

# Libération fasciale et développement du toucher



Le toucher est essentiel, c'est une nourriture « vitale » pour le corps et l'esprit. Il est nécessaire pour nous revigorer, nous apaiser, nous reconforter et nous nourrir. Le toucher est très souvent requis dans notre travail et comme méthode de communication nécessaire tandis que nous faisons notre chemin dans le monde. On a beaucoup écrit sur les nombreux types de toucher et mené beaucoup d'études sur ses effets, mais il existe très peu de textes sur la manière précise de développer un toucher thérapeutique sûr, efficace et profond au niveau des fascias.

Cet ouvrage se veut davantage qu'une énumération de techniques ; nous avons souhaité en faire un catalogue d'« intentions », d'idées sur la façon dont vous pouvez produire différents effets dans les tissus en utilisant divers styles de toucher. Nous explorerons cela plus avant dans la section suivante, mais d'abord nous devons observer comment nous touchons et commencer à forger un vocabulaire pour décrire ce qu'est au juste ce que nous faisons. Les styles de toucher sont nombreux : directif, informatif, aimant, encourageant, brutal, guérisseur, apaisant, condescendant ou séducteur. Nous pouvons devenir des thérapeutes mieux outillés en développant notre aptitude à choisir parmi une large gamme de touchers.

Montagu (1987), dans son ouvrage classique, écrit sur les effets nourriciers du contact, bien documentés dans la littérature de recherche et si bien résumés par lui, mais on a très peu écrit sur la mécanique de notre principale méthode de contribution thérapeutique. Différents auteurs et enseignants ont insisté sur divers aspects du toucher en fonction de leur propre expérience. Chaitow (Chaitow & Fritz, 2006) parle de se dissoudre dans le tissu ; Hungerford (1999) nous avertit de « ne pas laisser tomber le tissu conjonctif » ; Myers (1999) parle des trois « I » d'invitation, intention et information. Cependant, il nous manque un modèle et un vocabulaire adaptables pour tous les éléments d'une pression glissée ou d'une intervention complètes.

Nous espérons qu'en utilisant un modèle à étapes, nous poserons les bases d'un langage commun qui facilitera la discussion. Avec des termes partagés pour exprimer et expliquer les différentes méthodes que nous employons, nous pouvons, en tant que praticiens individuels et représentants d'une profession, devenir non seulement plus avertis du tissu et de ses merveilleuses transformations, mais aussi plus

conscients des différentes étapes que nous parcourons et des divers types d'informations que nous donnons ou recevons par le biais du toucher.

Sous les mains d'un praticien qualifié, la Technique de libération fasciale (TLF) est pour le patient une expérience merveilleusement libératrice, agréable, quoique parfois éprouvante. Comme de nombreux outils, quand ils sont maniés par un novice, elle peut être parfois très inconfortable. Afin d'éviter d'imposer à vos patients un désagrément inutile, nous vous recommandons de passer un peu de temps à étudier et vous amuser avec les cinq étapes décrites ci-dessous. C'est une erreur courante de croire que la seule chose importante est que « le boulot soit fait » ; cependant, si nous voulons que notre thérapie soit centrée sur le patient, alors il est assurément de notre responsabilité de rester conscients du fait que nous travaillons sur une personne, et non une collection de tissus en dysfonctionnement appelant notre toucher salubre, guérisseur et parfois trop empressé.

À première vue, ce modèle en cinq étapes peut paraître plus approprié pour le praticien novice. Cela est délibéré, de manière à ce que vous puissiez voir, le cas échéant, en quoi votre style diffère ou ce que vous laissez de côté. Rappelez-vous que même le thérapeute le plus chevronné peut trouver avantage à reconsidérer consciemment son toucher.

Le modèle en cinq étapes se présente comme suit :

## **DESIF : Développement, évaluation, stratégie, intervention, fin**

Ce modèle en cinq étapes fut d'abord développé comme un outil d'aide psychologique (Nelson-Jones, 1995) ; nous l'avons adapté ici pour le travail corporel.

### **Étape 1. Développement**

Baucoup d'approches de travail corporel parlent de « se dissoudre » dans le tissu et de « s'enfoncer à travers les couches », et il en va de même en TLF. Soyez conscient des couches alors que vous les traversez, permettant aux tissus de vous laisser le passage, plutôt que de vous frayer un chemin au bulldozer. Modelez vos mains, vos doigts, vos jointures ou tout autre outil que vous utilisez sur la forme de la partie du corps où vous intervenez. N'utilisez que le minimum de

tension et de pression nécessaire pour atteindre la première couche de résistance, en allant suffisamment doucement pour être invité à entrer.

À cette étape, vous développez votre « rapport » au tissu. C'est l'engagement initial, le voyage depuis le champ énergétique du patient et à travers les différentes couches tissulaires successives pour atteindre la structure ciblée. Mais c'est encore plus que cela : le processus est conscient, sensible au transfert d'énergie (auquel vous êtes sensible sous toutes ses formes), percevant cette relation et attendant cette invitation (Myers, 2009a) ou l'absorption dans l'éponge (une image utilisée par Maupin – 2005).

Certaines écoles enseignent que vous pouvez demander à votre patient d'expirer alors que vous vous enfoncez dans ses tissus, et c'est souvent une aide dans les zones difficiles ou douloureuses. Trop insister sur cet élément, toutefois, peut être source de distraction. Faites plutôt l'expérience d'utiliser votre propre expiration pour enfoncer votre poids dans le tissu. Avoir votre centre de gravité en hauteur et garder votre talon arrière soulevé vous permettront de vous placer avec précision au-dessus de la zone souhaitée. Expirer (doucement !) et laisser tomber votre centre de gravité (ou faire descendre votre hara) est bien mieux toléré par votre patient que d'utiliser la force musculaire de vos bras et de vos mains. La tension nécessaire pour pousