épineux en plusieurs endroits sous l'épine scapulaire, entre les bords interne et externe de l'omoplate. Le *trigger point* le plus en dehors se trouve sur le bord extérieur du muscle. Cette bande musculaire est parallèle au bord externe de l'omoplate, à environ 2,5 cm de sa face interne. Pour le sous-épineux, il faut souvent effectuer de multiples mouvements profonds de va-et-vient avant de «réveiller» les *trigger points* et, ainsi, de pouvoir ressentir cette sensation familière de douleur exquise. Remarquez que la thérapeute montre qu'elle connaît bien la mécanique du corps, car elle garde le cou et le dos droit, et utilise le poids de son corps pour exercer une pression.





Figure 11.33 Sous-épineux et petit rond: la tranche de la main droite est posée sur le corps et effectue l'essentiel du travail en déplaçant le bout des doigts de la main gauche qui doit rester détendue et mobiliser la peau durant le massage

Utilisez également les doigts pour le petit rond en cherchant des *trigger points* le long du bord externe de l'omoplate, à environ 2,5 cm au-dessus du pli de l'aisselle. Ce muscle a à peu près la taille et l'épaisseur d'un index. Lorsqu'il est noué, vous devriez pouvoir sentir son croisement, vers le haut sur le bord externe en direction de la tête de l'humérus.

## *Grands dorsaux et grands ronds*

Le grand dorsal et le grand rond peuvent être traités en recourant au pétrissage avec le pouce et les autres doigts, dans le sens transversal du corps ([figure 11.34](#)). Vous pouvez différencier les deux muscles en sentant le creux entre eux, le grand rond étant le muscle le plus épais et profond. Traitez chaque *trigger point* séparément. On peut également appuyer avec les doigts le grand rond contre l'os de l'omoplate, à mi-chemin sur son bord externe (non montré). Quant au grand dorsal, le bord externe de sa partie inférieure peut être traité par pétrissage des deux mains ([figure 11.35](#)). Vous pouvez également utiliser les doigts pour masser ces deux muscles du côté le plus près de vous.



Figure 11.34 Pétrissage transversal du grand dorsal et du grand rond entre le pouce et les autres doigts (on peut également se mettre devant le haut de la table de massage)



Figure 11.35 Pétrissage transversal du grand dorsal entre le pouce et les autres doigts des deux mains, en effectuant de courts mouvements très spécifiques de va-et-vient

## *Grands dentelés*

On peut traiter les *trigger points* dans le grand dentelé par un massage transversal avec les doigts, comme montré sur la [figure 11.36](#). Il est également possible de masser le côté le plus près de soi avec les doigts, les paumes vers le ciel. Le *trigger point* primaire dans le grand dentelé se trouve au-dessus de la côte la plus proéminente, sous l'aisselle à environ la largeur d'une main. Si vous trouvez ce *trigger point* primaire, recherchez d'autres *trigger points* au niveau de n'importe laquelle des neuf côtes sur lesquelles ce muscle se fixe.



Figure 11.36 Massage transversal du grand dentelé avec les deux mains, à environ une largeur de main sous l'aisselle

### *Deltoïdes, triceps brachiaux et muscles fléchisseurs de l'avant-bras*

Commencez par masser les deltoïdes avec la paume de la main pour les échauffer. Utilisez ensuite les articulations des doigts, le poing à peine fermé, ou un pouce pour désactiver des *trigger points* spécifiques (non montré). Explorez toutes les bandes de tension que vous trouverez à la recherche de *trigger points* hypersensibles. Des *trigger points* dans le deltoïde se désactivent avec le patient en décubitus ventral et dorsal. Pour traiter le triceps brachial, le bras du patient doit pendre hors de la table (figure 11.37). Les deux pouces sont superposés l'un au-dessus de l'autre, ce qui rapproche un peu les mains et vous permet d'utiliser les articulations des doigts pour maintenir en place le bras. Vous pouvez désactiver de cette manière les cinq *trigger points* possibles dans le triceps brachial. Pour le *trigger point* interne, près du coude, vous préférerez peut-être le pétrir entre le pouce et les autres doigts (non montré).

Afin de masser les fléchisseurs des avant-bras, replacez le bras sur la table, la paume face au ciel. Utilisez les deux pouces pour des *trigger points* spécifiques (figure 11.38) ou, sinon, les doigts ou encore, avec douceur, l'avant-bras. La plupart des *trigger points* dans la face interne de l'avant-bras se trouvent dans une zone ovale qui s'étend à 8-10 cm juste sous le pli du coude. Utilisez une contraction isolée pour identifier chaque muscle et ses *trigger points*. Et n'oubliez pas que le long fléchisseur propre du pouce occupe une bonne moitié de la face interne de l'avant-bras du côté du radius. Non seulement ses *trigger points* entraînent une douleur au pouce, mais ils peuvent également causer le blocage de la dernière articulation du pouce qui peut aussi émettre un bruit sec. Même si c'est contraire à ce que l'on vous a enseigné, il vaut mieux masser les fléchisseurs vers la main (Waslaski, 2012). Chez la plupart des personnes, les fléchisseurs sont raccourcis et noués, et ont donc besoin d'être allongés. À moins d'un trouble vasculaire ou d'un œdème, cela ne devrait pas créer de problème. Après de profonds mouvements de va-et-vient, effectuez des mouvements plus superficiels pour aider la lymphe à remonter le long du bras.



Figure 11.37 Mouvements de va-et-vient sur le triceps brachial (long chef) avec les deux pouces l'un au-dessus de l'autre, du thérapeute vers le patient



Figure 11.38 Mouvements de va-et-vient sur les fléchisseurs avec les deux pouces l'un au-dessus de l'autre vers l'épitrôchlée du coude (ou avec les articulations des doigts, le poing à peine fermé, ou la face postérieure du cubitus)

## *Carrés des lombes*

Pour traiter les *trigger points* dans le carré des lombes, utilisez les deux pouces ou les deux mains (figures 11.39 et 11.40). Afin de le différencier des muscles spinaux, demandez au patient de relever plusieurs fois la hanche pour que le carré des lombes se contracte. Ce muscle est enfoui sous les épais muscles spinaux superficiels. Pour le masser, vous devez aller profondément sous les muscles spinaux, à 8-10 cm des apophyses épineuses des vertèbres.



Figure 11.39 Massage du carré des lombes avec les deux pouces au niveau de la dernière côte et de l'apophyse transverse (la pression est exercée vers l'épaule opposée)



Figure 11.40 Mouvements transversaux de va-et-vient sur le bord externe du carré des lombes avec les deux mains (penchez-vous vers l'arrière pour tirer vers vous)

Mettez-vous près du haut de la table pour travailler du même côté sur le carré des lombes avec les pouces ([figure 11.39](#)). Afin de traiter le *trigger point* externe du haut, cherchez là où le bord externe du muscle s'attache à la dernière côte. Ce *trigger point* peut être douloureux comme une contusion. Exercez ensuite une pression dans l'angle, là où la dernière côte s'articule avec l'apophyse transverse. Massez en profondeur sous les épais muscles spinaux en direction de l'épaule opposée pour trouver le *trigger point* interne du haut.

Recherchez des *trigger points* en descendant peu à peu sur le carré des lombes, les doigts profondément enfoncés sous les érecteurs pour appuyer le muscle contre les apophyses transverses sous-jacentes des vertèbres. Prenez le temps de traiter toute zone hypersensible. Positionnez ensuite le corps pour être face aux glutéaux. Tournez-vous vers l'angle que fait le bassin avec les dernières apophyses transverses. En restant à 8-10 cm du rachis, massez avec les pouces sous les muscles spinaux en direction du grand trochanter du côté opposé afin de trouver le *trigger point* interne du bas. Pour le *trigger point* externe du bas, repositionnez le corps pour être face aux pieds du patient et cherchez là où le bord externe du muscle s'attache au bassin.

Au lieu d'utiliser les pouces, vous pouvez masser transversalement ces quatre *trigger points* avec les deux mains ([figure 11.40](#)). Commencez par toute la surface des obliques abdominaux, puis penchez-vous vers l'arrière en utilisant le poids du corps pour amener le bout des doigts vers vous. Arrêtez dès que vous rencontrez les muscles spinaux. Effectuez des mouvements de va-et-vient plus petits pour désactiver chaque *trigger point*.

## Pyramidaux et glutéaux

Le massage de la région des glutéaux peut se faire sur la peau recouverte d'un drap voire au travers du tissu fin d'un short ou d'un pantalon. Vous pouvez masser, au choix, avec les pouces, les doigts, les articulations des doigts ou un coude à la condition de faire preuve de douceur. Le coude est peut-être l'appareil de massage le plus ergonomique parce que vous pouvez utiliser le poids du corps pour exercer une pression ([figure 11.41](#)). Commencez par palper l'emplacement du haut de l'os iliaque de la hanche, du sacrum, du grand trochanter et de la tubérosité ischiatique (l'os sur lequel on est assis). Ces repères osseux sont primordiaux pour vous guider dans votre recherche de *trigger points* spécifiques dans cette partie du corps mal définie.



Figure 11.41 Massage des muscles du fessier avec le coude (ou, sinon, avec les doigts)

Cherchez le premier *trigger point* dans le moyen glutéal à côté du bord externe du sacrum. Celui-ci se trouve dans une dépression profonde juste sous le bord supérieur de l'os iliaque de la hanche. Massez latéralement tout le moyen glutéal en direction du côté. Trouvez le deuxième *trigger point* dans le moyen glutéal à mi-chemin des fesses, juste là où elles commencent à s'incurver. Le troisième



*trigger point* se trouve, lui, sur le côté du corps à environ 5-8 cm derrière l'épine iliaque antéro-supérieure. Pour désactiver ces trois *trigger points*, appuyez le muscle vers le haut en direction du bord supérieur de l'os iliaque de la hanche.

En continuant sur le côté du corps, déplacez-vous de 2,5 cm environ vers le bas pour chercher sur toute la surface à l'arrière vers le sacrum. Vous trouverez peut-être des *trigger points* dans le petit glutéal le long de cette ligne et sur une autre ligne, 2,5 cm plus bas, juste au-dessus du grand trochanter. Cette région peut renfermer de nombreux points hypersensibles. Les *trigger points* dans le pyramidal se trouvent sur une ligne juste derrière le grand trochanter et vers le milieu du bord du sacrum. Massez le *trigger point* numéro deux du pyramidal avec beaucoup de prudence, car il peut se trouver au-dessus du nerf sciatique.

Le *trigger point* du haut dans le grand glutéal est situé sur le bord du sacrum. Il est parfois plus superficiel par rapport au *trigger point* numéro 2 du pyramidal. Pour masser le *trigger point* du bas dans le grand glutéal, appuyez le muscle vers le bas contre le bord supérieur externe de la tubérosité ischiatique (l'os sur lequel on est assis). Ce point est différent de celui du point d'insertion de l'ischio-jambier sur lequel on appuie par en bas contre le bord inférieur de la tubérosité ischiatique. Vous pouvez également trouver d'autres *trigger points* dans le grand glutéal contre le bord interne de la tubérosité ischiatique. Demandez au patient son accord avant de vérifier ce point qui se trouve près du coccyx ou, si vous le préférez, apprenez au patient comment effectuer son automassage.

## Ischio-jambiers

En fonction de ce qui vous est le plus facile, utilisez les doigts, les articulations des doigts ou l'avant-bras pour traiter les *trigger points* dans les ischio-jambiers ([figure 11.42](#)). En commençant juste au-dessus du genou, effectuez de longs mouvements de va-et-vient sur toute la tubérosité ischiatique pour les trouver. Cherchez ainsi dans le demi-tendineux et le demi-membraneux, puis dans le biceps fémoral. Remarquez que ces deux lignes massées débutent sur des côtés opposés du genou et forment un «V» à l'envers qui se termine au niveau de la tubérosité ischiatique. On peut trouver des *trigger points* n'importe où le long des demi-membraneux et des demi-tendineux, mais uniquement dans le tiers de son milieu pour le biceps fémoral. Il est également possible de traiter les ischio-jambiers en massant dans la direction opposée, comme lorsque le bassin se trouve en bascule antérieure ou antéversion (Waslaski, 2012).



Figure 11.42 Massage des ischio-jambiers avec les doigts (ou, sinon, avec les articulations des doigts, le poing fermé ou, avec la paume vers le ciel, le poing à peine fermé)



## Muscles du mollet

La manière la plus sûre pour les mains et la plus ergonomique pour masser les muscles du mollet consiste à utiliser les pouces ou les autres doigts, car ils pénètrent avec un minimum d'effort ([figure 11.43](#)). Afin de préserver vos mains, évitez le pétrissage de ces muscles. Très souvent, les *trigger points* dans les muscles du mollet ne sont jamais traités de manière spécifique, notamment pour ce qui est des trois muscles les plus profonds. Or, chez de nombreuses personnes, le mollet peut être une région du corps très sensible. Lorsque vous masserez tous ces muscles en effectuant de profonds mouvements de va-et-vient, vous avez intérêt à prendre votre temps.



Figure 11.43 Massage du mollet: la tranche de la main droite, en contact avec la peau, fait bouger le bout des doigts de la main gauche

Commencez par définir le bord inférieur des jumeaux en dessinant dans votre tête une ligne qui traverse l'arrière de la jambe à mi-chemin environ. Si ce muscle est bien galbé, son bord inférieur est quelque peu irrégulier, avec le chef interne (jumeau interne) qui descend plus bas que le chef externe (jumeau externe). Tracez ensuite une ligne imaginaire verticale au milieu du mollet pour séparer mentalement, outre les deux jumeaux, les deux os de la jambe, le tibia et le péroné. Cela aide de savoir visualiser ce qui se cache sous la peau.

Cherchez dans chaque chef des jumeaux un *trigger point* au milieu du ventre du muscle et, également, près de l'arrière du genou. Vous trouverez peut-être un *trigger point* profond dans le soléaire, entre les deux *trigger points* externes des jumeaux. Juste sous le bord inférieur des jumeaux, trouvez les deux *trigger points* du bas dans le soléaire, tout près de la ligne médiane imaginaire qui descend à l'arrière du mollet, de part et d'autre. Le *trigger point* interne, du côté du gros orteil, entraîne une douleur au talon. Le *trigger point* externe, du côté du petit orteil, est responsable d'une douleur au bas du dos. Un *trigger point*, rare mais important, provoque une douleur à la mâchoire. Il se trouve dans une zone de 5 cm environ de diamètre à partir du *trigger point* interne. Cherchez sur 2,5-5 cm juste sous le bord galbé des jumeaux.

On accède au jambier postérieur et au long fléchisseur commun des orteils entre les chefs des jumeaux. Afin de traiter le jambier postérieur, trouvez le centre précis des jumeaux puis, en appuyant bien entre les deux chefs, effectuez des mouvements de va-et-vient à environ 2,5 cm vers le haut et, là aussi, à 2,5 cm vers l'extérieur afin de masser le jambier postérieur contre le péroné. Ne laissez pas vos doigts glisser sur l'épais ventre des jumeaux. Restez bien entre les deux chefs en débutant doucement, car c'est souvent très sensible.

On peut masser de la même manière le long fléchisseur commun des orteils si ce n'est qu'il faut décaler les jumeaux vers l'intérieur en direction du tibia (le côté intérieur de la jambe). Trouvez le centre précis des jumeaux et, en appuyant bien, effectuez à plusieurs reprises de courts mouvements de va-et-vient à 2,5 cm vers le haut et, là aussi, à 2,5 cm vers l'intérieur pour masser ce muscle contre le tibia. Le *trigger point* dans le long fléchisseur propre du gros orteil se trouve juste sous les jumeaux au niveau de la ligne médiane du mollet, enfoui sous le *trigger point* externe du soléaire. Appuyez sur ce point pour le masser, puis latéralement vers le péroné.

## *Pied ancestral de Dudley-Morton*

Pour vérifier s'il existe un pied ancestral de Dudley-Morton, comparez la longueur relative du premier et du deuxième métatarsiens afin de voir si le deuxième est plus long ([figure 11.44](#)). Amenez avec votre pouce les orteils vers l'arrière tout en poussant vers le haut avec vos doigts les têtes des premier et deuxième métatarsiens. Cela permettra aux têtes des deux métatarsiens de ressortir suffisamment pour être vues ou senties. Recherchez une grosse callosité sous la tête du deuxième métatarsien, un signe notable que l'os est trop long ([figure 10.39](#)). Une commissure profonde entre les premier et deuxième orteils est un autre indicateur d'un pied ancestral de Dudley-Morton.



Figure 11.44 Recherche d'un pied ancestral de Dudley-Morton (tirez vers l'arrière avec le pouce et vers le haut avec les doigts)

Si les orteils refusent d'aller vers l'arrière pour exposer les têtes des métatarsiens, vous constaterez très probablement que l'extenseur commun des orteils et les muscles interosseux sont maintenus raccourcis par des *trigger points*. L'étape suivante consiste à évaluer debout la possibilité d'un hallux limitus comme décrit au [chapitre 10](#) dans la section «Pied ancestral de Dudley-Morton et hallux limitus» (page [276](#)). Le traitement, simple, pour un pied ancestral de Dudley-Morton et un hallux limitus est de mettre un coussinet amortissant dans la chaussure sous la tête du premier

métatarsien ou d'acheter des semelles orthopédiques, par exemple auprès de [www.mortonsfoot.com](http://www.mortonsfoot.com) (pour de plus amples détails, reportez-vous au [chapitre 10](#)).

## *Muscles de la plante du pied*

Pour masser les sept muscles de la plante du pied, utilisez les deux mains afin que tous les doigts se partagent le travail ([figure 11.45](#)). Cherchez des *trigger points* sur le côté du pied, juste au-dessous du gros orteil puis de chaque côté près du talon. Les *trigger points* dans les courts fléchisseurs du gros orteil et les abducteurs se trouvent sur les bords externes du pied. Un pouce convient bien pour masser la profonde chair carrée de Sylvius ([figure 11.46](#)). Utilisez un pouce ou le bout des doigts pour chercher des *trigger points* dans les interosseux entre les métatarsiens (non montré).

Masser en profondeur des *trigger points* dans le côté plantaire du pied est souvent très éprouvant pour le thérapeute. Il vaut donc mieux se contenter de localiser les *trigger points* et de les traiter brièvement. Montrez au patient comment utiliser une balle rebondissante de 35 mm pour des automassages.



Figure 11.45 Massage des muscles de la plante du pied avec les deux mains

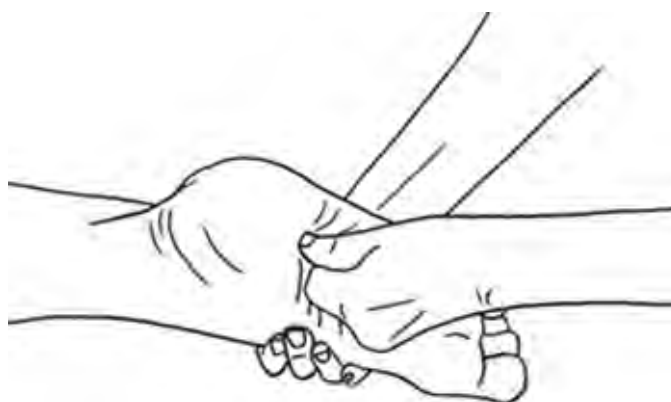


Figure 11.46 Mouvements de va-et-vient latéralement sur la chair carrée de Sylvius avec le pouce, immédiatement devant l'os du talon

## **Thérapie par les *trigger points* dans votre pratique**

Ce livre apporte beaucoup d'informations que vous ne pourrez pas assimiler en une seule nuit. Trouvez un ami intéressé par le massage des *trigger points* pour pratiquer régulièrement. Doug Nelson qui pratique la thérapie neuromusculaire de précision a une autre suggestion excellente: demandez à vos patients s'ils peuvent rester encore cinq à dix minutes à la fin de la séance pour vous permettre de pratiquer vos nouvelles techniques. Ils apprécieront cet effort supplémentaire gratuit et, de votre côté, vous pourrez acquérir plus d'expérience et perfectionner vos compétences.

Afin que ce livre vous soit plus utile encore, vous pouvez demander que l'on vous pose une reliure à spirales dans un service de photocopies. Remettez également des copies de schémas de *trigger points* et d'automassage à vos patients. Et si vous faites beaucoup de copies pour une personne, pourquoi ne pas lui suggérer d'acheter le livre? Enfin, si vous êtes intéressé par une formation et une pratique plus poussée, je vous encourage à obtenir un certificat auprès d'un ou de plusieurs thérapeutes proposant des stages qui sont indiqués à la fin de ce livre dans la section «Pour aller plus loin» page 337.

## Chapitre 12

# Tension musculaire et douleur chronique

par Clair Davies (révisé par Amber Davies)

Une tension musculaire chronique excessive risque fort de promouvoir et de perpétuer des *trigger points* et, de ce fait, de saper l'efficacité de la thérapie par les *trigger points*. La suppression d'une tension musculaire quasi permanente peut s'avérer une partie importante du traitement d'une douleur chronique.

Des millions de personnes ont recours à une forme ou une autre de relaxation systématique pour faire face au stress. Je suis l'une d'elles. J'ai appris il y a 35 ans la relaxation progressive du Dr Edmund Jacobson pour traiter, en partie, ma tension nerveuse et depuis je l'utilise pratiquement chaque jour. Avec le temps, j'ai légèrement affiné cette méthode que j'ai divisée en deux parties distinctes auxquelles j'ai donné les noms d'*immersion passive en tension* et de *relâchement actif de la tension*. Selon moi, ces techniques constituent une amélioration de la relaxation progressive. Vous aurez peut-être envie de les essayer, surtout si vous avez rencontré des difficultés à contrôler votre tension avec d'autres méthodes.

Ma technique de *relâchement actif de la tension* s'est développée à partir de la relaxation progressive de Jacobson qui consiste à détendre le corps d'une manière systématique, partie après partie. Au début de sa carrière, Jacobson prônait la contraction successive de groupes de muscles afin d'identifier une tension musculaire avant de relâcher ces derniers consciemment. Si, plus tard, il a dépassé cette notion de contraction de muscles, cette idée a fait son chemin et figure au centre des descriptions modernes de la relaxation progressive. J'ai découvert par moi-même qu'il n'est pas nécessaire de contracter les muscles pour prendre conscience d'une tension. C'est même parfois contre-productif. Ensuite, j'ai lu dans les écrits de Jacobson qu'il avait fait une découverte similaire. La description qui suit du relâchement actif de la tension vous apprendra comment vous mettre à l'écoute de vos sensations pour détecter une tension sans avoir besoin de contracter les muscles. Lorsque vous serez suffisamment à l'aise avec cette technique, vous pourrez détendre instantanément tout votre corps dès que vous percevrez un état de tension.

L'*immersion passive en tension* est une approche à l'opposé du relâchement actif de la tension. En effet, au lieu de rechercher une relaxation systématique, générale, ce qui peut sembler bien illusoire si vous êtes complètement stressé, vous vous laissez immerger de manière passive dans votre tension jusqu'à ce qu'elle culmine puis disparaisse d'elle-même. L'immersion passive en tension est liée aux différentes méthodes de désensibilisation qui vous demandent d'affronter vos peurs et de ressentir pleinement les émotions associées. Toutefois, dans ce cas, votre conscience est centrée sur la tension dans vos muscles, contournant les aspects cognitifs de l'émotion et gérant de manière très directe et pratique le principal symptôme physique d'un affect, la tension musculaire.

L'*immersion passive en tension* permet de parvenir à un degré plus profond de relâchement actif de la tension, ce qui en fait peut-être la partie la plus puissante de cette méthode. D'après ma vaste expérience, elle parvient rapidement à couper court aux états les plus intenses de colère et de

souffrance psychique tout en dissipant un niveau important de tension musculaire impossible à faire disparaître autrement. Privés du stimulus d'une tension quasi permanente et excessive, les muscles ont moins tendance à développer des *trigger points* et la plupart des problèmes de douleur sont alors bien plus faciles à résoudre.

## Une preuve anecdotique

Je ne possède aucune référence académique m'octroyant une quelconque qualification pour parler du pouvoir thérapeutique de la relaxation, mais je pense pourtant avoir le droit de faire valoir ma propre expérience. Je suis convaincu qu'en science, la preuve anecdotique occupe une place importante. En effet, ce sont généralement des expériences personnelles qui poussent les scientifiques à se poser des questions aboutissant à des travaux objectifs de recherche. Je n'ai pas la prétention de m'ériger en spécialiste de quoi que ce soit, mais je crois utile de vous relater mon expérience avec la relaxation systématique.

### *J'aurais voulu être un acteur*

Je dois d'abord vous parler de la crise qui m'a conduit à apprendre la relaxation progressive. Tout débute il y a 35 ans. J'étais alors un jeune homme qui s'efforçait depuis trois ans de percer dans le théâtre. J'avais renoncé à une activité brillante dans les pianos, à New York, dans l'espoir de devenir acteur. À l'automne de l'année 1968, je venais de terminer ma seconde saison de théâtre d'été à Harrodsburg, dans le Kentucky, une petite ville à environ 35 kilomètres de Lexington. Après la première saison, j'avais passé l'année à errer dans le pays. J'étais en pleine crise existentielle. J'étais un accordeur de piano qui voulait être un acteur. Ou un auteur dramatique. Ou un guitariste professionnel. Ou autre chose! J'aimais travailler sur des pianos, mais je voulais faire quelque chose de plus important de ma vie. En réalité, j'avais 31 ans et je ne savais pas ce que je voulais. J'étais en plein brouillard.

Alors que je revenais de Harrodsburg pour rentrer à New York, en proie à la confusion la plus totale, je pris conscience que ce retour en ville n'était pas la chose à faire. Par une journée brumeuse et humide, assis à mi-chemin en Virginie au bord de l'autoroute, je m'interrogeais, essayant de voir où tout cela était censé me mener. Peu à peu, avec la fine pluie qui tombait et la beauté de la végétation luisante du bord de la route, tout devint clair dans mon esprit. En fait, je n'avais aucune envie d'échanger le vert de la campagne contre les briques et l'asphalte de la ville. Pourquoi ne pas faire demi-tour et rester quelque temps à Lexington? Le Kentucky est si beau lorsque les feuilles virent au rouge. Et Lexington est suffisamment grand. Il devait forcément y avoir quelque part un bon psychiatre. J'allais trouver cette personne, quelle qu'elle soit, et rester dans le Kentucky jusqu'à savoir ce que je voulais faire de ma vie. Si seulement je pouvais rester à Lexington et vivre du métier d'acteur! Je ne voulais pas retomber dans une vie réglée comme du papier à musique. La seule perspective de devoir, à nouveau, accorder des pianos me mettait hors de moi.

Je m'en suis donc tenu à cette décision. J'ai trouvé ce bon psychiatre, le Dr Hugh Storrow, un professeur à la faculté de médecine du Kentucky qui possédait un cabinet privé. J'ai eu d'emblée confiance en lui, une confiance qui n'a cessé de croître pendant que nous parlions. Il était calme et posé. Je lui ai parlé de ma vie instable, de mon incapacité à me fixer quelque part, à trouver une direction à ma vie et de mon besoin de passer sans cesse d'une chose à une autre, d'aller voir si l'herbe ne serait pas «plus verte» ailleurs. J'ai également abordé mes relations précaires avec les

gens, ma tendance à m'emporter et à me refermer comme une huître, même envers mes meilleurs amis, dès que ça sentait le roussi. Je lui ai aussi dit que j'avais besoin d'aide avec le bruit. J'avais toujours été horripilé par les bruits à table — le crissement d'une fourchette sur les dents, les bruits de mastication. Je lui dis que je voulais me marier et avoir des enfants, et que mon problème avec le bruit constituerait forcément un obstacle. D'une certaine manière, il s'agissait là de ma difficulté au cœur de toutes les autres.

Le Dr Storrow m'informa qu'il avait récemment publié un livre sur ses méthodes et que je devrais pouvoir en trouver un exemplaire à la bibliothèque. Je débordais d'un tel enthousiasme pour cet homme que je lus en entier *Introduction to Scientific Psychiatry: a Behavioristic Approach to Diagnosis and Traitement* [Introduction à la psychiatrie scientifique: une approche comportementale au diagnostic et au traitement] (1967) avant notre rendez-vous suivant.

## *La phobie du bruit*

Lors de mon deuxième rendez-vous avec le Dr Storrow, celui-ci me demanda de lui exposer dans les grandes lignes mon histoire. Je lui dis que j'avais été un garçon très tendu, nerveux, tourmenté par mon hypersensibilité au bruit. Même un infime sifflement du nez de quelqu'un pouvait me plonger dans un état de détresse extrême. Ma mère avait eu le même problème. Elle m'avait raconté qu'elle avait failli en mourir lorsqu'elle avait compris que j'allais être comme elle.

Je lui expliquai que plus d'une fois, ma mère était si perturbée par les bruits à table qu'elle filait vomir dans la salle de bains. Elle culpabilisait tant mon père lorsque nous mangions que, du coup, il devenait tellement gauche qu'il faisait encore plus de bruit. Puis son nez se mettait à couler et il reniflait tout le temps du repas. Je le soupçonnais parfois de le faire exprès. Du reste, je soupçonnais tout le monde d'agir délibérément.

Ma mère essayait constamment de se détendre, mais ne parvenait qu'à devenir aussi rigide et inerte qu'une statue. Je percevais sa tension quand elle était dans la pièce et devenais, à mon tour, crispé. Cela me rendait nerveux de voir sa poitrine qui se soulevait à chaque respiration. Du coup, je m'efforçais de garder le torse immobile. Je faisais attention à ne pas faire le moindre bruit quand je respirais, si bien que je retenais constamment mon souffle. Telle était ma vie en famille.

Naturellement, j'avais du mal à l'école avec les autres enfants qui mâchaient du chewing-gum ou faisaient du bruit avec leur nez. J'étais capable de détecter le sifflement d'un nez à l'autre bout de la classe. J'avais trouvé comme solution de me boucher subrepticement une oreille avec un doigt. Quand je suis parti à l'université, le ronflement de mes camarades de chambre me rendait fou, si bien que j'ai arrêté de leur parler. Ensuite, après avoir abandonné mes études pour devenir garde-côte, je dormais avec un Kleenex enfoncé dans chaque oreille et un oreiller par-dessus la tête. Lorsque j'ai quitté ce travail, j'ai fini par devenir accordeur de piano, ce qui semblait une utilisation idéale de mon hypersensibilité aux sons, sauf que cela n'a fait qu'aggraver ma phobie. En effet, je devais écouter d'infimes harmoniques pour accorder un piano, or il suffisait d'un rien pour en couvrir le son. C'était une bataille perdue d'avance contre les chiens qui aboient, les machines à laver, les tondeuses à gazon, les postes de télé et les enfants bruyants.

Je terminai ma courte biographie en lui parlant d'un trouble récent avec les bruits de table dans un restaurant qui m'avaient tant contrarié et énervé que j'étais parti sans terminer mon repas. Il m'écouta puis me posa quelques questions. Il me dit ensuite qu'il aimerait commencer à diminuer mon anxiété avec des exercices de relaxation. Il voulait également me mettre en condition pour de l'hypnose, avec l'espoir de supprimer ainsi toute tension nerveuse inutile et de mettre en lumière des émotions refoulées en rapport avec des situations ou des personnes. Storrow me précisa que ses techniques



reposaient en grande partie sur la désensibilisation systématique, une thérapie mise au point par un psychiatre d'Afrique du Sud appelé Joseph Wolpe.

Il me demanda d'observer ce que je ressentais dans des situations en société et de me mettre aux exercices de relaxation indiqués dans une brochure bleue qu'il me remit. J'avais hâte de commencer cette technique de relaxation et je fus enchanté lorsque je découvris son efficacité. Certaines séances étaient même si agréables que je m'endormais au beau milieu d'un exercice.

## *Désensibilisation*

J'ai tenu un journal tout le temps où j'ai vu le Dr Storrow. Je l'ai toujours — sept cahiers spiralés remplis de notes. Le 26 septembre 1968, après mon troisième rendez-vous, j'ai écrit ceci à propos d'un événement remarquable dont je me souviens encore de chaque détail comme si c'était hier:

*Quelle journée! À mon grand étonnement, Storrow m'a hypnotisé. Une expérience vraiment incroyable! Je crois que je suis resté pleinement conscient pendant la séance — pas endormi ou en transe comme c'est décrit dans l'hypnose. Je veux dire que je pouvais arrêter quand bon me semblait, surtout par l'induction. Il m'a dit que ça marchait d'autant mieux que j'étais parfaitement concentré. Cela semblait vraiment une question de réceptivité et de coopération. Ça a marché parce que je voulais être hypnotisé.*

*Tout d'abord, il m'a dit de porter toute mon attention sur une figure en spirale imprimée sur une carte. Tandis que je la regardais, il m'a dit de commencer à me détendre. D'abord le bout des doigts de ma main droite puis, peu à peu, jusqu'à l'épaule. Ensuite mon bras gauche, segment par segment, et ensuite la jambe droite par un relâchement progressif complet. Durant tout ce temps, il me disait que mes yeux n'allaient pas tarder à se fermer à cause de l'envie de dormir. Mes paupières n'ont pas tardé à s'affaïsser puis à se clore. Il s'est immédiatement mis à travailler sur mon corps dans son ensemble — disant qu'à chaque respiration, je me sentirais de plus en plus lourd et détendu. Je me suis retrouvé très détendu, c'est le moins qu'on puisse dire, bien plus que ce à quoi j'étais parvenu par moi-même.*

*Puis il m'a demandé de me visualiser entrant dans ce restaurant où j'avais eu des problèmes avec le bruit des gens qui mangeaient. Il m'a expliqué que le but était de recréer la scène la plus fidèlement possible. Il m'a dit de m'asseoir au comptoir et d'essayer d'imaginer à quoi ressemblait chaque personne. Il a ajouté que pendant que je commençais à étudier le menu, quelqu'un aspirait bruyamment son café. J'ai immédiatement perçu l'arrivée d'une tension dans plusieurs parties de mon corps. Il m'a dit de concentrer mon attention sur les bruits, avec le plus de détails possibles. Alors que nous poursuivions avec ce «rêve», ma tension a fortement augmenté dans mes poignets, mes avant-bras et mes doigts. L'avant de mes cuisses était alors si noué qu'elles sont devenues engourdis et ont commencé à picoter. Une tension incroyablement forte siégeait dans le bas de mon torse, dans mon ventre, mon visage et le haut de mes jambes. Je n'arrivais pas à croire que cela soit survenu si vite.*

*Puis il m'a dit d'imaginer que j'entendais quelqu'un, à un tabouret de moi, qui claquait ses lèvres en mâchant. Puis j'ai entendu une autre personne derrière moi qui raclait ses dents contre sa fourchette à chaque bouchée. J'ai immédiatement senti une montée de tension dans mon poignet gauche et ma jambe gauche qui s'est rapidement transformée en douleur. J'ai crié: «Non! Non!». Je ne voulais plus de tension et de douleur, mais il m'a maintenu dans ce rêve. La tension était incroyable, mais à un moment, je me suis mis à rire. Il m'a demandé pourquoi je riaais. Je lui ai répondu que c'était parce que je ne croyais pas que cela puisse m'arriver. Je doutais même*

*fortement de pouvoir être hypnotisé. Il m'a dit de rester avec cette image et de continuer d'observer de très près mes sensations physiques.*

*Au bout de quelques minutes, la chose la plus étonnante s'est produite. La tension a tout à coup diminué de moitié environ — d'elle-même. Après être resté assis dans cet état de demi-tension pendant plusieurs minutes encore, l'idée m'a traversé l'esprit que je pouvais évacuer le reste. Et je l'ai fait! Il m'a demandé de lui indiquer quand elle était retombée à zéro. Il a ajouté que la scène dans le restaurant était à présent en train de disparaître tout comme les bruits. J'étais à nouveau aussi lourd que du plomb. Il a donné le signal que j'étais à nouveau détendu. Puis il m'a dit que je me sentirais bien comme jamais depuis des mois et il m'a réveillé en comptant jusqu'à cinq.*

Lorsque j'ai quitté le cabinet de Storrow ce jour-là, j'avais l'impression que mes pieds ne touchaient pas le sol. Je m'étais senti si détendu toute la journée que c'était comme si j'étais encore dans le rêve. J'ai eu une journée étonnamment productive, appelant des églises et obtenant du travail sur des pianos. En fait, je faisais ce que je n'avais pas pensé vouloir faire. La relaxation profonde s'estompait, bien évidemment, et j'ai été me coucher cette nuit-là dans un état de tension extrême. J'essayais de la contrôler, mais rien n'y faisait. Puis j'ai eu de la diarrhée et j'ai vomi toute la nuit. J'avais l'impression de me purger de tout ce qui avait constitué ma vie jusque-là.

## *Retour à la réalité*

Durant les dix-huit mois de travail avec le Dr Storrow, il y eut de nombreuses sessions similaires d'hypnose et de désensibilisation systématique, et j'ai appris que la tension nerveuse n'était en fait pas grand-chose. Je commençais à penser que je pouvais la gérer. Peu à peu, je trouvais ma voie. Pendant tout ce temps, j'ai joué dans plusieurs pièces au Studio Players. Et dans l'un des spectacles j'ai rencontré une fille. Mi-sicilienne et mi-scandinave, c'était la plus belle fille que j'aie jamais vue. Elle a vraiment tout transformé pour moi et, très vite, en moins de temps qu'il ne le faut pour le dire, nous étions mariés. Comme je ne savais toujours pas exactement qui je voulais être, juste pour faire bon usage de mon temps, j'ai repris des études. J'ai fini par obtenir une double licence — en psychologie et en arts du théâtre!

Peu après la fin de ma thérapie, notre première fille est née et j'ai tout à coup pris conscience que je devais être sérieux et faire rentrer de l'argent. J'ai repris mon métier de technicien en piano, mais de manière bien moins conflictuelle qu'auparavant. Mon obsession à vouloir devenir acteur s'était évanouie après l'obtention de ma licence en théâtre, mais depuis, je jouais un rôle nettement plus approprié, celui de mari, de père et de soutien de famille.

J'ai commencé à comprendre que j'avais toujours fait trop d'efforts en travaillant sur les pianos. J'avais voulu être trop bon, je m'étais efforcé d'être meilleur qu'il ne le fallait. Je ne pense pas avoir jamais perçu l'énorme tension que cela créait en moi. Avec la prise de conscience accrue de ma tension musculaire, j'ai également ouvert les yeux sur le fait que l'accordage d'un piano demandait de beaucoup serrer des chevilles et me faisait rester dans une position contractée prolongée. Lorsque je tendais les cordes, j'y mettais trop de force, plus qu'il n'était nécessaire, ce qui augmentait d'autant mon état de crispation déjà excessif. C'était peut-être la raison de mon envie d'arrêter cette activité d'accordeur. Et j'avais probablement été attiré par le métier d'acteur parce qu'ainsi, je parvenais à évacuer une partie de cette tension. Mais désormais, ma compétence accrue en relaxation systématique rendait mon travail sur les pianos moins pesant. J'ai commencé à en retirer des satisfactions dont l'une d'elles, et non des moindres, était de bien gagner ma vie.

Après mes premiers succès avec la relaxation progressive, j'ai réalisé que mon hypersensibilité aux bruits pouvait servir d'indicateur de mon état général de tension nerveuse. Lorsque je remarquais qu'un son me perturbait, je vérifiais immédiatement si mes muscles étaient tendus. J'étais toujours surpris de constater à quel point j'étais noué sans même m'en rendre compte. Mon agacement au bruit devint un signal pour utiliser mes techniques.

La relaxation systématique a effectivement résolu ce problème et m'a permis de mieux faire face à tout ce qui se présentait. En toutes circonstances, je suis nettement plus calme et plus productif qu'auparavant. Je tiens toutefois à préciser qu'il m'a fallu des années, et non juste quelques semaines ou quelques mois, pour que la relaxation systématique devienne une habitude efficace bien ancrée. Et même aujourd'hui, lorsque je suis épuisé à cause du stress ou d'un excès de travail, des bruits peuvent encore me porter sur les nerfs. Néanmoins, si j'ai la présence d'esprit d'utiliser ce que je sais, le problème ne dure jamais plus longtemps que le temps, pour moi, de parvenir à un rapide relâchement de la tension.

## Tension musculaire permanente

Il est bien connu que la tension nerveuse, ou l'anxiété, entraîne une hyperactivité du système nerveux autonome à l'origine d'une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la respiration, de la tension musculaire et du métabolisme à des niveaux bien supérieurs à ceux des besoins réels. La tension musculaire est avant tout l'expression d'une tension nerveuse mais, contrairement à toutes ces autres réactions, elle peut être soumise à un contrôle direct quasi complet. Ce fait est incroyablement prometteur, car une diminution de la tension musculaire peut avoir un effet remarquablement immédiat en atténuant l'anxiété. En fait, un relâchement de la tension peut être votre moyen le plus puissant et direct contre l'anxiété. Lorsqu'on se retrouve submergé par une tension nerveuse ou une angoisse, la capacité à détendre ses muscles permet de retrouver très rapidement un état plus calme. Sans cela, vous êtes à la merci de vos émotions, ce qui peut aboutir à une douleur chronique à la fois physique et psychique (Jacobson, 1964).

Des muscles en permanence crispés à cause d'une tension nerveuse sont toujours sur la brèche. Ils ne se détendent jamais et en sont du reste incapables. Peu à peu, cette sollicitation excessive et inutile des muscles constitue un facteur notable de la persistance des *trigger points*. Le relâchement d'un excès de tension musculaire permet aux *trigger points* de mieux réagir au traitement et diminue la probabilité qu'ils réapparaissent. Malheureusement, cette détente musculaire seule ne peut pas venir à bout des *trigger points* dont la désactivation demande une approche plus directe.

Bien des personnes n'ont pas vraiment conscience de la tension dans leurs muscles et ignorent trop souvent comment trouver un certain calme sans drogues en tout genre, tabac, alcool ou distractions abrutissantes comme la télévision. Des activités anti-stress de type jardinage, sport ou hobby peuvent s'avérer tout sauf relaxantes physiquement et entraîner, en fait, une tension musculaire accrue par excès de sollicitation, d'effort ou de préoccupations.

Bien évidemment, un minimum de tension musculaire est nécessaire pour permettre le mouvement, et la vie elle-même, qui ont besoin que les muscles se contractent. Mais le stress, des tensions et des inquiétudes ont tendance à entraîner une tension musculaire résiduelle. Si celle-ci devient excessive et permanente, elle risque de contribuer à un cycle infernal de tension nerveuse et d'anxiété qui va en augmentant et, également, de miner gravement la santé physique. Entre autres, un excès de tension persistant dans les muscles squelettiques (externes) maintient la tension artérielle élevée, favorise une tension génératrice de maladies dans les organes internes et affaiblit le système immunitaire (Jacobson, 1967).

# Le relâchement actif de la tension

Ma méthode de relaxation systématique repose sur ce que m’a appris Hugh Storrow il y a 35 ans. Toutefois, à force de pratique quotidienne, je n’ai jamais cessé de l’améliorer. Le relâchement actif de la tension devrait être appris avant d’aborder l’immersion passive en tension qui demande une grande compétence pour parvenir à détecter une tension dans les muscles. C’est la pratique du relâchement actif de la tension qui permet de l’acquérir. Ne pas avoir suffisamment conscience d’une tension musculaire est le plus grand obstacle à une relaxation profonde. Vous pouvez avoir l’impression d’être détendu alors qu’en fait, vous ne l’êtes que partiellement ou superficiellement.

Le relâchement actif de la tension dérive de la méthode de relaxation progressive découverte par Jacobson, mais elle est nettement simplifiée et comporte plus d’options. Un relâchement actif de la tension peut être un long festival détaillé de relaxation ou une variante raccourcie selon différents degrés en fonction de besoins variables. Afin de parvenir à un haut niveau de compétence en relaxation, vous devez faire preuve de patience en pratiquant ce programme. Bien des personnes ont essayé de simplifier la méthode de Jacobson, ce qui a malheureusement abouti à une codification de la technique sous forme de contracté-relâché, une simplification poussée à l’extrême très différente de l’objectif de Jacobson.

## *La relaxation progressive*

Edmund Jacobson (1885–1976) est aujourd’hui largement reconnu comme étant le père de la relaxation progressive. Par cette méthode, il a théorisé la relaxation neuromusculaire afin d’évacuer toute tension inutile dans les principaux groupes musculaires, l’un après l’autre. Il l’a découvert en 1908 alors qu’il mettait la touche finale à son troisième doctorat à Harvard. (Il obtiendra un doctorat en médecine, en physiologie et en philosophie.) Malheureusement, il souffrait d’un problème très courant. Son esprit était encore si actif à la fin de la journée qu’il avait beaucoup de mal à s’endormir.

Une nuit, alors qu’il restait dans le noir sans parvenir à trouver le sommeil, il s’est demandé s’il n’y aurait pas une relation entre l’extrême tension dans son corps et ses insomnies. Peut-être que s’il parvenait à détendre son corps, il pourrait également détendre son esprit et s’endormir enfin. Il a essayé de relaxer son corps, partie après partie, en débutant par les bras puis les jambes, le ventre, le dos et ainsi de suite jusqu’aux mâchoires, à la bouche et aux yeux. Il a constaté que tant qu’il se focalisait sur ses muscles, il ne pensait à rien d’autre, et certainement pas à ses soucis! Et lorsqu’il est enfin parvenu à détendre ses yeux, sa bouche et ses mâchoires, il a cessé de penser et s’est assoupi.

Relâcher les muscles du corps d’une manière systématique fut l’une des découvertes si simples, si intuitives et si évidentes qu’on peut s’émerveiller que personne n’ait jamais rien écrit auparavant à ce sujet. C’est une parfaite illustration de l’expérience personnelle subjective au cœur même de la science. Durant plusieurs années, Jacobson occupa son temps à valider scientifiquement sa découverte intuitive avec des mesures contrôlées de tension sous diverses conditions. Il cherchait tout particulièrement à vérifier que son système de relaxation méthodique parvenait bien à apaiser le système nerveux autonome et à diminuer la tension nerveuse. Pour une objectivité maximale, Jacobson mit au point le moyen de mesurer les minuscules courants électriques générés dans les muscles lorsqu’ils sont tendus puis, à nouveau, lorsqu’ils sont relâchés. Ses innovations sont devenues le fondement du biofeedback et de l’électromyographie, largement utilisés de nos jours pour toutes sortes de traitements et de recherches.

Dans son livre *Progressive Relaxation* paru en 1929, Jacobson présenta au monde médical sa méthode pour détendre de manière systématique tous les muscles squelettiques. Il en fit la promotion

en la qualifiant de «relaxation scientifique», parce qu'elle avait prouvé sa capacité à réduire l'anxiété et d'autres problèmes psychologiques, mais également à contribuer à prévenir des troubles médicaux sérieux (crise cardiaque, ulcère, fatigue chronique, côlon irritable, hypertension artérielle...). Ses mesures physiologiques avaient montré que les muscles lisses des organes deviennent, tout comme les muscles squelettiques, trop tendus. D'après lui, sa «rééducation» du système neuromusculaire pouvait être proposée par les médecins à la place des sédatifs (Jacobson, 1938).

En tant que médecin, il arrivait que Jacobson prescrive des sédatifs, même s'il préférait les éviter. Je pense qu'il aurait été déçu de la pratique actuelle de la médecine qui s'appuie trop sur les psychotropes.

La thérapie de Jacobson, telle que présentée dans son premier livre, nécessitait un grand nombre de cours, car il ne croyait pas que l'on puisse apprendre la relaxation «scientifique» sans l'aide d'un professionnel. Il évoluera à ce sujet et écrira plusieurs ouvrages conçus pour introduire aux profanes la relaxation progressive sous une forme pouvant être apprise par soi-même. Et il espéra que la relaxation progressive finisse par être enseignée à l'école aux enfants.

## *Il ne s'agit pas de contracté-relâché*

Dans la deuxième édition de *Progressive Relaxation* (1938), Jacobson écrit que dès que les patients ont développé une claire conscience de leur tension musculaire, ils n'ont plus besoin de contracter quoi que ce soit pour parvenir à la détente. Dans *Self-Operations Control*, un petit manuel destiné au patient qui accompagnait *Anxiety and Tension Control* (1964), un autre livre pour des médecins, Jacobson met tout particulièrement en garde contre l'habitude de contracter des muscles pour les relâcher. Dans *You Must Relax* (1970) [*Savoir relaxer: pour combattre le stress* paru en français en 1980], il termine en disant qu'il faut utiliser la règle de la «tension décroissante», à savoir contracter de moins en moins jusqu'à ne plus avoir besoin de le faire. Malheureusement, cette instruction dans le texte s'est retrouvée reléguée aux oubliettes, émise comme quelque chose que l'on dirait en passant. Dans plusieurs de ses ouvrages, Jacobson ne l'a même pas mentionnée, ce qui a abouti à l'incompréhension, largement répandue aujourd'hui, selon laquelle la contraction serait un élément intrinsèque de cette méthode et toujours nécessaire. Il en résulte que ceux qui écrivent sur la relaxation mettent en avant le «contracté-relâché» de la méthode de relaxation progressive de Jacobson, ce qui n'est pas ce qu'il voulait.

Le problème avec le contracté-relâché est qu'il est impossible de contracter un muscle sans contracter en même temps, à un certain degré, le reste du corps — et même les muscles déjà relâchés! Cela peut retarder la survenue de l'état de relaxation profonde voire vous empêcher d'y arriver. À mon sens, beaucoup de personnes savent instinctivement se relâcher et y parviennent même si elles sont stressées. En tant que massothérapeute, je trouve souvent utile d'avoir un patient capable de relaxer en toute conscience le muscle sur lequel je travaille.

Cela étant dit, s'il vous arrive de douter que vous percevez une tension dans un muscle, poursuivez et contractez-le légèrement pour vous donner un point de référence. Mais ce ne devrait être qu'un soupçon de contraction maintenu brièvement. Comme l'a dit le Dr Jacobson, il ne faut pas en faire une habitude.

## *Techniques de relâchement de la tension*

Au début, lorsque vous apprenez le relâchement actif de la tension, vous devez y porter toute votre attention. Aucune autre activité ne doit vous distraire des sensations dans vos muscles. Afin de

parvenir à l'état le plus profond de relaxation, prévoyez des séances de trente minutes à une heure, seul dans un endroit paisible où rien ne pourra vous distraire. Si vous voulez progresser rapidement, notez sur un calendrier les dates où vous avez régulièrement rendez-vous avec vous-même. Il n'y a pas plus important que la pratique.

Jacobson qualifiait la relaxation de «tranquillisant interne» (1970) plus efficace qu'un médicament et totalement dépourvu d'effets indésirables. Que l'on soit assis ou allongé, on s'endort facilement au beau milieu d'un relâchement actif de la tension, un signe que l'on évacue correctement la tension. En revanche, si des pensées vous assaillent pendant cette pratique, il vous suffit de recommencer en reportant votre attention sur vos muscles. Il se peut que ce soit nécessaire à plusieurs reprises.

Si vous êtes un être humain et non un extraterrestre, je vous garantis que vos muscles renferment des tensions inutiles. Toutefois, bien des personnes n'en ont pas conscience et vous pouvez refuser de croire que vous êtes particulièrement tendu, car vous êtes incapable de détecter des muscles noués. Ayez donc confiance en vous, car votre sensibilité et vos compétences s'amélioreront peu à peu. À chaque étape, concentrez-vous juste sur la détente progressive qui s'instaure peu à peu en des parties spécifiques de votre corps. Très vite, grâce à l'expérience, vous apprendrez comment percevoir une tension localisée en divers endroits.

### Relâchement musculaire en seize étapes

Chaque étape de cette pratique complète peut être divisée en plus petites. Par exemple, à la première étape, il vaut mieux s'occuper d'un seul avant-bras à la fois. Vous pouvez également détendre chaque avant-bras en deux étapes plutôt qu'en une, en commençant par l'arrière de l'avant-bras puis en passant à l'avant. Vous pouvez même aller jusqu'à relâcher des muscles précis. Ceux qui ont appris à bien connaître leurs muscles grâce à la thérapie par les *trigger points* peuvent devenir très bons à cela. Vous visualiserez mentalement la partie du corps que vous êtes en train de détendre. Prenez tout votre temps, au moins plusieurs minutes pour chaque étape, en profitant pleinement de cette expérience. Si vous le voulez, vous pouvez modifier l'ordre de la séquence, mais il faut toujours détendre les yeux en dernier, car ceux-ci sont aux commandes tout au long de cette pratique. Il est possible que vous sentiez vos yeux qui se croisent légèrement et se brouillent quand vous relâchez leurs tensions.

1. Avant-bras	9. Bas du dos
2. Mains	10. Milieu et haut du dos
3. Haut des bras et épaules	11. Haut des épaules
4. Jambes	12. Nuque
5. Pieds	13. Cuir chevelu et tempes
6. Cuisses	14. Mâchoires et avant du cou
7. Fesses et hanches	15. Bouche et langue
8. Ventre et poitrine	16. Front et yeux

### Relâchement musculaire en huit étapes

Cette séquence plus courte ne devrait pas prendre plus de trente à quarante secondes, mais il vaut mieux l'envisager seulement si vous êtes parfaitement à l'aise avec la version plus longue. À chacune

des huit étapes, relâchez la tension pendant que vous expirez. Seulement huit expirations peuvent suffire, mais si vous avez envie d’y consacrer plus de temps, faites quelques respirations entre chaque expiration durant laquelle vous évacuez la tension.

1. Épaules, bras et mains	5. Dos
2. Jambes et pieds	6. Nuque
3. Fesses et hanches	7. Mâchoires, tempes et bouche
4. Ventre et poitrine	8. Yeux

### Relâchement musculaire rapide en quatre étapes

Là aussi, cette séquence en quatre étapes sera plus efficace si vous maîtrisez pleinement les deux précédentes, mais vous pouvez l’essayer n’importe quand. Vous relâcherez la tension dans tout le corps à chaque expiration. Cette séance ne prend pas plus de quinze à vingt secondes. Vous pouvez l’utiliser dans pratiquement n’importe quelle situation, aussi souvent que vous le souhaitez, tout au long de la journée. Il est impossible de le faire trop souvent.

- 1. Levez les yeux vers le ciel sans bouger la tête.
- 2. Mettez-vous à l’écoute de votre tension générale durant quelques secondes.
- 3. Inspirez profondément tout en comptant lentement jusqu’à cinq.
- 4. À cinq, abaissez les yeux et fermez-les en expirant et en sentant tout votre corps bien relâché. C’est tout.

Respirez deux ou trois fois plus calmement en vous sentant de plus en plus détendu et lourd à chaque expiration, puis retournez à votre occupation. Les hypnotiseurs utilisent cette courte pratique pour une induction rapide. C’est un excellent moyen pour recentrer paisiblement votre attention sur votre tâche.

### Relâchement musculaire instantané en une étape

Petit à petit, vous deviendrez si compétent pour gérer un excès de tension musculaire que la moindre prise de conscience de l’existence d’une tension déclenchera le réflexe de s’en débarrasser. Ce relâchement musculaire instantané en une étape est la véritable «réponse de relaxation», une réponse purement physique qui ne demande aucune affirmation verbale, méditation, répétition de mantra ou connaissance de quoi que ce soit. Personnellement, je fais l’expérience de cette forme, la plus simple, d’évacuation de la tension des dizaines de fois par jour. C’est mon secret. Personne ne s’en doute, mais c’est devenu une partie intégrante de moi. Tout le monde possède déjà, à un degré ou à un autre, cette capacité innée d’éliminer des tensions dès qu’on le veut. La pratique de la relaxation systématique affinera cette faculté naturelle et vous emmènera en des endroits où vous n’auriez jamais pensé aller.

### Immersion passive en tension



D'après Edmund Jacobson, dès que vous avez appris à détecter une tension, il n'est plus nécessaire de contracter un muscle avant de le détendre. Cela peut donc sembler contradictoire que je vous propose d'encourager une tension musculaire par «l'immersion passive en tension». Mais je crois que Jacobson en aurait aimé l'idée, même s'il n'existe aucune trace dans ses écrits montrant qu'il y ait pensé.

Lorsque la tension nerveuse est importante, toute tentative d'utilisation du relâchement actif de la tension peut s'avérer très frustrante si cela n'aboutit qu'à une augmentation de la tension. Parfois, les muscles semblent décider d'eux-mêmes. Essayer de les obliger à se détendre revient à vouloir maintenir un couvercle sur une casserole d'eau bouillante. Vous parvenez à vous relaxer jusqu'à un certain stade, mais vous finissez par buter contre une barrière infranchissable. La tension dont vous vous êtes débarrassé semble vouloir revenir. Maintenir le «couvercle» se résume à un combat perpétuel et bien des personnes renoncent alors.

L'immersion passive en tension est une technique à utiliser lorsque le relâchement actif de la tension a échoué. Au lieu d'essayer de vous détendre, vous cessez de résister à la tension ou d'essayer de la supprimer. Lorsque vous êtes en proie à de l'anxiété, c'est en fait l'excès de tension musculaire qui entraîne cette sensation extrême d'inconfort qui vous motive si fortement à fuir. Faire face à cet inconfort et l'accepter est profondément thérapeutique. Si vous dites à vos muscles, «OK, je lâche prise», la tension se consumera très rapidement d'elle-même et la sensation d'anxiété sera diminuée d'une manière notable. Les tensions musculaire et nerveuse sont si intimement liées que le soulagement de la tension musculaire peut, à lui seul, vous libérer l'esprit et faciliter votre prise de décisions pour résoudre le problème à l'origine de cette anxiété (Wolpe, 1958).

Avant d'essayer l'immersion passive en tension, vous devriez développer une compétence considérable dans le relâchement actif de la tension afin d'affiner votre conscience d'une tension et de gagner en capacité à la contrôler de manière objective. Une fois maîtrisée l'immersion passive en tension, vous l'utiliserez avant tout relâchement actif de la tension lorsqu'il vous faudra faire face à un stress. Grâce à l'immersion passive en tension, vous parviendrez à surmonter cette barrière *a priori* infranchissable avec le relâchement actif de la tension. Poursuivre ensuite avec le relâchement actif de la tension vous amènera un peu plus loin dans un état de détente. Ces deux techniques se complètent l'une l'autre. Ensemble, elles fonctionnent nettement mieux que chacune séparément.

## *L'expérience de l'immersion*

Commencez par faire l'état des lieux de vos tensions. Passez mentalement en revue tous les groupes musculaires que vous relâchez normalement durant les seize étapes du relâchement actif. Mettez-vous à l'écoute de votre tension musculaire partout où elle siège. Et ne soyez pas surpris si c'est pire que ce que vous imaginiez, car c'est pratiquement toujours le cas. Notez les endroits où la tension est la plus forte — le ventre, les mâchoires et la nuque étant probablement là où elle sera la pire.

N'essayez surtout pas de vous détendre. Laissez s'exprimer la tension. Donnez-lui le droit d'exister. Ne la combattez pas. Ne lui résistez pas. Si la tension veut augmenter de façon spectaculaire comme ça avait été le cas lors de ma séance d'hypnose avec le Dr Storrow, qu'il en soit ainsi. Il est également possible qu'elle n'évolue pas, mais même si cela survient, laissez-la s'exprimer pleinement. Dites-vous qu'il s'agit d'une aventure. Soyez curieux de voir jusqu'où cela ira.

Faites particulièrement attention à votre bouche, à votre langue, à votre visage et à vos yeux où la tension est amplifiée par les pensées et les préoccupations. Vous remarquerez probablement que votre respiration est très superficielle, que vous avez tendance à retenir votre souffle. Lorsque la tension

culmine, vous aurez l'impression d'être sur le point d'exploser, surtout si c'est votre première fois. Vous pouvez commencer à vous demander jusqu'où vous serez capable de tenir, mais restez avec elle. Vivez-la le plus pleinement possible. Laissez-vous submerger par elle.

Vos muscles complètement noués vous feront peut-être mal à ce stade, mais poursuivez. Continuez de regarder et d'observer. Il est possible que vous sentiez à présent l'envie de laisser partir la tension, que vous ne parveniez pas à en supporter plus, mais continuez de tenir bon. Vous en arriverez à un stade où il vous sera devenu impossible de supporter la tension et, soudainement, celle-ci disparaîtra. Lorsque cela se produit, vous laisserez sortir l'air que vous reteniez dans vos poumons, votre poitrine s'affaîssera avec une sensation énorme de soulagement. Mais alors, tandis que vous prendrez une bouffée d'air si rafraîchissante, la tension reviendra de plus belle, tous vos muscles seront tendus comme précédemment, noués. Ne vous inquiétez pas et ne vous découragez pas, car c'est bon signe.

N'essayez pas encore de vous détendre. Laissez la tension revenir. Laissez-la exister. Ne vous y opposez pas. Bien plus rapidement cette fois-ci, la tension culminera. Mais vous constatez que ce niveau de tension n'est plus aussi important qu'auparavant, à peine plus de la moitié. Ne cherchez pas à le contrôler. Contenez-vous d'observer. Rapidement, la tension disparaîtra à nouveau, d'un coup. Est-ce la fin? Non, la voilà qui revient une fois encore, mais nettement moins. Elle atteint rapidement son maximum puis disparaît tout aussi rapidement, comme précédemment.

Attendez-vous à ce que la tension culmine encore à trois ou quatre reprises, chaque fois un peu moins violemment que la fois précédente. Il y aura un dernier petit sursaut de tension, à peine digne de ce nom. À ce stade, prenez le contrôle et commencez l'une des pratiques de relâchement actif de la tension. Vous constaterez immédiatement que vous avez franchi cette barrière impénétrable et serez surpris de l'incroyable facilité avec laquelle vous pourrez à présent vous détendre. Vous êtes enfin sorti de l'impasse dans laquelle vous vous trouviez. Le relâchement actif de la tension sera désormais nettement plus efficace et vous parviendrez à un état de relaxation qui vous semblait impossible à atteindre avant l'immersion. Au début, la totalité du déroulement de l'immersion passive en tension prend typiquement entre dix et quinze minutes. Lorsque vous aurez acquis une maîtrise suffisante, l'expérience de l'immersion demandera moins de trente secondes.

Il est très important de comprendre que l'immersion passive en tension est très exactement le contraire de la méthode du contracté-relâché, car vous ne contractez pas les muscles de manière intentionnelle. Il pourrait sembler que l'on puisse aggraver l'effet en nouant volontairement les muscles et en les laissant travailler, mais cela ne fonctionne pas ainsi. Une contraction intentionnelle tend à laisser plus de tension résiduelle que si on laisse les muscles se nouer, culminer et se détendre d'eux-mêmes. Vous pouvez craindre que des crampes apparaissent si vous encouragez la tension dans les muscles. C'est parfois vrai pour certaines personnes, mais en trente-cinq ans, je n'ai jamais eu la moindre crampe musculaire avec l'immersion passive. Paradoxalement, même si l'expérience peut sembler très intense, la quantité de tension subie par les muscles est, en fait, bien moindre que lors d'une des nombreuses activités quotidiennes, de travail ou de loisir.

En se concentrant uniquement sur la tension musculaire, l'immersion passive en tension donne une prise objective sur la tension nerveuse, laissant les questions d'ordre psychique se régler d'elles-mêmes en une conséquence naturelle d'atténuation de cette tension. Il n'est pas forcément nécessaire de s'en occuper de manière cognitive. L'immersion passive en tension semble fonctionner même sans une compréhension claire de vos réactions émotionnelles ou de leur raison d'être. L'*intention paradoxale* explique cette idée toute simple. Il s'agit d'un modèle thérapeutique introduit par Viktor Frankl, un psychiatre viennois connu pour avoir survécu aux camps de la mort nazis en ayant recours à un état d'esprit distinctement proactif, une liberté spirituelle lui permettant de faire face à la souffrance et à l'horreur.

## *Intention paradoxale*

Le Dr Frankl a employé l'expression «intention paradoxale» pour décrire l'éthique ancestrale qui consiste à remporter des victoires sur ses peurs en faisant la dernière chose au monde que l'on ait envie de faire. L'objectif est de se confronter *intentionnellement* à ce qui nous effraie. Non seulement vous vous exposez délibérément à vos craintes, mais en outre vous le souhaitez.

Ne pas réussir à faire face à ses peurs tend à les perpétuer. Éviter l'objet haï en augmente l'appréhension, car vous ne vous donnez jamais la possibilité d'apprendre à l'affronter. Par exemple, c'est une erreur de mettre des bouchons dans ses oreilles si l'on est irrité par des bruits. Penser y échapper ainsi soulage trop rapidement votre anxiété et vous enseigne que la fuite est la réponse correcte. Cela renforce en outre votre conviction qu'il faut éviter les bruits qui vous agacent parce que vous «ne les supportez pas». Peu à peu, il devient de plus en plus évident que vous ne les supportez vraiment pas. Mon travail pour apprendre à cohabiter avec les bruits consista, paradoxalement, à cultiver le désir de les entendre et à cesser de redouter la tension musculaire qu'ils provoquaient.

Fondamentalement, fuir les situations anxiogènes sape la capacité d'y faire face. Le soulagement procuré par la fuite renforce ce type de réaction et, par conséquent, vous n'avez jamais l'opportunité de devenir plus fort face à l'adversité. Afin de briser ce cercle vicieux, vous devez vous empêcher de prendre vos jambes à votre cou (Frankl, 1988).

Face à une menace ou une peur, nous n'avons *a priori* que deux choix: combattre ou fuir. Pourtant, une troisième réponse a peut-être fondamentalement plus de force, au moins dans sa potentialité, à faciliter le changement. Cette troisième réponse n'est ni le combat ni la fuite, mais une simple acceptation qui est au cœur de l'intention paradoxale et, également, de l'immersion en tension passive.

## *Au-delà du contrôle de la tension*

Une tension musculaire est présente dans l'anxiété, la colère, la phobie, la dépression, la peur et la douleur physique. Une tension musculaire permanente peut aggraver ces problèmes en vous prédisposant à devenir encore plus tendu, avec des réactions émotionnelles inappropriées à la moindre provocation. Il y a alors un effet boule de neige de cette tension qui s'auto-entretient, exacerbant la sensation d'anxiété et perpétuant non seulement la douleur physique mais également psychique. D'après Edmund Jacobson, votre impression de tension nerveuse ou d'anxiété repose essentiellement sur des sensations physiques dues à une tension incontrôlable présente dans vos muscles et vos organes internes. En substance, la tension nerveuse n'est parfois à peine plus que cette sensation intensément inconfortable de tension musculaire (Jacobson, 1938).

L'interaction entre des troubles psychiques et une tension musculaire peut constituer une boucle de rétroaction de renforcement mutuel et de perpétuation. L'immersion en tension passive et le relâchement actif de la tension peuvent alors servir à briser ce cercle vicieux et à vaincre des réactions trop émotionnelles à des problèmes. C'est ainsi que ça fonctionne avec moi si j'ai la présence d'esprit d'utiliser ce que je sais.

L'immersion en tension passive apparaît être l'élément opérationnel dans les méthodes psychothérapeutiques comme la désensibilisation systématique, la thérapie d'exposition, la cure de dégoût, la thérapie d'implosion (qui consiste à répéter en imagination des situations traumatisantes), l'apprentissage massé (apprentissage sans période de repos entre les différents essais) et la formation de sensibilisation. Toutefois, aucune n'emploie exclusivement l'acceptation consciente de la tension

musculaire. Elles s'occupent plutôt, d'une manière diffuse, de toute la gamme des émotions subjectives. L'immersion en tension passive est plus proche en concept de la méthode proposée par le médecin britannique Nicholas Malleon, pour qui il faut non seulement vivre pleinement ses peurs, mais également toutes les sensations corporelles qui les accompagnent (Malleon, 1959).

Le psychiatre Joseph Wolpe a défini l'immersion comme l'exposition prolongée intentionnelle à une anxiété relativement forte. Selon lui, c'est similaire à l'*abréaction*, un phénomène ayant une longue histoire dans les réalités humaines. Il s'agit d'extérioriser un souvenir traumatisant associé à une anxiété ou une peur. Lorsque vous décrivez cet événement, vous avez l'impression de le revivre et vous retrouvez submergé par de vives émotions. Après une abréaction, les personnes ressentent généralement un grand soulagement, une libération (Wolpe, 1958).

L'immersion en tension passive est similaire à l'abréaction en dehors du fait que, à nouveau, elle est uniquement axée sur la tension musculaire. En raison de cette focalisation mécanique, non psychologique, je crois qu'elle peut être utilisée sans risque pour une désensibilisation générale visant à traiter soi-même une tension nerveuse, de l'anxiété, de la colère et de la peur. C'est l'antithèse d'un contrôle et, pourtant, cela rend bien plus certain le contrôle final des états émotionnels négatifs. Elle devrait être utilisée dans un premier temps avec des événements imaginés alors que vous êtes seul et en sécurité, dans un endroit paisible. Dans un événement imaginé, une sorte de rêverie, vous pouvez sans risque revivre vos répulsions, vos peurs, vos phobies, vos angoisses, vos ressentiments et tout ce qui vous met sur la défensive ou vous rend tendu.

La pratique répétée de cette expérience imaginative avec l'immersion en tension passive peut diminuer l'intensité de vos réactions négatives et atténuer une tension musculaire habituelle. Dans un second temps, vous pourrez introduire petit à petit l'immersion en tension passive dans des situations réelles. J'utilise cette technique depuis des décennies et je continue d'y recourir sans la moindre conséquence négative.

Lorsqu'on emploie l'immersion en tension passive pour modérer une réaction avec tension à un problème particulier, il faut répartir son attention entre l'événement imaginé et sa tension musculaire. Commencez par ce qui vous pose le moins de problème. Si, par exemple, il s'agit d'un bruit, choisissez celui qui vous dérange le moins et progressez peu à peu jusqu'à des bruits plus perturbants. Vous devenez progressivement plus fort lorsque vous choisissez des batailles que vous pouvez gagner. Et si vous voulez débiter la journée avec un bon karma, pratiquez avant toute chose, le matin, à la fois l'immersion en tension passive et le relâchement actif de la tension, en travaillant sur un problème du moment lors d'une scène imaginée. Durant cette journée, la capacité à faire face calmement à un problème dans votre imagination améliorera votre manière de réagir à des situations réelles.

## Ce que vous pouvez en attendre

Il ne faut pas se contenter de pratiquer cette méthode de relaxation systématique en deux parties juste quelques fois pour s'attendre à guérir d'une tension nerveuse. Votre manière de réagir en crispant des muscles est devenue si inhérente qu'il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que cela disparaisse complètement. Par exemple, avoir le ventre noué en cas de problème peut survenir si rapidement que cela vous prend par surprise avant même que vous puissiez le réaliser. L'habitude, prise de longue date, de réagir à un stress par une tension dans le cou et les épaules peut être si insidieuse que vous n'en avez pas forcément conscience la plupart du temps. Le sommeil est, là aussi, une autre occasion d'être inévitablement en proie à de vieilles tensions inconscientes.

Et même lorsque vous êtes capable d'avoir recours efficacement à cette méthode dans une circonstance donnée, il vous faudra un peu de temps pour constater une amélioration générale. Toutefois, si vous persévérez, vous finirez par remarquer une diminution générale de la tension dans vos muscles et une intensité de réaction moindre aux tracasseries et aux menaces perçues.

Si votre motivation est suffisamment forte et si vous êtes capable d'appliquer avec persévérance la relaxation systématique, vous n'aurez à mon avis pas besoin de l'aide d'un professionnel. Toutefois, lorsque vos problèmes psychologiques sont intenses ou si vous faites preuve de méfiance envers la perspective d'une immersion en tension passive, ayez confiance en votre intuition et laissez tout cela en paix. Vous pouvez également trouver un conseiller qui vous y aidera. En effet, un professionnel pourrait être très intéressé par le contenu de ce chapitre. En effectuant une recherche exhaustive sur Internet et en lisant attentivement plusieurs dizaines de livres de psychologie, je n'ai trouvé aucune thérapie qui traite de l'immersion en tension passive en se focalisant de manière spécifique et exclusive sur la tension musculaire.

Vous progresserez d'autant mieux avec la relaxation systématique que vous pratiquerez régulièrement. Il est inévitable que vous allez retomber dans vos vieilles réactions habituelles, à moins de vous consacrer à en apprendre de nouvelles. La relaxation systématique doit faire partie intégrante de votre mode de vie, quelque chose que vous faites quasiment sans réfléchir. Vous constaterez que, comme l'automassage des *trigger points*, ce système est incroyablement facile dès lors que vous le comprenez, que vous développez une certaine compétence et l'intégrez pleinement dans votre vie.

Cela ne signifie pas pour autant que vous devriez rechercher à être constamment détendu. Ce n'est ni possible ni, du reste, souhaitable. La tension, même une certaine quantité de tension nerveuse sous la forme d'une action énergique, est nécessaire pour une vie pleine de sens. Ce n'est que lorsque la tension devient excessive qu'elle pose problème. Si votre objectif est de ressentir moins de douleur physique et psychique, et d'avoir moins de *trigger points*, et qu'ils soient en outre plus faciles à désactiver, l'essentiel est de vous engager à apprendre comment faire face à une tension musculaire récurrente inutile.

# Épilogue au chapitre 12

par Amber Davies

Mon père a écrit ce [chapitre 12](#) car, comme vous venez de le lire, son expérience avec le relâchement actif de la tension et l'immersion passive en tension fut aussi profonde que celle avec le massage des *trigger points*. Il a compris qu'il avait découvert un joyau caché et a voulu le faire partager au plus grand nombre. Selon lui, ces idées faisaient évoluer les concepts fondamentaux développés par Edmund Jacobson. Son plus grand espoir était que de brillants psychologues adhèrent à ces innovations, les étudient dans le cadre d'une pratique clinique puis écrivent sur leurs travaux afin de divulguer largement ces théories. Dans leur livre paru en 2003 (non traduit en français), *A Headache in the Pelvis: A New Understanding and Traitement for Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndromes* [Une céphalée dans le bassin: nouvelle compréhension et traitement pour les syndromes de la prostatite et de la douleur pelvienne chronique], les docteurs David Wise et Rodney Anderson exposent en détails une variante de la relaxation progressive qu'ils appellent «relaxation paradoxale». Cette méthode est similaire à l'immersion passive en tension dans le sens où la personne est amenée à se concentrer sur la tension dans son corps et à en accepter la présence. Ils l'utilisent dans leur clinique pour venir à bout d'une douleur pelvienne chronique. En 2010, le Dr Wise a écrit un autre ouvrage, lui aussi non traduit, *Paradoxical Relaxation: The Theory and Practice of Dissolving Anxiety by Accepting It* [Relaxation paradoxale: théorie et pratique de la disparition de l'anxiété par son acceptation], où il développe ce concept. Si vous trouvez que l'immersion passive en tension est utile, je vous incite à les lire (voir également «Pour aller plus loin» [page 337](#)).

# Glossaire

- Abducteur** Muscle qui éloigne l'os du plan médian du corps.
- Abduction** Mouvement qui éloigne du plan médian du corps. Contraire d'adduction.
- Acromion** Extrémité proéminente de l'omoplate qui s'étend latéralement à partir de l'épine scapulaire (de l'omoplate) pour s'articuler à la clavicule.
- Adducteur** Muscle qui rapproche l'os du plan médian du corps.
- Adduction** Mouvement qui rapproche du plan médian du corps. Contraire d'abduction.
- Adhérence** Formation fibroblastique provoquée par une déchirure, une rupture de fibres de collagène suite à un traumatisme ou une immobilisation ou encore la conséquence d'un traitement chirurgical.
- Agoniste** Dans une action, muscle qui produit le mouvement d'une articulation par opposition au muscle antagoniste. Un muscle peut être tantôt agoniste et tantôt antagoniste. Par exemple, lors de l'extension du coude, le triceps se contracte et le biceps s'étire. Le triceps est agoniste et le biceps antagoniste. Mais lors de la flexion du coude, le triceps s'étire et le biceps se contracte. Le triceps est alors antagoniste et le biceps agoniste. Voir également antagoniste.
- Aigu** Symptôme de survenue récente (heures, jours ou deux-trois semaines).
- Antagoniste** Dans une action, muscle qui agit de façon opposée au muscle agoniste pour freiner le mouvement d'une articulation, pour le contrebalancer. Voir également agoniste.
- Antérieur** Vers l'avant du corps. Contraire de postérieur.
- Aponévrose** Enveloppe de tissu fibreux blanc composé de fibres de collagène qui relie un muscle à l'os ou qui sépare deux muscles contigus de deux plans musculaires différents.
- Apophyse** Protubérance d'une structure anatomique, généralement pour l'insertion de muscles et de ligaments.
- Apophyse coracoïde** Éminence osseuse épaisse, incurvée, à l'extrémité du bord supérieur de l'omoplate faisant saillie sur l'avant, près de l'humérus (os du bras).
- Apophyse épineuse** Projection postérieure à partir du centre d'un arc vertébral palpable et visible à travers la peau du cou et du dos. Ce que la plupart appellent épine dorsale.
- Apophyse transverse** Projection osseuse de part et d'autre d'une vertèbre, située à la jonction où une lame jouxte un pédicule. On en compte deux par vertèbre. Palpable sur les côtés du cou.
- Articulation** Point de contact de deux os ou plus.
- Bande de tension** Groupe de fibres musculaires tendues, contractées dans lequel siège un *trigger point*.



- Basculé antérieure (ou antéversion)** Partie antérieure de la structure inclinée vers l'avant. Une bascule de la hanche accentuée par une lordose lombaire (ensellure lombaire) entraîne une bascule antérieure du bassin (inclinaison du bord supérieur vers l'avant). Il est possible qu'un seul côté du bassin soit penché.
- Caudal** Près de la partie inférieure du corps.
- Cervical** Qui se rapporte à la région du cou ou aux sept premières vertèbres de la colonne vertébrale.
- Chef** S'agissant d'un muscle, corps musculaire, également appelé ventre (sa partie centrale renflée) ou faisceau, et son tendon associé. Par exemple, le biceps brachial a dans sa partie haute deux origines (points d'insertion) différentes, ce qui donne lieu à deux chefs musculaires.
- Chronique** Trouble qui dure trois à six mois voire plus.
- Clavicule** Os long et incurvé pratiquement horizontal à la première côte.
- Coccyx** Les trois à cinq dernières vertèbres de la colonne vertébrale.
- Coiffe des rotateurs** Structure musculo-tendineuse qui encercle l'articulation de l'épaule et la renforce. Composée des muscles sous-épineux, sus-épineux, sous-scapulaire et petit rond.
- Compression ischémique (pression statique)** Pression sur un point douloureux pendant un certain temps ou jusqu'à percevoir une réaction. Remplacé par une nouvelle technique de Travell et Simons appelée «relâchement par compression du *trigger point*».
- Contracté-relâché** Contraction musculaire volontaire légère suivie d'une relaxation avec incitation à l'élongation du muscle.
- Contraction concentrique** Contraction du muscle qui entraîne un raccourcissement des fibres et, par conséquent, un rapprochement des points d'insertion des muscles sur les os.
- Contraction excentrique** Contraction durant laquelle le muscle s'allonge, quand un mouvement est freiné par des muscles opposés à ce mouvement, car il y a un éloignement des insertions musculaires.
- Contraction isolée** Contraction musculaire concentrique que l'on utilise pour localiser un muscle spécifique.
- Contraction isométrique** Contraction sans raccourcissement du muscle, où seule la tension augmente.
- Contracture (de muscle)** Activation intrinsèque soutenue des éléments contractiles des fibres musculaires. Avec la contracture, le raccourcissement du muscle survient en l'absence de commande motrice.
- Controlatéral** Situé du côté opposé du corps ou affectant ce côté du corps.
- Crête iliaque** Bord supérieur de l'aile iliaque (de la hanche) et extrémité supéro-latérale (en haut vers l'extérieur) du grand bassin. On peut toucher cette partie de l'os de la hanche sur les côtés et l'arrière.
- Décubitus dorsal** Position allongé sur le dos, par exemple sur une table de soins.
- Décubitus ventral** Position allongé sur le ventre, par exemple sur une table de soins.
- Dermatome** Zone de peau en forme de bande innervée par les fibres sensitives provenant d'un unique nerf spinal (nerf sortant entre deux vertèbres).

**Distal** Éloigné, à distance du point d'origine, par opposition à proximal. Généralement plus bas et loin du plan médian du corps.

**Dorsal** En référence à l'arrière du corps ou sa partie postérieure (ou au dessus du pied).

**Dorsiflexion** Flexion du pied et des orteils vers l'avant de la jambe.

**Douleur référée** Douleur ressentie à distance, dans un endroit différent du foyer local de lésion.

**Entorse** Lésion traumatique d'une articulation avec étirement excessif ou déchirure partielle d'un ligament.

**Épine iliaque antéro-supérieure** Projection osseuse la plus proéminente à l'avant du bassin.

**Épine scapulaire** Structure osseuse palpable, presque horizontale, à l'arrière de l'omoplate.

**Étirement isolé actif (EIA)** Méthode d'étirement qui consiste en la contraction active d'un muscle agoniste, ce qui entraîne l'élongation d'un muscle opposé, antagoniste. On y ajoute un étirement additionnel passif durant deux secondes uniquement. Utilise le principe de l'inhibition réciproque.

**Étirer** Fait d'allonger le tissu musculaire.

**Éversion** Fait de tourner la plante du pied vers l'extérieur ou latéralement.

**Facilitation neuromusculaire proprioceptive (FNP)** Combinaison d'étirement passif et de contraction isométrique d'un groupe musculaire. Augmente la rééducation neurologique impliquant des schémas de mouvements en diagonale et en spirale (l'étirement n'est qu'une partie de cette technique).

**Facteurs perpétuants** Facteurs qui maintiennent un état ou un schéma dysfonctionnel, par exemple des facteurs de stress mécaniques, un déséquilibre nutritionnel, des facteurs psychologiques, une infection chronique ou le pincement d'un nerf.

**Fascia** Membrane fibreuse, formée de tissu conjonctif, qui enveloppe, soutient, relie et sépare les muscles, mais également les nerfs, les os, les vaisseaux sanguins...

**Fémur** Os de la cuisse; l'os du corps le plus long et le plus gros.

**Flexion latérale** Fait de se pencher, de s'incliner sur le côté. Décrit généralement le mouvement de rapprochement de la tête vers l'épaule et, également, le mouvement du tronc qui s'éloigne du plan médian anatomiquement neutre.

**Flexion plantaire** Fait de pointer les orteils vers le bas.

**Foramen** Orifice ou passage naturel dans un os pour des vaisseaux et des nerfs.

**Fosse** Dépression profonde.

**Foulure** Lésion traumatique d'une articulation avec étirement excessif ou déchirure partielle d'un muscle ou d'un tendon.

**Frottement** Mouvement d'avant en arrière ou circulaire qui fait bouger les tissus adjacents en relation les uns avec les autres.

**Grand trochanter du fémur** Grosse apophyse (relief osseux) plate à l'extrémité du fémur.

**Homolatéral** Situé du même côté du corps. Également appelé ipsilatéral.

**Humérus** Os long du bras qui s'étend de l'épaule au coude.

**Inhibition réciproque** Principe neurologique du système neuromusculaire fondé sur la loi de Sherrington. Lorsqu'un muscle se contracte, le cerveau permet à son muscle opposé (antagoniste) de se relâcher en inhibant sa tension musculaire.

**Inversion** Fait de tourner la plante du pied vers l'intérieur ou médialement.

**Jonction neuromusculaire** Lieu de l'interaction entre un nerf moteur et une fibre musculaire.

**Latéral** (ou externe) Éloigné du plan médian du corps, par opposition à médian.

**Ligament** Tissu mou, dense qui relie un os à un autre os. Procure de la stabilité aux articulations.

**Lombaire** Qui concerne la région des lombes, du bas de la colonne vertébrale, entre les côtes et le bassin. Il existe cinq vertèbres lombaires.

**Médial (ou interne)** En direction du plan médian du corps, par opposition à latéral.

**Médian** Situé dans la partie centrale du corps, près du plan médian.

**Métacarpien** Les cinq os de la paume de la main, formant le métacarpe, entre les os carpiens du poignet et les phalanges des doigts.

**Métatarsien** L'un des cinq os de la moitié antérieure du pied, formant le métatarse, entre les os tarsiens et les phalanges des orteils.

**Myofascial** Qui concerne le muscle squelettique entouré d'une gaine de tissu conjonctif fibreux appelé fascia.

**Nerf moteur** Nerf qui permet le mouvement, grâce à qui des influx nerveux transmis aux muscles. Également appelé nerf efférent.

**Nerf sensitif** Axone qui transmet des informations du muscle au centre nerveux.

**Omoplate** Grand os plat et triangulaire qui forme l'arrière de l'épaule. Parfois appelée scapula.

**Plan médian** Plan invisible qui divise le corps en deux côtés égaux, gauche et droit.

**Plantaire** Qui se situe à la plante ou dessous du pied.

**Plexus** Réseau de nerfs et de vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

**Position anatomique** Posture du corps debout, les bras le long du corps et les paumes tournées vers l'avant. Également appelé «position anatomique neutre».

**Position neutre** Position anatomiquement neutre.

**Postérieur** Vers l'arrière du corps, par opposition à antérieur.

**Posture tête vers l'avant** Projection de la tête vers l'avant, au-delà de la ligne de gravité, due à l'extension des vertèbres cervicales supérieures et à la flexion des vertèbres cervicales inférieures.

**Potentiel d'action** Phénomène électrique le long des axones qui provoque l'échange d'ions entre l'intérieur et l'extérieur de la membrane des cellules nerveuses ou neurones.

**Pronation** Fait de tourner la paume de la main vers le bas, par opposition à supination. Se dit également pour le pied: mouvement par lequel le pied se tourne, la plante étant dirigée vers le côté externe.

**Proximal** Vers le centre du corps, par opposition à distal.

**Profond** Loin de la surface. Contraire de superficiel.

**Réponse locale de contraction** Contraction passagère d'un petit groupe de fibres musculaires tendues associée à un *trigger point*. Généralement créée par la compression d'un *trigger point* ou l'insertion d'une aiguille d'acupuncture sur un tel point. Indique la présence d'un *trigger point* dans ces fibres musculaires.

**Rétroversion** Bascule postérieure du bassin.

**Rotation** Mouvement autour d'un axe fixe, par exemple lorsqu'on tourne la tête.

**Rotation externe** Mouvement de rotation autour de l'axe longitudinal d'un os qui s'éloigne du plan médian du corps. Également appelé rotation latérale ou rotation vers l'extérieur. Par exemple: pour tourner le pied vers l'extérieur (comme un danseur en première position), l'os de la cuisse doit effectuer une rotation externe dans la cavité articulaire de la hanche

**Rotation interne** Mouvement de rotation autour de l'axe longitudinal d'un os en direction du plan médian du corps. Également appelé rotation vers l'intérieur. Par exemple: pour poser la paume de votre main sur le nombril, l'humérus (os du bras) doit tourner vers l'intérieur dans l'articulation de l'épaule.

**Rotation latérale** Fait de tourner l'avant du bras ou la jambe pour l'éloigner du plan médian du corps, par opposition à rotation interne. Également appelée rotation externe.

**Sarcomère** Plus petite unité de contracture musculaire.

**Schéma de douleur primaire** Zone de douleur référée (à distance) résultant d'un *trigger point* primaire.

**Spasme** Contraction involontaire, soudaine d'un muscle ou d'un groupe de muscles.

**Supination** Action consistant à tourner la paume de la main vers le haut, comme si vous vouliez boire de l'eau dans votre main. Se dit également pour le pied: mouvement par lequel le bord interne du pied se relève, la plante étant tournée du côté interne.

**Syndrome myofascial douloureux (SMD)** Symptômes sensoriels, moteurs et autonomes (neuro-végétatifs) provoquant une douleur chronique causés par des contractions fasciales et la présence de nombreux *trigger points* myofasciaux.

**Synergique** Muscle qui fait la même action qu'un autre.

**Tarsien** L'un des sept os de la cheville qui forment le tarse.

**Tendinite** Inflammation d'un tendon. Rougeur, chaleur et gonflement sont présents sur l'endroit douloureux.

**Tendinose** Douleur au niveau du point d'insertion d'un tendon ou à la jonction entre un muscle et un tendon.

**Tendon** Tissu fibreux qui relie des muscles à des os.

**Thoracique** Qui concerne le thorax ou torse. Il existe douze vertèbres thoraciques, une pour chaque côte.

**Trigger point (voir également trigger point myofascial)** Point localisé, hypersensible, situé dans une bande de tension. Ce point est douloureux à la compression et peut entraîner une douleur référée caractéristique, selon des schémas prévisibles, une sensibilité référée et/ou un

dysfonctionnement moteur (neuro-végétatif). Localisation nouée dans le muscle qui reste contractée en permanence suite à un traumatisme, une sollicitation excessive, une tension psychique ou d'autres stimuli.

**Trigger point actif** Point, appelé *trigger point*, source d'une douleur clinique. Toujours sensible, empêche l'étirement complet du muscle, l'affaiblit et peut être associé à une douleur reconnue par le patient avec une compression directe (de dix à quinze secondes ou plus). À ne pas confondre avec un *trigger point* passif ou latent.

**Trigger point myofascial** Point hypersensible du muscle squelettique associé à un nœud perçu dans une bande en tension, douloureux à la compression et pouvant entraîner une douleur référée caractéristique, une sensibilité référée et/ou un dysfonctionnement moteur.

**Trigger point passif (ou latent)** *Trigger point* myofascial cliniquement silencieux en ce qui concerne la douleur. Peut provoquer une raideur, un raccourcissement du muscle et d'autres phénomènes autonomes. À ne pas confondre avec un *trigger point* actif.

**Trigger point primaire** *Trigger point* myofascial activé directement par le surmenage chronique ou ponctuel mais important d'un muscle ou par la sollicitation répétée et excessive de ce muscle. Ne résulte pas de l'activité d'un *trigger point* dans un autre muscle.

**Trigger point satellite** *Trigger point* myofascial d'origine neurogène ou mécanique résultant de l'activité d'un *trigger point* primaire.

**Tubérosité** Protubérance relativement grosse sur un os.

**Tubérosité ischiatique** Chaque côté de la partie postéro-inférieure de l'os du bassin qui soutient le poids du corps en position assise, formé par les protubérances osseuses de l'ischion (partie de l'os iliaque ou coxal, le principal os de la hanche).

**Zone de douleur essentielle** Schéma de douleur référée primaire (par opposition à schéma de débordement, beaucoup moins courant).

# Pour aller plus loin

## Bibliographie

- Carrio Christophe, *Savoir s'étirer*, Thierry Souccar éditions, Vergèze, 2010.
- Chaitow Leon et Walker DeLany Judith, *Clinical Application of Neuromuscular Techniques: The Lower Body*, Churchill Livingstone, Édimbourg (Écosse), 2011.
- Chaitow Leon et Walker DeLany Judith, *Clinical Application of Neuromuscular Techniques: The Upper Body*, Churchill Livingstone, Édimbourg (Écosse), 2008.
- Chaitow Leon, *Mieux vivre dans le monde moderne: défendez votre santé dans un monde pollué*, traduit de l'anglais par Claire Beauvillard, Robert Laffont, Paris, 1990.
- Chaitow Leon, *Soulagement instantané de la douleur par auto-traitement des points de déclic*, Éditions Sélect, Montréal (Canada), 1982.
- Clay James H. et Pounds David M., *Massothérapie clinique – incluant anatomie et traitement*, traduit de l'anglais par le docteur Jean-Luc Pradel, Maloine, Paris, 2008.
- Davies Clair, *The Frozen Shoulder Workbook: Trigger Point Therapy for Overcoming Pain and Regaining Range of Motion*, New Harbinger Publications, Oakland, CA (États-Unis), 2006.
- DeLaune Valerie, *Pain Relief with Trigger Point Self-Help*, North Atlantic Books, Berkeley, CA (États-Unis), 2011.
- Dommerholt et Huijbrecht Jan Peter, *Myofascial Trigger Points: Pathophysiology and Evidence-Informed Diagnosis and Management*, Jones and Bartlett, Burlington, MA (États-Unis), 2011.
- Hérisson C., Vautravers P. et Maigne J.-Y., «Syndromes myofasciaux du cou» in *Rachis cervical et thérapies manuelles*, Sauramps Médical, Montpellier, 2005.
- Lowe Whitney, *Orthopedic Massage: Theory and Technique*, Elsevier Publications, Oxford (Royaume-Uni), 2009.
- Mense Siegfried et Gerwin Robert D., *Muscle Pain: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, NY (États-Unis), 2010.
- Mense Siegfried et Gerwin Robert D., *Muscle Pain: Understanding the Mechanisms*, Springer, New York, NY (États-Unis), 2010.
- Muscolino Joseph E., *Manuel de palpation osseuse et musculaire – points gâchettes, zones de projection et étirements*, traduit de l'anglais par Michel Pillu, Annie Gouriet et Jean-Louis Estrade, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010. (<http://www.learnmuscles.com>)
- Netter Frank, *Atlas d'anatomie humaine*, 5<sup>e</sup> édition, traduit de l'anglais par Pierre Kamina, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011.
- Parks Tim, *Le Calme retrouvé*, traduit de l'anglais par Isabelle Reinharez, Actes Sud, Arles, 2012. (Livre sur la relaxation paradoxale.)

- Sauer Sharon et Biancalana Mary, *Trigger Point Therapy for Low Back Pain: A Self-Treatment Workbook*, New Harbinger Publications, Oakland, CA (États-Unis), 2010.
- Shifflett C.M., *Migraine Brains and Bodies: A Comprehensive Guide to Solving the Mystery of Your Migraines*, Round Earth Publishing, Sewickley, PA (États-Unis), 2011.
- Simons David, Travell Janet G. et Simons Lois S., *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires* (Tome 1: Hémicorps supérieur, tête, tronc et membre supérieur, Tome 2: Le membre inférieur), traduit de l'anglais par Jérôme Taillandier et Jean-François Bourse, Éditions Haug International, Bruxelles (Belgique), 1993.
- Storror Hugh, *Introduction to Scientific Psychiatry: a Behavioristic Approach to Diagnosis and Treatment*, McGraw-Hill Inc., États-Unis, 1967.
- Vincent Karl, «Les souffrances musculaires en thérapie manuelle: revue de la littérature» in *Kinésithérapie Scientifique*, Paris, avril 2002, n° 421, p. 7-15.
- Vizniak Nikita, *Quick Reference Evidence-Based Muscle Manual*, Burnaby, BC (Canada), Professional Health Systems, 2011. (<http://prohealthsys.com/site>)
- Waslaski James, *Clinical Massage Therapy: A Structural Approach to Pain Management*, Pearson, Boston (États-Unis), 2012.
- Werner Ruth, *A Massage Therapist's Guide to Pathology*, 5<sup>e</sup> édition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie, PA (États-Unis), 2013.
- Wise David, PhD et Anderson Rodney, MD, *A Headache in the Pelvis: A New Understanding and Treatment for Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndromes*, National Center for Pelvic Pain, Occidental, CA (États-Unis), 2003.
- Wise David, PhD, *Paradoxical Relaxation: The Theory and Practice of Dissolving Anxiety by Accepting It*, National Center for Pelvic Pain, Occidental, CA (États-Unis), 2010.
- Ylinen Jari, préface de Leon Chaitow, *Étirements musculaires en thérapie manuelle – théorie pratique*, traduit de l'anglais par Michel Pillu, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2009.

## Sites Internet

### Sur la douleur

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, ANAES, Service des recommandations et références professionnelles, février 1999, <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>

Esparza Wilmer, *Points de déclenchement myofascial: Les Effets de la compression ischémique manuelle sur le seuil de la douleur et le contrôle du mouvement du membre supérieur*, thèse de doctorat soutenue à l'université d'Orléans, 2010, [http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/41/78/PDF/wilmer.esparza\\_yanez\\_1900.pdf](http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/41/78/PDF/wilmer.esparza_yanez_1900.pdf)

### Sur la contraction musculaire

<http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/contractionmuscle/contractmuscle.htm>



[http://www.ac-  
rennes.fr/pedagogie/svt/cartelec/cartelec\\_lyc/terminale\\_s/metabolisme/troponine/troponine.htm](http://www.ac-rennes.fr/pedagogie/svt/cartelec/cartelec_lyc/terminale_s/metabolisme/troponine/troponine.htm)

## **Sur la fasciathérapie**

[http://www.fasciatherapie-patient.com/wp-content/uploads/2014/08/traduction\\_article\\_fascia01.pdf](http://www.fasciatherapie-patient.com/wp-content/uploads/2014/08/traduction_article_fascia01.pdf)

[http://www.ankf.fr/dotclear/index.php?post/2013/08/09/Conférences-de-la-société-de-recherche-sur-le-fascia-\(Fascia-Research-Society\)](http://www.ankf.fr/dotclear/index.php?post/2013/08/09/Conférences-de-la-société-de-recherche-sur-le-fascia-(Fascia-Research-Society))

## ***En anglais***

<http://www.anatomytrains.com>

Sur l'évaluation posturale

<http://centredevaluationposturale.fr>

<http://www.myoactif.com/evaluation-posturale>

<http://www.arthrolink.com/actualites/revue-de-presse/premier-centre-evaluation-posturale-francais>

<http://www.chiroholistique.com/fr/services/evaluation-posturale>

## **Sur la relaxation paradoxale**

<http://phil443.unblog.fr/2008/02/26/la-relaxation-pelvienne-et-la-prostatite-chronique>

## **Sur l'anatomie**

## ***En anglais***

*Anatomy Trains: Myofascial Meridians*, «Bodyreading 101», 3 DVD disponibles sur <http://www.anatomytrains.com/store/dvds/bodyreading-101-dvd>

*Acland's DVD Atlas of Human Anatomy* (2003) et *Acland's Video Atlas of Human Anatomy* (1995), Robert Acland, disponibles respectivement sur <http://www.amazon.com> et <http://aclandanatomy.com>

## ***En français***

*Bases d'anatomie fonctionnelle en 3D* (livre + DVD), Patrice Thiriet et Olivier Rastello, De Boeck, Paris-Bruxelles, 2008.

**Corps humain virtuel:** <http://www.ikonet.com/fr/sante/corpshumainvirtuel/corpshumainvirtuel.php>

Les secrets du corps humain, [http://www.lecorpshumain.fr/corpshumain/images\\_3d.html](http://www.lecorpshumain.fr/corpshumain/images_3d.html)

[http://www.dailymotion.com/video/xg6hiw\\_incroyable-corps-humain-1\\_tech](http://www.dailymotion.com/video/xg6hiw_incroyable-corps-humain-1_tech)

[http://www.dailymotion.com/video/xg6i1s\\_incroyable-corps-humain-2\\_tech](http://www.dailymotion.com/video/xg6i1s_incroyable-corps-humain-2_tech)

[http://www.dailymotion.com/video/xbegt5\\_incroyable-corps-humain-3\\_lifestyle](http://www.dailymotion.com/video/xbegt5_incroyable-corps-humain-3_lifestyle)

## **Mobilier et accessoires ergonomiques**

Équilibre, <http://www.equilibre-france-ergonomie.fr>

Ergotron, <http://www.ergotron.fr>

GDLE ergonomie, <http://boutique.gdle.net>

# Orthèses plantaires

Traitement du syndrome de Morton (vente en gros et au détail)

<http://www.mortonsfoot.com> (site en anglais)

## Accessoires de massage

### *Backnobber*

<http://www.medicalsportsport.co.uk/product-category/massage/self-massage>

<http://www.pressurepositive.com>

<http://www.triggerpointproducts.com/self-treatment-tools.html>

### *Body Back Buddy*

<http://www.amazon.fr/Body-Back-Company-10100000003-Buddy/dp/B0006VJ6TO>

<http://www.bodytools.com/products/Ultimate-Body-Back-Buddy.html>

### *Balles rebondissantes*

<http://www.cirque-materiel-jonglerie.fr/pa2694/balles-de-rebond>

<http://www.netjuggler.net/acheter/balle-rebond-gforce-65mm.html>

<http://www.amazon.fr/Balle-%C3%A9ponge-rebondissante-Pinky-Ensemble/dp/B0087P27II>

<http://www.rinovelty.com>

<http://www.ssw.com>

<http://www.triggerpointproducts.com>

### *Ballons de gymnastique*

<http://www.fitnessboutique.fr>

<http://www.nutriwellness.fr>

### *Knobble*

<http://www.pressurepositive.com/The-Knobble-II.aspx>

<http://www.triggerpointproducts.com/self-treatment-tools/the-knobble-ii.html>

### *Shemala Fingers*

<http://www.goacupuncture.com/shemala-finger-massager>

<http://www.massager-machines-and-more.com/shemara-finger.htm>

<http://www.bodytools.com/products/Shemala-Thumbs.html>

## *Myofree*

L'outil idéal pour traiter le syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-maxillaire

<http://www.pressurepositive.com/The-MyoFree-Solution.aspx>

## *Bâton de massage*

<http://www.christophe-carrio.com/boutique>

<http://www.amazon.fr>

## *Canne de massage Thera Cane*

<http://www.parapharmaciefrance.com>

[http://www.theracane.com/TCmanual\\_French.pdf](http://www.theracane.com/TCmanual_French.pdf)

## *Bâton de massage Tiger Tail*

<http://www.amazon.fr>

<http://de.racingtheplanet.com/store/zensah-tiger-tail-rolling-massager.html>

## *Divers accessoires*

<http://www.christophe-carrio.com/boutique>

<http://www.planet-fitness.fr/fr/106-trigger-point>

# Thérapeutes

## **Aux États-Unis – Site de l'auteure (en anglais)**

Outre les liens vers des annuaires de thérapeutes, le site d'Amber Davies donne des informations sur les symptômes et leur traitement, indique où se procurer les différents accessoires de massage et propose des stages à destination des patients et des thérapeutes.

[www.triggerpointbook.com](http://www.triggerpointbook.com)

## **En France**

Annuaire thérapeutes

<http://www.annuaire-therapeutes.com>

Association nationale des kinésithérapeutes fasciathérapeutes (ANKF)

<http://www.ankf.fr>

Médecines douces

<http://www.medecines-douces.eu/annuaire/index-2-praticien-22-10022-fasciatherapie.html>

## **Formations**

### **Dans le monde entier**

Kinaxis.fr, le site dédié aux kinésithérapeutes

<http://www.kinaxis.fr/formation.php>

David G. Simons Academy

<http://www.dgs.eu.com/fr/formation/le-nouveau-programme-detudes.html>

Institut de thérapie manuelle neuro-orthopédique (TMNO)

<http://www.tmno.ch/html/ptm.html>

### **En France**

(liste non exhaustive)

Association pour l'information scientifique et technique en rééducation (Alister)

[http://alister.org/formation/therapie\\_manuelle\\_trigger\\_point\\_4/Traitement\\_manuel\\_des\\_trigger-points\\_myofasciaux.html](http://alister.org/formation/therapie_manuelle_trigger_point_4/Traitement_manuel_des_trigger-points_myofasciaux.html)

Cercle d'étude de recherche et de prospective en kinésithérapie (CERPK)

<http://www.cerpk.com/documents/TherapieMyofasciale2014.pdf>

Cercle d'étude en kinésithérapie Centre Bretagne (CEKCB)

<http://www.cekcb.fr/therapie-manuelle/therapie-manuelle-des-fascias>

Cercle d'études Vendée-Atlantique de kinésithérapie (CEVAK)

<http://www.cevak.net>

Enseignement permanent en kinésithérapie de Montpellier (EPK)

<http://alain-marzolf.com/category/formations>

Format'kiné

<http://www.formatkine.fr/formation/index/11/14>

Institut de thérapie manuelle Paris (ITMP)

<http://www.itmp.fr/formations/fif-pl-et-dpc/trigger-points/>

Kiné&Formations

[http://www.kine-formations.com/Les-Points-Trigger-Myofasciaux\\_a882.html](http://www.kine-formations.com/Les-Points-Trigger-Myofasciaux_a882.html)

Pôle normand de formation en kinésithérapie (PNFK)

<http://www.pnfk.org/pages/content/trigger-point-initiation.html>

# Références bibliographiques

- Baker, B. A., «The Muscle Trigger: Evidence of Overload Injury», *Journal of Neurological and Orthopedic Medicine and Surgery*, 7: 35-44, 1986.
- Bell, W. E., «Clinical Diagnosis of the Pain-Dysfunction Syndrome», *Journal of the American Dental Association*, 79: 154-160, 1969.
- Birch, S., «Trigger Point: Acupuncture Point Correlations Revisited», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, n° 1: 91-103, 2003.
- Birch, S., «On the Impossibility of Trigger Point-Acupoint Equivalence: A Commentary on Peter Dorsher's Analysis», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14, n°4: 343-345, 2008.
- Bochetta, A., F. Bernardi, M. Pedditzi, A. Loviselli, F. Velluzzi, E. Martino et M. Del Zompo, «Thyroid Abnormalities during Lithium Treatment», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 193-198, 1991.
- Bonica, J. J. et A. E. Sola, «Other Painful Disorders of the Upper Limb» in *The Management of Pain*, 2<sup>e</sup> éd., édité par J. J. Bonica, J. D. Loeser, C. R. Chapman *et al.*, 947-958, 1114-1133, Philadelphie: Lea & Febiger, 1990.
- Cailliet, R., 1966, *L'Épaule*, traduit de l'anglais par J.-P. Biaisser, Paris: Masson, 1976.
- Cantu, R. I. et A. J. Grodin, *Myofascial Manipulation: Theory and Clinical Application*, Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1992.
- Chaitow, L., «The Pelvic Floor Paradox», *Massage Today*, 6, n° 12, [www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=13515](http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=13515), 2006.
- Chaitow, L. et S. Fritz, *A Massage Therapist's Guide to Understanding, Locating, and Treating Myofascial Trigger Points*, Édimbourg, Écosse: Churchill Livingstone/Elsevier, 2006.
- Chaitow, L. et R. L. Jones, *Chronic Pelvic Pain and Dysfunction: Practical Physical Medicine*, Édimbourg, Écosse: Churchill Livingstone, 2012.
- Crow, N. E. et B. G. Brodgon, «The "Normal" Lumbosacral Spine», *Radiolog*, 72: 97, 1959.
- Curl, D. D., «Discovery of a Myofascial Trigger Point in the Buccinator Muscle: A Case Report», *Journal of Craniomandibular Practice*, 7, n° 4: 339-345, 1989.
- Danneskiold-Samoe, B., E. Christiansen et R. B. Andersen, «Regional Muscle Tension and Pain ("Fibrositis")», *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 15: 17-20, 1983.
- Davies, C., *The Frozen Shoulder Workbook: Trigger Point Therapy for Overcoming Pain and Regaining Range of Motion*, Oakland, Californie: New Harbinger Publications, 2006.
- Dobrik, I., «Disorders of the Iliopsoas Muscle and Its Role in Gynecological Diseases», *Journal of Manual Medicine*, 4: 130-133, 1989.
- Dommerholt, J., «Dry Needling: Peripheral and Central Considerations», *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 19, n° 4: 223-227, 2011.

- Dommerholt, J., C. Bron et J. Franssen, «Myofascial Trigger Points: An Evidence-Informed Review» in *Myofascial Trigger Points: Pathophysiology and Evidence-Informed Diagnosis and Management*, édité par Jan Dommerholt et Peter Huijbregts, Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
- Dommerholt, J. et C. Fernández de las Peñas, *Trigger Point Dry Needling: An Evidence-Based Approach*, Édimbourg, Écosse: Elsevier, 2013.
- Dorsher, P., «Trigger Points and Acupuncture Points: Anatomic and Clinical Correlations», *Medical Acupuncture*, 17, n° 3, <http://www.myofascialtherapy.massagetherapy.com/trigger-points-and-acupuncture-points-medical-article>, 2006.
- Edeiken, J. et C. C. Wolferth, «Persistent Pain in the Shoulder Region Following Myocardial Infarction», *American Journal of Medical Science*, 191: 201-210, 1936.
- Epstein, S. E., L. H. Gerber et J. S. Borer, «Chest Wall Syndrome: A Common Cause of Unexplained Cardiac Pain», *Journal of the American Medical Association*, 241: 2793-2797, 1979.
- Fishbain, D. S., M. Goldberg, B. R. Meagher, R. Steele et H. Rosomoff, «Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria», *Pain*, 26: 181-197, 1986.
- Fitzgerald M. P., R. U. Anderson, J. Potts, C. K. Payne, K. M. Peters, J. Q. Clemens *et al.*, «Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes», *Journal of Urology*, 182: 570-580, 2009.
- Foster, D. W. et A. H. Rubenstein, «Hypoglycémie, Insulinome et autres tumeurs pancréatiques sécrétant des hormones» in *Principes de médecine interne*, édité par K. J. Isselbacher, R. D. Adams, E. Braunwald *et al.*, traduction de la 9<sup>e</sup> édition américaine, 3<sup>e</sup> édition française, Paris: Flammarion, 1982.
- Frankl, V. E., *Nos raisons de vivre – À l'école du sens de la vie*, traduit de l'anglais par George-Elia Sarfati, Éditions de l'Homme, Paris: InterÉditions, 2009.
- Frankl, V. E., *Découvrir un sens à sa vie – avec la logothérapie*, traduit de l'anglais par Clifford J. Bacon et Louise Drolet, Éditions de l'Homme, Montréal, 1988.
- Fulton, J. F., *Howell's Textbook of Physiology*, 15<sup>e</sup> éd., Philadelphie: W. B. Saunders, 1947.
- Ge, H. Y., Y. Wang, B. Danneskiold-Samsoe, T. Graven-Nielsen et L. Arendt-Nielsen, «The Predetermined Sites of Examination for Tender Points in Fibromyalgia Syndrome Are Frequently Associated with Myofascial Trigger Points», *Journal of Pain*, 11, n° 7: 644-651, 2010.
- Gerwin, R. D., «A Study of 96 Subjects Examined Both for Fibromyalgia and Myofascial Pain [résumé]», *Journal of Musculoskeletal Pain*, 3 (suppl. 1): 121, 1995.
- Good, M. G., «The Role of Skeletal Muscles in the Pathogenesis of Diseases», *Acta Medica Scandinavica*, 138: 285-292, 348-353, 1950.
- Graff-Radford, S., B. Jaeger et J. L. Reeves, «Myofascial Pain May Present Clinically as Occipital Neuralgia», *Neurosurgery*, 19, n° 4: 610-613, 1986.
- Gray, J. C., «Visceral Referred Pain to the Shoulder», chap. 13 de *Physical Therapy of the Shoulder*, 4<sup>e</sup> éd., édité par R. A. Donatelli, St. Louis: Churchill Livingstone, 2004.



- Hagberg, M., «Electromyographic Signs of Shoulder Muscular Fatigue in Two Elevated Arm Positions», *American Journal of Physical Medicine*, 60, n° 3: 111-121, 1981.
- Hallin, R. P., «Sciatic Pain and the Piriformis Muscle», *Postgraduate Medicine*, 74: 69-72, 1983.
- Harden, R. N., S. P. Bruehl, S. Gass, C. Niemiec et B. Barbick, «Signs and Symptoms of the Myofascial Pain Syndrome: A National Survey of Pain Management Providers», *Clinical Journal of Pain*, 16, n° 1: 64-72, 2000.
- Hong, C. Z., «Considerations and Recommendations regarding Myofascial Trigger Point Injection», *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, n° 1: 29-59, 1994.
- Hwang, M., Y. K. Kang et D. H. Kim, «Referred Pain Pattern of the Pronator Quadratus Muscle», *Pain*, 116, n° 3 (août): 238-242, 2005.
- Hwang, M., Y. K. Kang, J. Y. Shin et D. Hwee, «Referred Pain Pattern of the Abductor Pollicis Longus Muscle», *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 84, n° 8: 593-597, 2005.
- Jacobson, E., *Progressive Relaxation*, 2<sup>e</sup> éd., Chicago: University of Chicago, 1938.
- Jacobson, E., *Anxiety and Tension Control: A Physiological Approach*, Philadelphie: J. B. Lippincott, 1964.
- Jacobson, E., *Biologie des émotions – Les bases théoriques de la relaxation*, traduit de l'anglais par Alex Mucchielli, Paris: Éditions E.S.F., 1974.
- Jacobson, E., *Savoir relaxer pour combattre le stress*, traduit de l'anglais par Yvan Steenhout, Montréal: Centre interdisciplinaire de Montréal/Éditions de l'Homme, 1980.
- Jaeger, B., «Are “Cervicogenic” Headaches Due to Myofascial Pain and Cervical Spine Dysfunction?», *Cephalalgia*, 9, n° 3: 157-164, 1989.
- Jeyaseelan, N., «Anatomical Basis of Compression of Common Peroneal Nerve», *Anatomischer Anzeiger*, 169: 49-51, 1989.
- Jones, R. L., «An Introduction to the Anatomy of Pelvic Pain» in *Chronic Pelvic Pain and Dysfunction: Practical Physical Medicine*, édité par Leon Chaitow et Ruth Lovegrove Jones, NP: Elsevier Churchill Livingstone, 2012.
- Jonsson, B. et M. Hagberg, «The Effect of Different Working Heights on the Deltoid Muscle: A Preliminary Methodological Study», *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, suppl. 3: 26-32, 1974.
- Kelley, W. N., «Goutte et autres troubles du métabolisme des purines» in *Principes de médecine interne*, édité par K. J. Isselbacher, R. D. Adams, E. Braunwald et al., traduction de la 9<sup>e</sup> édition américaine, 3<sup>e</sup> édition française, Paris: Flammarion, 1982.
- Kendall, F. P., E. K. McCreary et P. G. Provance, *Les muscles – Bilan et études fonctionnels, anomalies et douleurs posturales*, traduction de la 4<sup>e</sup> édition américaine par Catherine Collet, Paris: Pradel, 1995.
- Khan, K. M., J. L. Cook, J. E. Taunton et F. Bonar, «Overuse Tendinosis - Tendinitis, Part 1: A New Paradigm for a Difficult Clinical Problem», *The Physician and Sportsmedicine*, 28, n° 5: 38-48, 2000.

- Kidd, R., «Pain Localization with the Innominate Upslip Dysfunction», *Manual Medicine*, 3: 103-105, 1988.
- Kim, I. J., Y. K. Kang, D. H. Kim et M. Hwang, «Referred Pain Pattern of the Abductor Pollicis Brevis Muscle and Its Possible Mechanism», *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17: 350-357, 2009.
- Lewit, K., «The Muscular and Articular Factor in Movement Restriction», *Manual Medicine*, 1: 83-85, 1985.
- Lewit, K., *Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Locomotor System*, 2<sup>e</sup> éd., Oxford, Angleterre: Butterworth Heinemann, 1991.
- Lilius, H. G. et E. J. Valtonen, «The Levator Ani Spasm Syndrome: A Clinical Analysis of 31 Cases», *Annales of Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 62: 93-97, 1973.
- Lindgren, K. A., H. Manninen et H. Rytönen, «Thoracic Outlet Syndrome: a functional disturbance of the thoracic upper aperture?», *Muscle Nerve*, 18: 526-530, 1995.
- Lippitt, S. et F. Matsen, «Mechanisms of Glenohumeral Joint Stability», *Clinical Orthopedics and Related Research*, 291: 20-28, 1993.
- Long, C., «Myofascial Pain Syndromes, Part III: Some Syndromes of the Trunk and Thigh», *Henry Ford Hospital Medical Bulletin*, 4: 22-28, 102-106, 1956.
- Lowe, W. W., *Orthopedic Massage: Theory and Technique*, 2<sup>e</sup> éd., Édinburgh, Écosse: Mosby Elsevier, 2009.
- Malleson, N., «Panic and Phobia: A Possible Method of Treatment», *Lancet*, 1: 225-227, 1959.
- Marbach, J. J., «Therapy for Mandibular Dysfunction in Adolescents and Adults», *American Journal of Orthodontics*, 62: 601-605, 1972.
- McParland, J.M. et D. G. Simons, «Myofascial Trigger Points: Translating Molecular Theory into Manual Therapy» in *Myofascial Trigger Points: Pathophysiology and Evidence-Informed Diagnosis and Management*, édité par J. Dommerholt et P. Huijbregts, Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
- Mense, S. et R. Gerwin, *Muscle Pain: Diagnosis and Treatment*. Berlin Heidelberg, Allemagne: Springer, 2010.
- Mense, S., et R. Gerwin, *Muscle Pain: Understanding the Mechanisms*, Berlin Heidelberg, Allemagne: Springer, 2010.
- Mense, S. et D. G. Simons, *Muscle Pain: Understanding Its Nature, Diagnosis, and Treatment*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- Morton, Dudley J., *The Human Foot: Its Evolution, Physiology, and Functional Disorders*, New York: Columbia University Press, 1935.
- Muscolino, J. E., *Manuel de palpation osseuse et musculaire – points gâchettes, zones de projection et étirements*, traduit de l'anglais par Michel Pillu, Annie Gouriet et Jean-Louis Estrade, Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2010.
- The Muscle and Bone Palpation Manual with Trigger Points, Referral Patterns, and Stretching*, St. Louis: Mosby Elsevier, 2009.

- Myers, T. W., *Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists*, Édimbourg, Écosse: Churchill Livingstone, 2001.
- Pace, J. B., «Commonly Overlooked Pain Syndromes Responsive to Simple Therapy», *Postgraduate Medicine*, 58: 107-113, 1975.
- Pace, J. B. et D. Nagle, «Piriformis Syndrome», *Western Journal of Medicine*, 124: 435-439, 1976.
- Porterfield, J. A., «The Sacroiliac Joint» in *Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, vol. 2, édité par J. A. Gould III & G. J. Davies, St. Louis: Mosby, 1985.
- Rask, M. R., «Superior Gluteal Nerve Entrapment Syndrome», *Muscle Nerve*, 3: 304-307, 1980.
- Retzlaff, E. W., A. H. Berry, A. S. Haight, P. A. Parente, H. A. Lichty, D. M. Turner, A. A. Yezbick, J. S. Lapcevic et D. J. Nowland, «The Piriformis Muscle Syndrome», *Journal of the American Osteopathic Association*, 73: 799–807, 1974.
- Reynolds, M. D., «Myofascial Trigger Point Syndromes in the Practice of Rheumatology», *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 62: 111-114, 1981.
- Roy, S.H., S.L. Wolf et D.A. Scalzitti, *The Rehabilitation Specialist's Handbook*, 4<sup>e</sup> éd., Philadelphie: F.A. Davis Company, 2013.
- Rubin, D., «An Approach to the Management of Myofascial Trigger Point Syndromes», *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 62: 107-110, 1981.
- Sauer, S. et M. Biancalana, *Trigger Point Therapy for Low Back Pain: A Self-Treatment Workbook*, Oakland, Californie: New Harbinger Publications, 2010.
- Shah, J. et E. Gilliams, «Uncovering the Biochemical Milieu of Myofascial Trigger Points Using in Vivo Microdialysis: An Application of Muscle Pain Concepts to Myofascial Pain Syndrome», *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12: 371-384, 2008.
- Sherman, R. A., «Published Treatments of Phantom Limb Pain», *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 59: 232–244, 1980.
- Shordania, J. F., «Die chronischer Entzündung Musculus piriformis — die Piriformitis — eine der Ursachen von Kreuzschmerzen bei Frauen», *Die Medizinische Welt*, 10: 999-1001, 1936.
- Sikdar, S., J. P. Shah, T. Gebreab, R. H. Yen, E. Gilliams, J. Danoff et L. H. Gerber, «Novel Applications of Ultrasound Technology to Visualize and Characterize Myofascial Trigger Points and Surrounding Soft Tissue», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, n° 11: 1829-1838, 2009.
- Simons, D. G., *Man High: A Space Scientist's Account of His Record-Breaking Balloon Flight to 102,000 Feet*, New York: Doubleday, 1960.
- Simons, D. G., J. G. Travell et L. S. Simons, *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires* (2 volumes), traduit de l'anglais par Jérôme Taillandier et Jean-François Bourse, Bruxelles (Belgique): Éditions Haug International, 1993-1994.
- Sirvent, P., J. Mercier et A. Lacampagne, «New Insights into Mechanisms of Statin-Associated Myotoxicity», *Current Opinion in Pharmacology*, 8, n° 3: 333-338, 2008.
- Smith, W. D., L. S. Lal et S. Lincy, «Massage Therapy: Implications for Pharmaceutical Care», *U.S. Pharmacist*, 34, n° 5, 2009.

- Sola, A. E., «Trigger Point Therapy» in *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, édité par J. R. Roberts & J. R. Hedges, Philadelphie: W. B. Saunders, 1985.
- Sola, A. E. et R. L. Williams, «Myofascial Pain Syndromes», *Journal of Neurology*, 6: 91-95, 1956.
- Sonkin, L. S., «Myofascial Pain Due to Metabolic Disorders: Diagnosis and Treatment» in *Myofascial Pain and Fibromyalgia*, édité par E. S. Rachlin, St. Louis: Mosby-Yearbook, Inc., 1994.
- Thiele, G. H., «Coccygodynia and Pain in the Superior Gluteal Region», *Journal of the American Medical Association*, 109: 1271-1275, 1937.
- Travell, J. G. et D. G. Simons, *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires*, tome 1 [Hémicorps supérieur], traduit par Jérôme Taillandier et Jean-François Bourse, Bruxelles, éditions Haug International, 1993.
- Travell, J. G. et D. G. Simons, *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux: traité des points-détente musculaires*, tome 2 [Le membre inférieur], traduit par Jérôme Taillandier, Bruxelles, éditions Haug International, 1993.
- Voss, D. E., M. K. Ionta et B. J. Myers, *Facilitation neuro-musculaire proprioceptive – Schémas et techniques Kabat*, traduit de l'anglais par A.-M. Van Daele-Dobbeleer, 2<sup>e</sup> édition, Paris: Maloine / Bruxelles: Prodim, 1983.
- Waslaski, J., Notes de séminaires consacrés au massage orthopédique et à la gestion de la douleur, Lexington, Kentucky, 2011.
- Waslaski, J., *Clinical Massage Therapy: A Structural Approach to Pain Management*, Boston: Pearson, 2012.
- Werner, R., *A Massage Therapist's Guide to Pathology*, 5<sup>e</sup> éd., Philadelphie: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- Wise, D., *Paradoxical Relaxation: The Theory and Practice of Dissolving Anxiety by Accepting It*, Occidental, Californie: National Center for Pelvic Pain Research, 2010.
- Wise, D. et R. Anderson, *A Headache in the Pelvis: A New Understanding and Treatment for Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndromes*, Occidental, Californie: National Center for Pelvic Pain Research, 2003.
- Wolfe, F., D. J. Clauw, M. A. Fitzcharles, D. L. Goldenberg, R. S. Katz, P. Mease, A. S. Russell, I. J. Russell, J. B. Winfield et M. B. Yunus, «The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity», *Arthritis Care and Research*, 62, n° 5: 600-610, 2010.
- Wolfe, S. M., L. D. Sasich, P. Lurie, R. E. Hope, E. Barbehenn, D. E. Knapp, A. Ardati, S. Shubin, D. B. Ku et Public Citizen Health Research Group, *Worst Pills, Best Pills: A Consumer's Guide to Avoiding Drug-Induced Death or Illness*, New York: Pocket Books, 2005.
- Wolpe, J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Californie: Stanford University Press, 1958.
- Yaksh, T. L. et S. E. Abram, «Preemptive Analgesia: A Popular Misnomer, but a Clinically Relevant Truth?», *American Pain Society Journal*, 2: 116-121, 1993.

Zohn, D. A., *Musculoskeletal Pain: Diagnosis and Physical Treatment*, 2<sup>e</sup> éd., Boston: Little Brown & Company, 1988.

# **Index des zones de douleur**

Abdomen, [172](#), [192](#), [195](#), [198](#)

Aine, [172](#), [177](#), [220](#), [225](#), [233](#), [234](#)

Appareil génital, [172](#), [177](#), [181](#), [182](#), [201](#), [236](#)

Avant-bras

– face externe, [94](#), [96](#), [108](#), [117](#), [121](#), [130](#), [137](#), [139](#), [166](#)

– face interne, [105](#), [117](#), [121](#), [146](#), [148](#), [163](#), [167](#), [169](#)

Bras

– arrière, [96](#), [105](#), [108](#), [112](#), [113](#), [115](#), [117](#), [118](#), [121](#)

– avant, [96](#), [108](#), [109](#), [115](#), [120](#), [121](#), [130](#), [166](#)

Cheville

– arrière, [270](#), [273](#), [274](#)

– avant, [256](#), [259](#), [266](#)

– extérieur, [262](#), [265](#), [266](#), [283](#)

– intérieur, [270](#), [274](#), [282](#)

Coccyx, [78](#), [162](#), [182](#), [192](#), [201](#)

Côtes (douleur intercostale), [163](#), [169](#), [171](#), [172](#)

Coude

– face externe, [108](#), [121](#), [137](#), [139](#), [142](#)

– face interne, [105](#), [121](#), [150](#), [163](#), [167](#), [169](#)

Cuisse

– arrière, [120](#), [181](#), [182](#), [207](#), [241](#)

– avant, [177](#), [198](#), [218](#), [225](#), [227](#), [233](#), [234](#), [236](#)

– face externe, [182](#), [198](#), [201](#), [207](#), [220](#), [225](#), [227](#), [229](#), [234](#)

– face interne, [218](#), [227](#), [233](#), [236](#), [238](#)

– picotements, [218](#), [238](#)

Debout, [259](#), [274](#), [279](#)

Dents, [81](#), [82](#), [83](#), [85](#)

Doigts

– dessous, [117](#), [121](#), [135](#), [147](#), [148](#), [166](#), [169](#), [283](#)

– dessus, [96](#), [117](#), [121](#), [135](#), [143](#), [144](#), [166](#), [167](#), [283](#)

Dos

– bas, [172](#), [177](#), [181](#), [192](#), [195](#), [198](#), [201](#), [204](#), [270](#)

– haut, [66](#), [72](#), [75](#), [78](#), [96](#), [104](#), [105](#), [108](#), [109](#), [117](#), [169](#), [192](#), [195](#)

– milieu, [117](#), [169](#), [172](#), [192](#), [195](#), [198](#)

Éjaculation, [181](#)

Épaule

– arrière, [66](#), [72](#), [96](#), [105](#), [108](#), [112](#), [113](#), [115](#), [117](#), [121](#), [195](#)

– avant, [96](#), [108](#), [109](#), [115](#), [117](#), [118](#), [120](#), [163](#), [166](#), [167](#)

– côté, [96](#), [108](#), [109](#), [115](#)

Estomac, [172](#)

Fessier, [172](#), [182](#), [195](#), [198](#), [201](#), [204](#), [207](#), [241](#), [270](#)

Flancs, [117](#), [169](#), [171](#), [172](#), [195](#)

Front, [62](#), [74](#), [87](#), [88](#)

Genou

– arrière, [120](#), [241](#), [242](#), [244](#), [267](#), [270](#)

– avant, [225](#), [227](#), [241](#)

– extérieur, [229](#)

– intérieur, [218](#), [225](#), [227](#), [234](#), [238](#)

Gorge, [62](#), [83](#), [85](#), [86](#), [88](#)

Hanche, [182](#), [198](#), [201](#), [207](#), [220](#), [225](#), [227](#), [229](#), [234](#)

Jambe

– arrière, [207](#), [241](#), [244](#), [267](#), [271](#), [273](#), [274](#)

– avant, [234](#), [256](#)

– côté, [207](#), [229](#), [262](#), [265](#), [267](#)

Langue, [62](#), [83](#), [86](#)

Mâchoire, [62](#), [66](#), [82](#), [83](#), [270](#)

Main

– face externe, [96](#), [105](#), [113](#), [117](#), [130](#), [135](#), [137](#), [144](#), [150](#)

– paume, [117](#), [144–146](#), [148](#), [150](#), [163](#), [167](#), [169](#)

Membre fantôme ou douleur avec prothèse, [120](#), [225](#), [241](#)

Mollets, [259](#), [267](#)

Mouvement

– en allant à la selle, [182](#)

– en cambrant le dos exagérément (lordose lombaire très prononcée), [177](#)

– en conduisant sans direction assistée, [117](#)

– en courant, [242](#), [270](#), [273](#)

– en descendant (escalier ou pente), [225](#), [227](#), [242](#), [270](#)

– en donnant un coup de pied du côté opposé (adduction et flexion de la hanche), [233](#)

– en dormant (réveil dû à la douleur), [120](#), [225](#), [227](#), [229](#)

– en dormant sur le côté, [109](#), [117](#)

– en faisant une torsion (douleur dans la hanche), [234](#)

– en levant le bras par le côté, [108](#), [113](#), [115](#)



- en marchant à quatre pattes, 177, 198
- en marchant, 120, 177, 182, 198, 204, 207, 218, 220, 229, 241, 256, 259, 267, 270, 273, 274, 279, 285
- en montant (escalier ou pente), 195, 198, 201, 227, 229, 267, 270
- en nageant, 201
- en posant le coude sur un bureau, 117
- en prenant quelque chose derrière soi, 108, 109, 117, 118, 167
- en prenant quelque chose en bas devant soi, 104
- en prenant quelque chose en hauteur, 108, 117, 167
- en relevant le buste, 177
- en respirant, toussant, éternuant, 96, 105, 117, 163, 167, 169, 171, 172, 195, 198
- en s'accroupissant, 242
- en s'allongeant: à plat sur le dos, 182, 204; sur le côté, 109, 117, 182, 198, 204, 207, 220, 229, 236
- en s'asseyant, 120, 162, 181, 182, 198, 201, 204, 220, 241; en position du lotus, 233
- en se levant d'une position asise, 120, 177, 182, 195, 198, 201, 207, 218, 227, 229, 233, 241
- en se penchant: en avant (flexion antérieure), 192, 195, 198, 267; sur le côté (flexion latérale), 172, 192, 195, 198
- en se redressant, 207
- en se tournant dans le lit, 198, 207
- en soulevant un objet, 198
- en tendant le bras vers l'extérieur ou vers l'arrière, 163, 167
- en touchant son dos au niveau de l'épaule, 104, 167
- en tournant le bras, paume vers le ciel, 113
- en tournant le tronc (mouvement de torsion), 195
- en tournant son torse (rotation), 192, 195, 198
- en trébuchant, 256
- préhension (douleur uniquement à la), 135, 138, 139, 141, 143, 145, 147

Nuque, 59, 66, 75, 78, 85, 94

Œil et sourcil, 62, 66, 75, 78, 81, 82, 87, 88

Oreille, 62, 66, 82, 83, 270

Pelvienne (douleur gynécologique ou menstruelle), 162, 172, 177, 209, 236

Pénis, 172, 181

Périnée 181, 182

Pharynx, 62, 83, 85, 88

Pied, 270

Poignet

- face externe, 96, 105, 113, 117, 130, 135, 137, 144, 150
- face interne, 117, 144–146, 148, 150, 163, 167, 169

Pouce et 1<sup>re</sup> commissure, 94, 96, 130, 135, 138, 139, 149–151, 166

Rectum (sensation de présence de selles), [182](#), [236](#)

Repos (douleur sourde), [279](#), [282](#), [283](#)

Sacrum, [172](#), [181](#), [192](#), [198](#), [201](#), [204](#), [270](#)

Scrotum, [177](#), [181](#), [198](#)

Sinus, [62](#), [82](#), [83](#), [87](#)

Tempes, [62](#), [66](#), [74](#), [75](#), [78](#), [81](#)

Testicules, [172](#), [181](#), [198](#)

Tête

– arrière, [62](#), [66](#), [74](#), [75](#), [78](#), [81](#), [85](#), [88](#)

– sommet, [62](#), [74](#)

Thorax, [62](#), [96](#), [163](#), [166](#), [167](#), [171](#), [172](#), [195](#)

Vagin ou vulve (vulvodynie), [172](#), [181](#), [236](#)

Vessie, [162](#), [172](#), [209](#), [236](#)

# Index des autres symptômes

Acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles), [62](#), [82](#), [83](#)

Amplitude limitée de mouvement des bras

- en abduction (mouvement vers l'extérieur), [108](#), [113](#), [115](#), [117](#), [121](#), [163](#), [167](#)
- en adduction (mouvement vers le corps), [108](#), [109](#)
- lors d'une extension du bras, [108](#), [109](#), [115](#), [120](#), [167](#)
- lors d'une flexion du bras, [108](#), [109](#), [115](#), [117](#), [120](#), [167](#)
- lors d'une rotation externe (latérale), [109](#), [113](#), [163](#), [167](#)
- lors d'une rotation interne (médiale), [109](#), [112](#), [113](#)
- lors d'une rotation vers le haut, [108](#), [113](#), [115](#), [118](#), [120](#), [169](#)

Amplitude limitée du mouvement des mâchoires, [81-83](#), [85](#)

Amplitude limitée du mouvement du cou

- en flexion/extension, [74](#), [75](#), [78](#)
- en rotation, [59](#), [62](#), [66](#), [75](#), [78](#)
- en flexion latérale, [62](#), [66](#), [75](#), [78](#), [96](#)

Arthropathie, [135](#), [143](#)

Arythmie cardiaque, [163](#)

Besoin fréquent d'uriner, [162](#), [172](#), [209](#), [236](#)

Boiterie, [120](#), [207](#), [227](#), [229](#), [241](#), [256](#), [259](#), [262](#)

Brûlures d'estomac, [172](#)

Bursite (inflammation de la bourse séreuse d'une articulation), [96](#), [108](#), [113](#), [115](#), [117](#), [120](#), [163](#)

Bursite trochantérienne (fausse), [207](#), [220](#), [229](#)

Cardiopathie ischémique ou angine de poitrine (fausse), [163](#), [166](#), [167](#), [195](#)

Cheville instable (voir également pied de Dudley-Morton), [262](#), [265](#), [266](#)

Coliques, [172](#)

Compression du nerf musculo-cutané, [118](#)

Congestion de l'oreille, [82](#), [83](#)

Congestion des sinus avec écoulement nasal, [82](#)

Crampe aux mollets, [259](#), [267](#)

Crépitation (bruit en cas de mouvement) au dos, [104](#)

Crépitation à l'épaule, [108](#), [120](#)

Démangeaison (prurit) de l'oreille, [82](#)

Déséquilibre, [62](#)

Difficulté à avaler, [83](#), [88](#)

Difficulté à la dorsiflexion (flexion du pied et des orteils vers l'avant), [256](#), [270](#)

Difficulté à ramasser un objet, [270](#)

Difficulté lors des mouvements fins de la main, [135](#), [150](#), [152](#)

Diminution de la mobilité

- en écartant les jambes (abduction de la cuisse), [233](#), [234](#), [236](#)

- en croisant les jambes, [182](#), [220](#)

- en faisant de grandes enjambées (extension), [177](#), [220](#), [233](#)

- en tournant les pieds et les genoux vers l'extérieur (rotation externe de la cuisse), [120](#), [204](#), [207](#), [234](#)

- en essayant de toucher ses orteils, [120](#), [241](#)

- en faisant une flexion du genou, [227](#)

Doigt à ressaut, [137](#)

Dudley-Morton («pied» de Dudley-Morton), [259](#), [262](#), [265](#), [266](#), [273](#), [274](#)

Engourdissement et fourmillements

- avant-bras, [105](#), [121](#), [167](#)

- cuisse, [182](#), [218](#)

- dessus du pied, [262](#)

- doigts, [96](#), [105](#), [112](#), [121](#), [130](#), [138](#), [139](#), [145](#), [147](#), [148](#), [167](#)

- gros orteil, [279](#)

- jambe et pied, [182](#)

- orteils, [279](#), [285](#), [286](#)

- tête, [74](#), [75](#)

Entorse

- de la cheville, [262](#), [265](#)

- du fléchisseur commun des orteils, [256](#)

Épaule bloquée (capsulite rétractile), [104](#), [108](#), [109](#), [113](#), [115](#), [117](#), [163](#), [169](#)

Éructations (rots), [172](#)

Étourdissement, [62](#)

Excès de mucus, [62](#), [83](#), [87](#), [87](#)

Fasciite plantaire, [267](#), [270](#), [279](#), [282-284](#)

Faiblesse (voir également préhension)

- à l'avant-bras, [96](#), [120](#)

- à l'épaule, [109](#), [115](#)

- à la cheville, [256](#), [259](#), [262](#), [265](#), [266](#)

- à la main, [96](#), [121](#), [138](#)

- à la préhension, [138](#), [139](#), [143](#)

- au bras, [96](#), [120](#)

Genou bloqué, [229](#)

Genou qui se dérobe (affaibli), [227](#), [267](#)

Hanche qui se dérobe, [225](#), [227](#)

Hypersensibilité

- à l’arrière de la tête, [74](#)
- à l’avant-pied, [285](#), [274](#), [279](#)
- à l’épaule, [109](#), [113](#), [120](#)
- à la cheville, [256](#), [266](#)
- à la cuisse, [220](#), [227](#), [229](#)
- à la hanche, [220](#)
- à la paume (picotements), [146](#)
- au bassin (bord supérieur), [187](#), [188](#), [198](#), [204](#)
- au coude, [121](#), [139](#)
- au cuir chevelu, [62](#)
- au dos, [195](#)
- au fessier, [198](#), [199](#), [201](#), [204](#), [207](#)
- au gros orteil, [256](#);
- au pied, [259](#)
- au poignet, [141](#), [145](#)
- au pouce (et la 1<sup>re</sup> commissure), [96](#), [130](#), [138](#), [139](#)
- au talon, [270](#), [284](#)
- au tendon d’Achille, [270](#)
- au toucher, [195](#)
- aux orteils, [279](#)
- aux seins ou aux mamelons, [163](#), [169](#)

Impatience musculaire (mouvements involontaires), [96](#)

Impuissance, [181](#), [182](#)

Incapacité à tendre le genou, [227](#), [229](#), [242](#)

Incontinence urinaire, [192](#)

Indigestion, [172](#)

Inégalité de longueur des jambes mécanique (non structurale), [120](#), [172](#), [177](#), [195](#), [198](#), [204](#), [220](#), [225](#), [234](#), [236](#), [241](#)

Kyste de Baker (faux), [120](#), [242](#), [244](#)

Larmoiement, [62](#)

Mal de gorge, [62](#), [88](#)

Malocclusion dentaire (implantation anormale de certaines dents), [81](#), [83](#), [85](#)

Manque de précision à la préhension, [96](#), [138](#), [139](#), [143](#)

Migraine, [66](#), [62](#), [66](#), [75](#), [78](#), [81](#)

Nausée, [62](#), [172](#)

Névralgie du trijumeau, [62](#)

Nodosités d’Heberden (petits renflements au niveau des doigts), [135](#), [151](#), [183](#)

Œdème des mains, [96](#)

Orteils en griffe, [274](#)

Orteils en marteau, [259](#), [274](#)

Ostéite pubienne (affection inflammatoire de la symphyse pubienne), [233](#)

Paupière tombante, [62](#), [87](#)

Perte d'audition, [62](#)

Pied ancestral de Dudley-Morton («pied» de Dudley-Morton), [259](#), [262](#), [265](#), [266](#), [273](#), [274](#)

Posture voûtée, [62](#), [96](#), [163](#), [166](#), [167](#), [172](#)

Pouce à ressaut, [150](#)

Pseudo-appendicite, [172](#)

Pseudo-syndrome du canal carpien, [96](#), [113](#), [130](#), [138](#), [139](#), [146](#), [147](#), [150](#), [151](#)

Pseudo-syndrome du scalène antérieur, [113](#), [117](#), [163](#)

Raideur au mouvement

- en conduisant sans direction assistée, [117](#)
- en dormant sur le côté, [109](#), [117](#)
- en levant le bras par le côté, [108](#), [113](#), [115](#)
- en posant le coude sur un bureau, [117](#)
- en prenant quelque chose derrière soi, [108](#), [109](#), [118](#), [167](#)
- en prenant quelque chose en bas devant soi, [104](#)
- en prenant quelque chose en hauteur derrière soi, [117](#)
- en prenant quelque chose en hauteur devant soi, [108](#), [117](#), [167](#)
- en respirant, [96](#), [105](#), [117](#), [167](#), [169](#)
- en touchant son dos au niveau de l'épaule, [104](#), [167](#)
- en tournant le bras, paume vers le ciel, [113](#)

Raideur

- au cou, [59](#), [62](#), [66](#), [74](#), [75](#), [78](#)
- aux doigts, [135](#), [143](#), [147](#), [152](#)

Rétention urinaire, [172](#)

Sciatique, [182](#), [198](#), [207](#), [229](#), [241](#)

Sensibilité dentaire, [81](#), [82](#), [85](#)

Spasme

- des paupières, [62](#), [87](#)
- du sphincter urinaire, [172](#)

Syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-maxillaire (ATM), [62](#), [81-83](#)

Syndrome d'empiètement de l'épaule, [108](#), [113](#), [115](#), [120](#)

Syndrome de compression du nerf ulnaire (anciennement syndrome du canal cubital)

- dans l'avant-bras, [145](#), [147](#)
- dans la main, [152](#)

Syndrome de Tietze, [163](#), [169](#), [171](#), [172](#)

Syndrome du canal carpien, [145](#), [148](#)

Syndrome du scalène antérieur, [96](#), [166](#), [167](#)

Tendinite du golfeur (épicondylite médiale), [121](#), [150](#), [163](#), [310](#)

Tendinite du tendon d’Achille, [267](#), [270](#), [273](#)

Tendinite ou arthropathie, [108](#), [109](#), [113](#), [115](#), [117](#), [120](#), [163](#)

Tennis elbow (épicondylite latérale), [120](#), [121](#), [130](#), [138](#), [139](#), [142](#), [143](#)

Ténosynovite sténosante de Quervain, [138](#), [139](#), [144](#), [146](#)

Tension vocale/laryngée, [82](#), [86](#), [88](#)

Toux, [62](#)

Trouble fonctionnel de l’articulation sacro-iliaque, [177](#), [182](#), [195](#), [198](#), [204](#), [207](#)

Uriner (besoin fréquent), [162](#), [172](#), [209](#), [236](#)

Vertige, [62](#)

Vision floue, [62](#), [75](#), [78](#)

Vomissements en jet, [172](#)

Yeux rouges, [62](#)



# **Index succinct des muscles**

abducteur du 1<sup>er</sup> orteil (*abductor hallucis*) [282-283](#)  
abducteur du 5<sup>e</sup> doigt (*abductor digiti minimi*) [283-284](#)  
adducteur du 1<sup>er</sup> orteil (*adductor hallucis*) [285](#)  
adducteur du pouce (*adductor pollicis*) [151](#)  
anconé (anconeus) [142](#)  
angulaire de l'omoplate ou élévateur de la scapula (*levator scapulae*) [72-74](#), [59](#)  
biceps brachial (*biceps brachii*) [120](#)  
biceps fémoral (*biceps femoris*) [239-241](#)  
brachial (*brachialis*) [136-137](#)  
buccinateur (buccinator) [186-187](#)  
bulbo-caverneux (*bulbospongiosus*) [181-182](#)  
carré des lombes (*quadratus lumborum*) [198-201](#)  
carré pronateur (*pronator quadratus*) [148-149](#)  
chair carrée de Sylvius ou carré plantaire (*quadratus plantae*) [284-285](#), [314](#)  
coraco-brachial (*coracobrachialis*) [118-119](#)  
court abducteur du pouce (*abductor pollicis brevis*) [150](#)  
court extenseur commun des doigts ou court extenseur des doigts (*extensor digitorum brevis*) [279-281](#)  
court extenseur du 1<sup>er</sup> orteil (*extensor hallucis brevis*) [279-281](#)  
court fléchisseur (propre) du pouce (*flexor pollicis brevis*) [150](#)  
court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil (*flexor hallucis brevis*) [285](#)  
court fléchisseur du 5<sup>e</sup> doigt (*flexor digiti minimi brevis*) [152](#)  
court fléchisseur du 5<sup>e</sup> orteil (*flexor digiti minimi brevis pedis*) [286](#)  
court fléchisseur plantaire (*flexor digitorum brevis pedis*) [284](#)  
court péronier latéral ou court fibulaire (*peroneus brevis*) [265](#)  
court supinateur ou supinateur (*supinator*) [139](#)  
couturier ou sartorius (*sartorius*) [218](#), [222](#)  
crural ou vaste intermédiaire (*vastus intermedius*) [227](#), [296](#)  
cubital antérieur ou fléchisseur ulnaire du carpe (*flexor carpi ulnaris*) [145-146](#)  
cubital postérieur ou extenseur ulnaire du carpe (*extensor carpi ulnaris*) [141-142](#)  
deltoïdes (*deltoideus*) [115-117](#)  
demi-membraneux ou semi-membraneux (*semimembranosus*) [241-242](#)  
demi-tendineux ou semi-tendineux (*semitendinosus*) [241-242](#)

deuxième radial ou court extenseur radial du carpe (*extensor carpi radialis brevis*) [140-141](#)  
diaphragme et intercostaux (*diaphragma et intercostales*) [172](#)  
digastrique (*digastricus*) [85-86](#)  
droit antérieur (*rectus femoris*) [225-226](#)  
droit interne (gracilis) [238-239](#)  
épi-épineux (*spinalis*) [195](#), [196](#)  
extenseur commun des doigts ou extenseur des doigts (*extensor digitorum communis*) [143-144](#)  
extenseur commun des orteils (*extensor digitorum longus pedis*) [259-261](#)  
extenseur propre de l'index (*extensor indicis*) [143-144](#)  
extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (*extensor hallucis longus*) [259-260](#)  
fléchisseur commun des doigts (*flexor digitorum*) [147-148](#)  
frontal (*frontalis*) occipito-frontal [88](#)  
grand adducteur (*adductor magnus*) [236-238](#)  
grand dentelé ou dentelé antérieur (*serratus anterior*) [169-171](#)  
grand dorsal (*latissimus dorsi*) [117-118](#), [309](#)  
grand droit de l'abdomen (*rectus abdominis*) [172](#), [297](#)  
grand glutéal (*gluteus maximus*) [201-203](#)  
grand palmaire ou fléchisseur radial du carpe (*flexor carpi radialis*) [145-146](#)  
grand pectoral (*pectoralis major*) [163-165](#)  
grand rond (*teres major*) [117-118](#), [309](#)  
iliaque (*iliacus*) [177-179](#), [298](#)  
ilio-costal (*iliocostalis*) [195](#), [196](#), [307](#)  
interosseux (*interossei*) de la main [135](#), [152-154](#)  
interosseux (*interossei*) du pied [279-281](#)  
jambier antérieur ou tibial antérieur (*tibialis anterior*) [256-259](#)  
jambier postérieur ou tibial postérieur (*tibialis posterior*) [273-274](#), [313](#)  
jumeaux (*gastrocnemius*) [252](#), [267-270](#)  
lombricaux (*lumbricales*) [135](#), [279](#)  
long abducteur du pouce (*abductor pollicis longus*) [144](#)  
long dorsal (*longissimus*) [195](#), [196](#)  
long du cou (*longus colli*) [88](#)  
long fléchisseur (propre) du pouce (*flexor pollicis longus*) [149](#)  
long fléchisseur commun des orteils (*flexor digitorum longus pedis*) [274-275](#), [313](#)  
long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil (*flexor hallucis longus*) [274-275](#), [313](#)  
long péronier latéral ou long fibulaire (*peroneus longus*) [262-265](#)  
long supinateur ou brachio-radial (*brachioradialis*) [139](#)  
masséter (*masseter*) [82-83](#), [303](#)  
moyen adducteur (*adductor longus*) [234-236](#)

moyen glutéal (*gluteus medius*) [204-206](#)  
mylo-hyoïdien (*mylohyoideus*) [86](#)  
obliques abdominaux (*obliquus abdominis*) [172](#)  
occipital (*occipitalis*) [88](#)  
opposant du 5<sup>e</sup> doigt (*opponens digiti minimi*) [152](#)  
opposant du pouce (*opponens pollicis*) [150](#)  
orbiculaire de l'œil (*orbicularis oculi*) [87](#)  
peaucier du cou (*platysma*) [88](#)  
pectiné (*pectineus*) [233-234](#)  
pédieux ou court extenseur des orteils (*extensor digitorum brevis pedis*) [279-281](#)  
péronier antérieur ou troisième fibulaire (*peroneus tertius*) [266-267](#)  
petit adducteur (*adductor brevis*) [234](#)  
petit dentelé postérieur et inférieur (*serratus posterior inferior*) [198](#)  
petit dentelé postérieur et supérieur (*serratus posterior superior*) [105-106](#), [299-300](#), [308](#)  
petit glutéal (*gluteus minimus*) [207-208](#)  
petit palmaire ou long palmaire (*palmaris longus*) [146-147](#)  
petit pectoral (*pectoralis minor*) [167-169](#)  
petit rond (*teres minor*) [112-113](#), [309](#)  
plantaire (*plantaris*) [244](#)  
poplité (*popliteus*) [242-244](#)  
premier radial ou long extenseur radial du carpe (*extensor carpi radialis longus*) [138-140](#)  
psoas (*psoas*) [177-181](#)  
ptérygoïdien latéral (*pterygoideus lateralis*) [83-85](#), [303](#)  
ptérygoïdien médial (*pterygoideus medialis*) [83-85](#), [303](#)  
pyramidal ou pyriforme (*piriformis*) [191](#), [209-212](#)  
quadriceps (*quadriceps femoris*) [224-232](#)  
releveur naso-labial (*levator labii*) [87-88](#)  
rhomboïde (*rhomboideus*) [105](#)  
rond pronateur (*pronator teres*) [148-149](#)  
scalène (*scalenus*) [96-101](#)  
semi-épineux (*semispinalis*) [74](#), [77](#), [103](#)  
soléaire (*soleus*) [270-273](#)  
sous-clavier (*subclavius*) [166](#)  
sous-épineux (*infraspinatus*) [94](#), [110](#)  
sous-occipital (*suboccipitalis*) [78-79](#)  
sous-scapulaire ou subscapulaire (*subscapularis*) [113-115](#)  
spinaux profonds (*spinalis profundus*) [192-195](#), [307-308](#)  
spinaux superficiels (*spinalis superficialis*) [195-197](#), [307](#)

splénus de la tête (*splenius capitis*) [74-75](#)  
splénus du cou (*splenius cervicis*) [75-76](#), [306](#)  
sternaux (*sternalis*) [166](#)  
sterno-cléido-mastoïdien (*sternocleidomastoideus*) [62-66](#)  
surcostaux ou élévateurs des côtes (*levator costae*) [193](#)  
surcostaux ou élévateurs des côtes (*levator costae*) [193](#)  
sus-épineux ou supra-épineux (*supraspinatus*) [108-109](#)  
temporal (*temporalis*) [81](#)  
tenseur du fascia-lata (*tensor fasciae latae*) [220-222](#)  
transversaire épineux (*multifidi*) [78](#), [193](#)  
transverse (*transversus abdominis*) [172](#)  
trapèze (*trapezius*) [66-72](#)  
triceps brachial (*triceps brachii*) [121-123](#), [310](#)  
vaste externe ou vaste latéral (*vastus lateralis*) [229-232](#), [296](#)  
vaste interne ou vaste médial (*vastus medialis*) [227-229](#), [296](#)  
zygomatique (*zygomaticus*) [87-88](#)

# Index général

## A

abducteur du 1<sup>er</sup> orteil, [282](#), [283](#)  
abducteur du 5<sup>e</sup> doigt, [152](#)  
abducteur du 5<sup>e</sup> orteil, [283](#), [284](#)  
abréaction, [327](#)  
accident de voiture, [29](#), [61](#), [73](#), [98](#)  
accouchement, [173](#), [183](#)  
acétylcholine (ACh), [16–18](#)  
acétylcholinestérase (AChE), [18](#)  
acouphène, [57](#), [64](#), [84](#)  
acromion, [102](#), [331](#)  
adducteur du 1<sup>er</sup> orteil, [285](#)  
adducteur du pouce, [151](#)  
adduction, [232](#)  
adénosine triphosphate (ATP), [16–18](#)  
adhérence, [29](#)  
adrénaline, [33](#)  
alcool, [32](#), [33](#), [49](#)  
allergie, [33](#), [49](#), [86](#), [87](#)  
amplitude limitée de mouvement des bras, [92](#)  
anconé, [142](#)  
anémie, [32](#)  
angine de poitrine ou angor, [98](#), [158](#), [196](#)  
angulaire de l'omoplate, [72–74](#), [305](#), [306](#)  
anomalie osseuse, [30](#), [31](#)  
antiacide, [32](#)  
antiagrégant plaquettaire, [48](#)  
anxiété, [33](#), [88](#), [171](#), [327](#)  
aorte, [180](#)  
apophyse styloïde, [135](#)  
appareil orthopédique, [29](#)  
appareil de massage, [42–44](#), [338–340](#)

- application de glace, [48](#)
- apprentissage, [50](#)
- artère, [37](#), [65](#), [88](#)
- arthropathie, [93](#)
- arthrose, [30](#), [143](#), [193](#), [235](#), [266](#)
  - cheville, [263](#), [266](#)
  - dos, [193](#), [199](#)
  - développement, [153](#)
  - coude, [108](#), [122](#)
  - doigt/main, [143](#)
  - hanche, [220](#), [232](#), [235](#)
  - genou, [220](#), [224](#), [232](#)
  - épaule, [93](#), [107](#)
- articulation sacro-iliaque, [188](#), [192](#), [199](#), [208](#), [210](#), [211](#)
- arythmie, [26](#), [158](#), [162](#), [163](#), [165](#)
- asthme, [98](#), [105](#)
- attelle, [29](#)
- athérosclérose, [38](#)
- avant-bras, [126–131](#)
  - muscles extenseurs, [137–144](#), [300–301](#)
  - muscles fléchisseurs, [145–149](#)
  - os, [135](#), [136](#)
  - syndrome du canal carpien, [132](#), [133](#)
  - techniques de massage sans risque, [134](#), [135](#)
  - tennis elbow, [132–134](#)

## B

- Backnobber, [42](#), [338](#)
- balles, utilisation thérapeutique, [43–44](#), [197](#), [339](#)
- bande ilio-tibiale, [220](#), [221](#), [231](#)
- bandes de tension, [10](#), [24](#), [25](#)
- bandes Z, [15](#), [16](#)
- bascule du bassin, [188](#)
- biceps brachiaux, [120](#)
- biceps fémoraux, [219](#), [239–241](#), [300](#), [301](#)
- Big Bend Backnobber, [42](#)
- bilan biologique, [32](#)
- Body Back Buddy, [42](#), [338](#)
- brachiaux, [130](#), [136](#), [137](#), [300](#), [301](#)

brachio-radial. Voir long supinateur

bruit en cas de mouvement, [92](#)

brûlure (sensations), [22](#), [24](#)

brûlures d'estomac, [158](#), [162](#), [173](#)

buccinateurs, [86](#), [87](#)

bulbo-caverneux, [181](#), [182](#)

bursite

– douleur à l'épaule, [92](#), [98](#), [107](#), [108](#), [120](#)

– douleur au coude, [122](#)

– douleur au genou, [224](#)

– douleur à la hanche, [199](#), [202](#), [221](#)

– bursite trochantérique, [217](#), [221](#)

## C

caféine, [32](#), [33](#)

caillots sanguins, [25](#), [267](#)

calcium, [32](#)

candidose, [30](#)

capsulite rétractile (épaule bloquée), [92](#), [107](#)

cardiopathie ischémique, [158](#)

carences en vitamines et en sels minéraux, [31](#), [32](#), [49](#), [290](#)

– facteurs physiques, [30](#), [31](#)

– facteurs psychologiques, [33](#)

– troubles métaboliques, [32](#), [33](#)

carotide, [65](#), [88](#)

carré plantaire. Voir chair carrée de Sylvius

carrés des lombes, [190](#), [198–201](#), [311](#)

carrés pronateurs, [148–149](#)

chair carrée de Sylvius, [284](#), [285](#), [314](#)

cheville instable. Voir le pied ancestral de Dudley-Morton

chirurgie, *trigger points* créés par, [29](#), [171](#), [175](#)

chute, [29](#), [64](#), [65](#), [73](#), [98](#), [257](#)

claquement du pied, [250](#)

coccygodynie, [193](#)

coliques, [158](#), [162](#), [174](#)

compression d'un nerf, [24](#), [25](#), [128](#), [205](#), [207](#), [257](#)

compression ischémique, [39](#), [288](#)

compression vasculaire, [25](#)

conduite, [29](#), [111](#), [258](#), [274](#)



congestion auriculaire, [56](#)  
congestion des sinus avec écoulement nasal, [56](#)  
contraceptifs oraux, [32](#), [49](#)  
contraction excentrique, [26](#), [45](#), [228](#)  
contraction musculaire, [16](#), [17](#)  
contracture de Dupuytren, [147](#)  
contre-indications aux *trigger points*, [37](#), [38](#)  
coraco-brachiaux, [118](#), [119](#)  
côtes, inflammation, [171](#)  
cou raide, [56](#), [61](#), [63](#), [72](#), [78](#)  
coup du lapin, [61](#), [62](#)

- douleur due à des *trigger points*, [29](#)
- muscles de la tête et du cou, [65](#), [73](#), [75](#), [79](#), [98](#)
- muscles du torse, [166](#), [168](#)
- spinaux superficiels, [197](#)

court abducteur du pouce, [150](#)  
court extenseur des doigts. Voir court extenseur commun des doigts  
court extenseur des orteils. Voir pédieux  
court extenseur radial du carpe. Voir deuxième radial  
court fibulaire. Voir court péronier latéral  
court fléchisseur propre du pouce, [150](#)  
couturier, [222](#), [223](#), [296](#)  
crampe

- de l'écrivain, [153](#)
- estomac, [174](#)
- main, [153](#)
- mollet, [250](#), [268](#)
- nocturnes, [260](#), [268](#)
- pied, [260](#), [275](#), [280](#), [281](#)

crépitation (bruit en cas de mouvement), [92](#)  
crête iliaque, [196](#), [198](#)  
cruraux, [227](#), [296](#)

## D

déglutition (difficulté), [56](#), [86](#)  
deltoïdes, [94](#), [95](#), [115–117](#), [310](#)  
démangeaison auriculaire, [56](#)  
demi-membraneux, [241](#), [242](#)  
demi-tendineux, [241](#), [242](#)

dentelé antérieur. Voir grand dentelé  
dents, [56](#), [57](#), [81](#), [82](#). Voir aussi douleur aux dents  
déplacement vertébral, [78](#), [192](#), [199](#)  
dépression, [2](#), [33](#)  
désensibilisation systématique, [319](#), [320](#)  
déséquilibre, [56](#)  
détresse psychique, [30](#), [33](#), [200](#), [208](#), [327](#)  
diabète, [30](#)  
diaphragme, [171](#), [172](#)  
diarrhée, [162](#)  
digastriques, [85](#), [86](#)  
diminution de l’amplitude du mouvement, [56](#)  
diminution de la mobilité, [216](#)  
doigts  
– à ressaut, [129](#), [148](#)  
– os, [135](#), [136](#)  
– engourdissement ou picotements, [112](#), [133](#), [137](#), [152](#), [167](#)  
– faiblesse, raideur, hypersensibilité, [128](#), [137](#), [143](#), [152](#)  
– lors d’un massage, [40–42](#), [134](#), [135](#)  
dorsiflexion, [255](#), [256](#), [259](#)  
douleur (échelle), [40](#), [151](#), [261](#), [294](#)  
droits antérieurs, [225](#), [226](#)  
droits internes, [238](#), [239](#)  
dysfonctionnement postural, [35](#), [49](#)

## E

échauffement par des mouvements circulaires, [290](#), [291](#)  
effets indésirables de médicaments, [29](#), [30](#)  
effleurage, [290](#)  
électrochimie des *trigger points*, [16](#), [17](#)  
élevateur de la scapula. Voir angulaire de l’omoplate  
élevateurs des côtes. Voir surcostaux  
emphysème, [98](#), [165](#), [169](#)  
engourdissement  
– arrière de la tête, [56](#), [76](#), [77](#)  
– compression d’un nerf, [24](#)  
– jambe et pied, [216](#), [223](#), [250](#), [256](#), [263](#), [282](#), [285](#)  
– main et doigts, [112](#), [128](#), [129](#), [133](#), [137](#), [167](#)  
entorse

- de la cheville, [250](#), [255](#), [262](#)
- du fléchisseur commun des orteils, [251](#), [256](#), [272](#), [273](#)
- du gros orteil, [257](#)

énurésie, [162](#), [175](#)

épaule bloquée, [4](#), [29](#), [92](#), [107](#), [111](#), [113](#). Voir aussi douleur à l'épaule

épi-épineux, [195](#), [196](#)

épicondyle latéral, [135](#)

épicondyle médial, [135](#)

épicondylite latérale, [108](#), [121](#), [129](#), [132–134](#), [138](#). Voir aussi douleur au coude; tennis elbow

épine calcanéenne, [255](#), [272](#), [284–285](#)

épine iliaque antéro-supérieure, [179](#), [180](#), [206](#), [221](#), [226](#)

épitrochlée, [135](#)

équilibre, [26](#), [56](#), [61](#), [63–64](#), [257](#)

ergonomie, [27](#), [116](#), [134–135](#), [288](#), [338](#)

- d'un ordinateur, [27](#)

éructations, [158](#), [174](#)

étirement, [45–48](#)

- actif aidé, [46–47](#)
- aggravation de la douleur, [134](#)
- balistique, [46](#)
- contracté-relâché, [292](#)
- isolé actif, [47](#), [292](#)
- massage des *trigger points*, [47–48](#)
- passif, [46](#)
- statique, [46](#)

étourdissement, [56](#)

évaluation posturale, [290](#)

évanouissement, [63–64](#), [272](#)

éversion, [259](#), [262](#)

excès de mucus, [56](#)

expérience d'immersion, [325–328](#)

extenseur commun des orteils, [259–261](#)

extenseur des doigts. Voir extenseur commun des doigts

extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, [259–261](#)

extenseur ulnaire du carpe. Voir cubital postérieur

## F

facilitation neuromusculaire proprioceptive, [47](#), [292](#)

facteurs de santé, [31–32](#), [49–50](#)

- facteurs nutritionnels, [31–32](#)
- facteurs psychologiques, [33](#), [69](#), [327–328](#)
- facteurs perpétuants, [30–34](#)
  - facteurs physiques, [30–31](#)
  - stress postural, [31](#)
  - structure osseuse anormale, [30–31](#)
- facteurs posturaux, [25](#), [31](#)
  - hallux limitus, [277–278](#)
  - grand pectoral, [164](#)
  - intercostaux, [172](#)
  - petit pectoral, [168](#)
  - psoas, [179](#), [181](#)
  - spinaux profonds, [194](#)
  - trapèze, [69](#)
- faiblesse
  - cheville, [251](#), [256](#), [263](#)
  - bras ou main, [128–129](#)
  - épaule ou bras, [93](#)
- fascia thoraco-lombaire, [172](#)
- fasciite plantaire, [250](#), [255](#), [272](#), [281](#)
- fatigue, [2](#), [12](#), [23](#), [33](#)
- fibres musculaires, [14](#), [19–20](#)
- fibromyalgie, [2](#), [12–13](#)
- fibulaires. Voir péroniers
- fléchisseur radial du carpe. Voir grand palmaire
- fléchisseur ulnaire du carpe. Voir cubital antérieur
- foulure, traitement, [44–45](#)
- fourmillements, [128](#)
- fragilisation due au travail, [27–28](#)

## G

- ganglions lymphatiques enflés, [63](#), [86](#)
- gastro-intestinal (problème), [30](#)
- genou
  - bloqué, [230](#)
  - qui se dérobe, [228](#)
  - plantaire, [244](#)
  - poplité, [242–244](#)
- goutte, [256](#), [257](#), [274](#)

grand dorsal, [117–118](#), [309](#)  
grand trochanter, [199](#), [206](#), [208](#), [211](#), [220](#)  
grands adducteurs, [236–238](#), [296–297](#)  
grands dentelés, [160](#), [169–171](#), [310](#)  
grands droits de l’abdomen, [172](#), [297](#)  
grands glutéaux, [201–203](#), [312](#)  
grands obliques, [172](#)  
grands pectoraux, [160](#), [163–165](#), [298–299](#)  
grands ronds, [117–118](#), [309](#)  
grossesse, [183](#), [184](#)  
guide du massage clinique des *trigger points*, [289](#)  
guide récapitulatif de l’automassage, [38](#)

## H

hallux limitus, [277–279](#)  
hauts talons, [264](#), [272](#), [280](#), [283](#)  
hémorroïdes, [183](#), [184](#)  
hernie, [162](#), [173](#), [175](#), [232](#)  
hypersensibilité

- bassin, [189](#)
- cheville, [251](#), [259](#)
- coccyx, [158](#), [182](#)
- coude, [129](#)
- cuisse, [217](#)
- dos, [189](#)
- épaule, [93](#)
- fesses, [189](#)
- hanche, [217](#)
- pied, [251](#), [259](#)
- poitrine, [158](#), [163](#), [165](#), [169](#)
- tête, [57](#)
- poignet et main, [129](#)

  
hypersensibilité

- à l’arrière de la tête, cuir chevelu, [57](#)
- au bruit, [318–319](#), [321](#)
- au coccyx, [158](#)
- à l’épaule, [93](#)

  
hyperuricémie, [49](#)  
hyperventilation, [98](#), [168](#)

hypnose, [319–320](#)  
hypoglycémie, [33](#)  
hypothèse intégrée de la formation des *trigger points*, [18–19](#)  
hypothyroïdie, [33](#)  
hystérectomie, [183](#)

## I

identification des facteurs perpétuants, [290](#)  
ilio-coccygien, [182](#)  
ilio-costaux, [195](#), [196](#), [307](#)  
ilio-psoas. Voir psoas  
immersion passive en tension, [317](#), [325–328](#)  
impatience musculaire (mouvements involontaires), [93](#)  
implantation anormale de certaines dents, [56](#)  
impuissance, [158](#), [162](#), [182](#), [210](#)  
incontinence urinaire, [159](#)  
indigestion, [158](#), [173](#)  
inégalité de longueur des jambes (mécanique et non structurelle), [188](#)  
infection, [30](#), [33](#)  
inflammation, [44](#)  
inhibition réciproque, [47](#)  
injection, [29](#)  
intention paradoxale, [326–327](#)  
interosseux  
– dorsaux du pied, [279–281](#)  
– dorsaux de la main, [152–154](#), [301](#)  
– palmaires, [152](#)  
– plantaires, [279–281](#)  
intervention chirurgicale, *trigger points* créés par, [29](#), [171](#), [175](#)  
inversion, [256](#), [259](#), [262](#)  
ions calcium, [16–17](#), [18](#)  
ischémie, [18](#), [158](#)  
ischio-caverneux, [181–182](#)  
ischio-coccygéen, [182](#)  
ischio-jambiers, [239–242](#), [312](#)  
– biceps fémoral, [239–241](#)  
– demi-tendineux et demi-membraneux, [241–242](#)

## J

jambe, différence de longueur, [30](#), [188](#), [200](#)

jambiers antérieurs, [256–259](#)

jambiers postérieurs, [273–274](#), [313](#)

jonction neuromusculaire, [17](#), [18](#), [19](#)

jumeaux, [267–270](#), [313](#)

## K

Knobble, [42](#), [43](#), [339](#)

kyste de Baker, [216](#), [243](#)

## L

larmolement, [56](#), [64](#)

lecture (difficultés), [87](#)

lésion par compression du nerf musculo-cutané, [92](#)

ligaments

- blessure, [220](#), [243](#), [262](#), [266](#), [272](#)

- fonction, [44](#)

- inguinal, [172](#), [234](#)

ligne antérieure superficelle, [294–295](#)

lombricaux, [135](#), [279](#)

long extenseur radial du carpe. Voir premier radial

long fibulaire. Voir long péronier latéral

long palmaire. Voir petit palmaire

longs abducteurs du pouce, [144](#)

longs dorsaux, [195](#), [196](#)

longs du cou, [88](#)

longs supinateurs, [139](#)

## M

mains

- crampes, [153](#)

- douleurs lors de mouvements fins, [128](#)

- durant un massage, [40–42](#), [134–135](#)

- engourdissement ou picotements, [112](#), [137](#), [167](#)

- muscles individuels, [149–154](#)

- os, [135–136](#)

- transpiration excessive, [26](#)

- tuméfaction, [128](#)

mal de gorge, [56](#), [61](#), [88](#)



maladie cardiaque, 164, 173

maladie de Lyme, 30

maladie pulmonaire, 162, 169

maladie respiratoire, 170

malléole externe, 262, 263

malocclusion dentaire, 56, 84

massage, 35–51

- appareils, 42–44, 338–340
- automassage, 3–4
- bienfaits de la diminution de la tension, 51
- contre-indications, 37–38
- contusions, 48
- de la nuque, 306
- des avant-bras et des mains, 134–135
- douleur nouvelle, 48–49, 293–294
- douleur ressentie, 40
- douleur très localisée, 44
- étirement, 47–48
- neuromusculaire, 88, 290
- notions de biomécanique,
- profonds mouvements de va-et-vient, 37, 39
- résultats attendus, 48–50
- suédois, 288, 293
- techniques avec les mains et les doigts, 40–42.
- techniques avec une gomme, 153, 154, 281
- Voir aussi massage des *trigger points*

masséters, 82–83, 303

massothérapeutes, 288–290, 294

maux de tête, 54–55, 58–60

- occipito-frontal, 88
- semi-épineux, 77
- splénus de la tête, 75
- splénus du cou, 75–76
- sterno-cléido-mastoïdien, 63
- temporal, 81
- trapèze, 67, 69

médication, 3, 29–30

méralgie paresthésique, 223

métabolisme musculaire, 16

métacarpiens, [135](#)

métatarsiens, [262](#), [276–279](#)

- hallux limitus, [277–279](#)
- pied ancestral de Dudley-Morton, [276–277](#), [285](#)

microétirement, [39](#)

microscopie des *trigger points*, [14–15](#)

migraine, [56](#), [64](#), [69](#), [76](#)

mouvement

- douleur à la jambe, à la cheville et au pied, [250–251](#)
- douleur à la tête, à la face et au cou, [56](#)
- douleur à l'épaule, au haut du dos et au bras, [92](#)
- douleur au coude, à l'avant-bras et à la main, [128](#)
- douleur au milieu du dos, au bas du dos et au fessier, [188](#)
- douleur thoracique, abdominale et génitale, [158](#)

mouvement répétitif, [27](#), [28](#), [109](#), [120](#), [138](#), [143](#)

mouvements circulaires de massage, [290](#)

mouvements répétés de va-et-vient, [291](#)

moyens adducteurs, [219](#), [234–236](#), [296–297](#)

moyens glutéaux, [191](#), [204–206](#), [312](#)

muscle de la tête, de la face et des mâchoires, [56–57](#), [61](#), [81–88](#). Voir aussi muscles du cou.

- buccinateur, [86–87](#)
- digastrique, [85–86](#)
- masséter, [82–83](#)
- muscles de la gorge, [88](#)
- mylo-hyoïdien, [86](#)
- orbiculaire de l'œil, [87](#)
- occipito-frontal, [88](#)
- ptérygoïdiens, [83–85](#)
- releveur naso-labial, [87–88](#)
- temporal, [81](#)
- zygomatique, [87–88](#).

muscle supinateur, [139](#)

muscles

- allongement en douceur, [292](#)
- bandes de tension, [10](#)
- comprendre leur rôle, [36](#)
- contraction, [16–17](#)
- fragilisation, [26–30](#)
- indifférence médicale, [9](#)

- physiologie des *trigger points*, 13–19

- schémas de douleur, 36–37.

muscles de l'abdomen, 156, 157, 160–162, 172–177, 297, 298

muscles de l'éminence hypothénar, 152

muscles de l'éminence thénar, 150–151

muscles de l'épaule, 90–95, 106–117

- deltoïde, 115–117

- petit rond, 112–113

- sous-épineux, 109–112

- sous-scapulaire, 113–115

- sus-épineux, 108–109

muscles de la coiffe des rotateurs, 96, 107

muscles de la cuisse

- couturier, 222–223

- guide des douleurs, 214–215, 218–219

- ischio-jambiers, 239–242

- muscles de la face interne de la cuisse, 232–239

- problème de mouvement lié, 216–217

- quadriceps, 224–232

- tenseur du fascia-lata, 220–222

muscles de la face dorsale du pied, 279–281, 295

muscles de la face interne de la cuisse, 232–239

- droit interne, 238–239

- grand adducteur, 236–238

- méthodes de traitement, 296–297

- moyen adducteur, 234–236

- pectiné, 233–234

muscles de la gorge, 88

muscles de la jambe, 246–247, 252–254

- muscles du mollet, 267–275

- muscles du péroné, 262–267

- muscles du tibia, 255–261

muscles de la main, 149–154

- adducteur du pouce, 151

- interosseux, 135, 152–154

- muscles de l'éminence hypothénar, 152

- muscles de l'éminence thénar, 150–151

- opposant du pouce, 150

muscles de la nuque, 74–80

muscles de la plante du pied, [281–286](#)

- abductor digiti minimi muscle, [283–284](#)
- abductor hallucis muscle, [282–283](#)
- adductor hallucis muscle, [285](#)
- flexor digiti minimi brevis muscle, [286](#)
- flexor digitorum brevis muscle, [284](#)
- flexor hallucis brevis muscle, [285](#)
- quadratus plantae muscle, [284–285](#)
- méthodes de traitement, [282](#), [314–315](#)

muscles du bas de l’abdomen, [298](#)

muscles du bas du dos

- carré des lombes, [198–201](#)
- douleur référée des glutéaux, [204–205](#)
- guide des douleurs, [186–187](#), [190–191](#)
- muscles du bras, [117–123](#)
- biceps brachial, [120](#)
- brachial, [136–137](#)
- coraco-brachial, [118–119](#)
- grand dorsal, [117–118](#)
- grand rond, [117–118](#)
- guide des douleurs, [90–91](#), [94–95](#)
- triceps brachial, [121–123](#)

muscles du cou, [56–57](#). Voir aussi muscles de la tête, de la face et des mâchoires.

- angulaire de l’omoplate, [72–74](#)
- guide des douleurs, [54–55](#), [58–60](#)
- massage de la nuque, [306](#)
- muscles de la nuque, [74–80](#)
- transversaire épineux et rotateur, [78](#)
- scalènes, [96–101](#)
- semi-épineux, [77](#)
- sous-occipitaux, [78–79](#)
- splénius de la tête, [74–75](#)
- splénius du cou, [75–76](#)
- sterno-cléido-mastoïdiens, [62–66](#)
- trapèzes, [66–72](#)

muscles du haut du dos, [90](#), [91](#), [94](#), [95](#), [104–106](#)

- petit dentelé postérieur et supérieur, [105](#)
- rhomboïde, [104–105](#)

muscles du milieu de l’abdomen, [298](#)

muscles du milieu du dos, [186–187](#), [190–191](#)

- muscles spinaux profonds, [192–195](#)
- muscles spinaux superficiels, [195–197](#)
- petits dentelés postérieurs et inférieurs, [198](#)

muscles du mollet, [267–275](#), [313](#)

- crampes, [250](#), [268](#)
- douleur au pied, [270–275](#), [281](#)
- jambier postérieur, [273–274](#)
- jumeaux, [267–270](#)
- long fléchisseur commun des orteils, [274–275](#)
- long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, [274–275](#)
- soléaire, [270–273](#)

muscles du pied, [276](#), [279–286](#)

- extrinsèque ou intrinsèque, [255](#)
- muscles dorsaux, [279–281](#)
- muscles plantaires, [281–286](#)

muscles du plancher pelvien, [181–184](#), [211](#)

muscles du tibia, [255–261](#), [295](#)

- extenseur commun des orteils, [259–261](#)
- extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, [259–261](#)
- jambier antérieur, [256–259](#)

muscles du torse, [156](#), [157](#), [160–172](#)

- diaphragme, [171–172](#)
- grand dentelé, [169–171](#)
- grand pectoral, [163–165](#)
- intercostaux, [171–172](#)
- petit pectoral, [167–169](#)
- sous-clavier, [166](#)
- sternaux, [166](#)

muscles extenseurs (jambe et pied), [259–261](#)

- court extenseur du 1<sup>er</sup> orteil, [279–281](#)
- extenseur commun des orteils, [259–261](#)
- extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, [259–260](#)
- pédieux, [279–281](#)

muscles extenseurs (main et doigts), [137–144](#)

- anconé, [142](#)
- court et long extenseur du pouce, [144](#)
- cubital postérieur, [141–142](#)

- deuxième radial, [140–141](#)
- extenseur commun des doigts, [143–144](#)
- extenseur propre de l’index, [143–144](#)
- premier radial, [138–140](#)

muscles extrinsèques du pied, [255](#)

muscles fléchisseurs (jambe et pied), [274–275](#)

- court fléchisseur du 1<sup>er</sup> orteil, [285](#)
- court fléchisseur du 5<sup>e</sup> doigt, [286](#)
- court fléchisseur plantaire, [284](#)
- long fléchisseur commun des orteils, [274–275](#), [313](#)
- long fléchisseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, [274–275](#), [313](#)
- muscles fléchisseurs accessoires, [284–285](#)

muscles fléchisseurs (main et doigts), [145–149](#), [310–311](#)

- carré pronateur, [148–149](#)
- cubital antérieur, [146](#)
- fléchisseur commun des doigts, [147–148](#)
- grand palmaire, [145–146](#)
- long fléchisseur propre du pouce, [149](#)
- petit palmaire, [146–147](#)
- rond pronateur, [148–149](#)

muscles intercostaux, [171–172](#)

muscles interosseux

- du pied, [279–281](#)
- de la main, [135](#), [152–154](#)

muscles intrapelviens. Voir muscles du plancher pelvien

muscles intrinsèques du pied, [255](#)

muscles phasiques, [46](#)

muscles posturaux, [46](#)

muscles rotateurs, [78](#), [193](#)

muscles spinaux superficiels, [190](#), [195–197](#), [307](#)

muscles spinaux, [192–197](#), [307–308](#)

musiciens, [98](#), [114](#), [120](#), [137](#), [138](#), [153](#)

mylo-hyoïdiens, [86](#)

myofibrilles, [14–16](#)

## N

nausées, [56](#), [63](#), [158](#), [162](#), [173](#)

nerf pudendal, [210](#)

nerf sciatique, [210](#), [211](#)

nerf tibial antérieur, [260](#)  
neuropathie périphérique, [133](#)  
névralgie du trijumeau, [57](#), [63](#)  
nocicepteurs, [18](#), [24](#)  
nodosités d'Heberden, [128](#), [153](#)  
nodosités de Bouchard, [153](#)  
notions de biomécanique, [36](#)  
nouvelle approche au massage thérapeutique, [287–288](#)

## O

obturateur interne, [182](#)  
occipito-frontal, [88](#)  
omoplate (ou scapula), [101–103](#)  
œdème des mains, [128](#)  
œsophagite, [173](#)  
œstrogènes, [33](#)  
opposants du 5<sup>e</sup> doigt, [152](#)  
opposants du pouce, [150](#)  
orbiculaires de l'œil, [87](#)  
ordinateur  
– douleur à la main/au doigts, [140](#), [141](#), [143](#), [153](#)  
– douleur à l'épaule, [109](#), [111](#), [116](#)  
– douleur au bras, [136](#), [143](#)  
– douleur au dos, [194](#)  
– ergonomie, [27](#)  
– tension répétitive, [27](#)  
oreilles  
– démangeaisons, [26](#), [56](#), [82–83](#)  
– douleur, [61](#), [82](#)  
– congestion, [26](#), [56](#), [61](#), [83](#)  
organes internes (douleur référée), [22](#), [162–163](#)  
orteils en griffe, [250](#), [256](#), [260](#), [275](#)  
orteils en marteau, [250](#), [256](#), [260](#), [275](#)  
orthèses de contention, [29](#)  
os carpiens, [135](#)  
os de la hanche, [180](#), [221](#), [226](#)  
ostéite pubienne, [216](#)

## P



paupière tombante, [56](#), [61](#), [64](#), [87](#)

peauciers du cou, [88](#)

pectinés, [233–234](#)

périnée, [158](#), [181](#), [182](#)

péroniers (fibulaires), [262–267](#), [295](#)

- court péronier latéral, [265](#)

- long péronier latéral, [262–265](#)

- péronier antérieur, [266–267](#)

- peroneus quartus, [266](#)

perpétuation des *trigger points*, [30–34](#)

perte de l’audition, [56](#), [64](#)

petits adducteurs, [234](#)

petits dentelés postérieurs et inférieurs, [198](#)

petits dentelés postérieurs et supérieurs, [105–106](#), [299–300](#), [308](#)

petits glutéaux, [191](#), [207](#), [208](#), [312](#)

petits obliques, [172](#)

petits palmaires, [146–147](#)

petits pectoraux, [160](#), [167–169](#), [298–299](#)

petits ronds, [112–113](#), [309](#)

pétrissage, [306](#)

phlébite, [272](#)

physiologie des *trigger points*, [13–19](#)

picotements

- jambe et pied, [216](#), [250](#)

- main et doigts, [112](#), [133](#), [137](#), [152](#), [167](#)

pied ancestral de Dudley-Morton, [31](#), [250](#), [276–277](#), [279](#)

- semelles et coussinets amortissants, [278](#), [338](#)

- *trigger points*, [205](#), [223](#), [228](#), [265](#)

- vérification, [277](#), [314](#)

pied plat, [274](#)

pied tombant, [250](#)

plantaires, [244](#)

plâtre, [29](#)

pleurésie, [196](#)

pli inguinal, [181](#), [233](#), [234](#)

poids (problème), [28](#)

point de côté, [169](#), [171](#)

points *a-shi*, [11](#)

points d’acupuncture, [11](#)

points de compression, [11](#)  
points de pression dans les arts martiaux, [12](#)  
points douloureux d'une fibromyalgie, [12](#)  
poplites, [242–244](#)  
positions pour dormir, [28](#), [92](#)  
posture avachie, [158](#), [172](#), [183](#), [194](#)  
posture voûtée, [81](#), [158](#), [164](#), [166](#), [168](#), [172](#)  
potentiel d'action, [17](#)  
pouce  
– à ressaut, [129](#), [148](#)  
– muscles liés, [144](#), [150](#), [151](#)  
– douleur et gêne, [149–151](#), [166](#)  
– durant un massage, [40](#), [134–135](#), [153](#)  
préhension, voir le guide des autres symptômes du [chapitre 5](#)  
preuves scientifiques des *trigger points*, [13–14](#)  
projection musculo-squelettique, [23](#)  
pronation, [22](#), [135](#), [148](#)  
prostate, [162](#), [182](#), [232](#), [237](#)  
prurit auriculaire, [56](#)  
pseudo-appendicite, [159](#)  
psoas, [161](#), [177–181](#), [298](#)  
ptérygoïdien, [83–85](#), [303](#)  
pyramidaux, [182](#), [191](#), [209–212](#), [312](#)  
pyriforme. Voir pyramidal

## Q

quadriceps, [224–232](#)  
– crural, [227](#)  
– droit antérieur, [225–226](#)  
– méthodes de traitement, [295](#)  
– vaste externe, [229–232](#)  
– vaste interne, [227–229](#)

## R

radiculopathie, [193](#)  
raideur, hypersensibilité ou faiblesse des doigts, [128](#)  
raideur du cou, [56](#)  
rapports sexuels douloureux, [162](#), [232](#), [237](#)  
rectum, [159](#), [182](#), [232](#), [237](#)

reflux acide, [173](#)  
règle de la «tension décroissante», [323](#)  
reins, [196](#), [198](#), [199](#)  
relâchement actif de la tension, [317](#), [321–325](#)  
relaxation paradoxale, [329](#)  
relaxation post-isométrique, [46–47](#)  
relaxation progressive, [33](#), [317](#), [322–323](#). Voir aussi techniques de relaxation  
relaxation scientifique, [322](#)  
relaxation systématique, [321–328](#). Voir aussi techniques de relaxation  
releveur de l’anus, [182](#)  
releveurs naso-labiaux, [87–88](#)  
renforcement des muscles, [292](#)  
respiration  
– superficielle ou diaphragmatique, [65](#), [98](#), [168](#), [169](#)  
– par la bouche, [86](#)  
– par la poitrine, [65](#), [98](#)  
– problème respiratoire, [92](#), [98](#), [158](#), [162](#), [169](#), [171](#), [172](#)  
rétention urinaire, [159](#)  
rhomboïdes, [104–105](#)  
ronds pronateurs, [148–149](#)  
rotule, [224](#)  
rouleaux de mousse, [44](#)

## S

sacrum, [187](#), [209](#), [210](#)  
sarcomères, [14–16](#), [17](#), [18](#)  
sartorius. Voir couturier  
scalènes, [94](#), [96–101](#), [302–303](#)  
sciatique, [29](#), [31](#), [189](#), [199](#), [207](#), [210](#)  
scoliose, [179](#), [199](#)  
semelles pour pied ancestral de Dudley-Morton, [278](#), [338](#)  
semi-épineux, [74](#), [77](#), [193](#)  
semi-membraneux. Voir demi-membraneux  
semi-tendineux. Voir demi-tendineux  
sensations de brûlure, [22](#), [24](#)  
sensibilisation centrale, [24](#)  
sensibilité dentaire, [57](#)  
sexuel (problème), [162](#), [175](#), [182](#), [210](#), [237](#). Voir aussi douleur génitale  
Shemala Fingers, [42](#), [43](#), [339](#)

sifflements ou bourdonnements dans les oreilles, [57](#)

sinus carotidien, [65](#)

soins dentaires, [82](#), [84](#), [86](#)

soléaires, [196](#), [252](#), [253](#), [270–273](#)

sommeil (troubles), [33](#)

soulever une lourde charge, [65](#), [119](#), [168](#), [183](#), [197](#)

sous-claviers, [166](#)

sous-épineux, [94](#), [109–112](#), [309](#)

sous-occipitaux, [78–79](#)

sous-scapulaires, [94](#), [113–115](#), [299](#), [300](#)

soutien de la voûte, [284](#)

spasme

- des paupières, [56](#), [64](#), [87](#)
- du sphincter urinaire, [159](#)
- musculaire, [10](#), [196](#)

spinaux profonds, [192–195](#), [307–308](#)

splénus de la tête, [74–75](#)

splénus du cou, [75–76](#), [306](#)

statines, [29](#)

sternaux, [166](#)

sterno-cléido-mastoïdiens, [58](#), [62–66](#), [301–302](#)

sternum, [297](#)

Stick, [44](#), [340](#)

stress

- postural, [31](#)
- psychologique, [33](#)

subluxation de vertèbre, [78](#)

subscapulaire. Voir sous-scapulaire

supinateur. Voir court supinateur

supination, [135](#), [148](#)

supra-épineux. Voir sus-épineux

surcostaux, [193](#)

sus-épineux, [94](#), [108–109](#), [308](#)

symptômes de *trigger points*, [9](#), [22–26](#)

symptômes gynécologiques, [158](#), [178](#), [232](#), [237](#). Voir aussi douleur génitale

symptômes neurologiques et vasculaires, [24–26](#)

symptômes systémiques, [64](#)

syndrome algodysfonctionnel de l’articulation temporo-maxillaire, [57](#), [61](#), [63](#), [81](#), [84](#)

syndrome d’empiètement de l’épaule, [92](#)

syndrome de compression double ou multiple, [133](#), [168](#)  
syndrome de compression du nerf ulnaire, [128](#), [146](#), [147](#)  
syndrome de la loge latérale, [262](#)  
syndrome de la loge tibiale antérieure, [256](#), [257](#)  
syndrome de Tietze, [158](#), [171](#)  
syndrome des loges, [256](#), [262](#), [272](#), [273](#)  
syndrome du canal carpien, [98](#), [128](#), [132–133](#), [162](#)  
syndrome du pyramidal, [210](#)  
syndrome du rond pronateur, [148](#)  
syndrome du scalène antérieur, [93](#), [98](#), [129](#), [163](#), [166](#)  
système lymphatique, [37](#)  
système nerveux autonome, [26](#)

## T

tabac, [32](#), [49](#), [172](#)  
tarsiens, [262](#)  
technique de massage, [38–44](#)  
techniques de relâchement musculaire en différentes étapes, [323–325](#)  
techniques de relaxation, [317](#)

- désensibilisation systématique, [319–320](#)
- immersion passive en tension, [325–328](#)
- relâchement actif de la tension, [321–325](#)
- relaxation progressive, [322–323](#)

temporaux, [81](#)  
tendinite du golfeur (épicondylite médiale), [122](#), [128](#), [134](#)  
tendinite, [44](#), [93](#)

- cheville, [255](#), [263](#), [266](#), [272](#)
- épaule, [98](#), [107](#), [120](#)
- coude, [108](#), [122](#), [133](#)
- genou, [224](#), [241](#), [243](#)
- tendon d’Achille, [31](#), [250](#), [272](#), [273](#)

tendinose, [45](#), [122](#), [133](#), [224](#)  
tendons, [44](#), [45](#), [107](#), [262](#)

- tendon d’Achille, [255](#), [267](#), [270](#), [272](#)

tennis elbow, [108](#), [121](#), [129](#), [132–134](#), [138](#). Voir aussi douleur au coude  
ténoosynovite sténosante de Quervain, [128](#), [144](#)  
tenseurs du fascia-lata, [218](#), [220–222](#), [295](#), [296](#)  
tension musculaire, [317–328](#)

- déplacement vertébral, [192](#)

- diminution par le massage, [51](#)
- réduction intentionnelle, [51](#), [321–328](#)
- facteurs psychologiques, [33](#), [69](#), [327](#), [328](#)
- hypersensibilité au bruit, [318–319](#), [321](#)
- techniques de relaxation, [317](#), [319–328](#)
- tension habituelle, [321](#)

tension vocale/laryngée, [57](#)

testostérone, [32](#)

théorie de l'hyperexcitabilité centrale, [24](#)

théorie de la convergence-projection, [23](#)

Thera Cane, [42](#), [340](#)

thrombose, [267](#), [272](#)

thyroïde, [33](#), [49](#)

tibial antérieur. Voir jambier antérieur

tibial postérieur. Voir jambier postérieur

Tiger Tail, [44](#), [340](#)

toux, [26](#), [57](#), [61](#), [64](#), [166](#), [170](#), [171](#)

traitement du patient en décubitus dorsal, [294–303](#)

traitement du patient en décubitus ventral, [303–315](#)

transversaire épineux, [78](#), [193](#)

transverses, [172](#)

trapèzes, [58](#), [66–72](#), [304–305](#)

traumatisme cervical, [29](#), [61–62](#)

- muscles de la tête et du cou, [65](#), [73](#), [75](#), [79](#), [98](#)
- muscles du torse, [166](#), [168](#)
- spinaux superficiels, [197](#)

travail statique, [27](#)

triceps brachiaux, [121–123](#), [310](#)

troisième fibulaire. Voir péronier antérieur

trouble fonctionnel de l'articulation sacro-iliaque, [188](#)

troubles auditifs, [64](#)

troubles autonomes, [25–26](#)

troubles métaboliques, [32–33](#)

troubles visuels, [26](#), [56](#), [57](#), [61](#), [64](#), [87](#).

tubérosité ischiatique, [211](#)

## U

ulcère, [173](#)

uricémie, [33](#), [257](#)

urinaire (problème), [159](#), [162](#), [175](#), [175](#), [182](#), [183](#)

## V

vaisseaux sanguins, [25](#), [37](#)

varices, [267](#), [272](#)

vaste intermédiaire. Voir crural

vaste latéral. Voir vaste externe

vaste médial. Voir vaste interne

vaste externe, [229–232](#), [296](#)

vaste interne, [227–229](#), [296](#)

vertige, [26](#), [57](#), [61](#), [63](#), [64](#), [79](#). Voir aussi problème d'équilibre

vessie, [158](#), [162](#), [232](#), [237](#)

viscères, [23](#), [173](#)

vision (problèmes), [26](#), [56](#), [61](#), [63](#), [64](#), [87](#)

vomissements, [159](#), [162](#), [173](#)

vulvodynie, [159](#)

## Y

yeux rouges, [56](#)

## Z

zygomatiques, [87](#), 888



## Votre meilleur ostéo, c'est vous !

Vous avez entre les mains **le guide de référence** pour soulager vos douleurs chroniques et celles de vos proches grâce au massage des **trigger points**, qui sont de petits nœuds de contraction dans les muscles. Ces nœuds apparaissent lorsqu'un muscle est trop ou mal sollicité, et aussi en cas de stress.

L'automassage des *trigger points* permet d'**éliminer de très nombreuses douleurs** musculaires ou articulaires (dos, cou, épaule, mâchoire, cheville, genou), douleurs pelviennes, sciatique, migraine, sinusite, acouphènes, syndrome du canal carpien, tendinites...

Ce guide abondamment illustré est **le plus complet et le plus pratique** des livres d'automassage. Il a permis à des centaines de milliers de personnes de venir à bout de maux contre lesquels la médecine est parfois démunie et que l'on traîne pendant des mois voire des années.

Un *trigger point* est ressenti sous le doigt comme un petit pois dans le muscle. En réduisant la circulation et l'oxygénation dans le muscle, ces *trigger points* entraînent des douleurs, parfois même à distance (un *trigger point* dans les abdominaux peut être à l'origine d'une lombalgie). En le massant suivant la procédure simple présentée dans ce guide, il est possible de le désamorcer rapidement. Quelques jours suffisent pour faire disparaître définitivement la douleur.

### Ce guide met la technique des *trigger points* à votre portée :

1. Vous identifiez et localisez le muscle potentiellement impliqué dans votre douleur
2. Grâce aux illustrations, vous repérez le ou les *trigger point(s)*
3. Vous massez le *trigger point* de **30 secondes à 1 minute** (avec les doigts, une balle...), **plusieurs fois par jour**, jusqu'à ce qu'il soit complètement désactivé

- ✦ 400 illustrations accompagnées d'explications détaillées
- ✦ Des conseils spécifiques pour les professionnels (massothérapeutes, kinésithérapeutes, ostéopathes...) qui veulent maîtriser cette thérapie manuelle

**Clair Davies et Amber Davies** (père et fille) sont tous deux massothérapeutes diplômés. Amber enseigne la thérapie par les *trigger points* aux professionnels de santé. Leur livre est un best-seller international.

[www.thierrysouccar.com](http://www.thierrysouccar.com)

Prix : 35€ TTC France

ISBN 978-2-36543-103-7



9 782365 491037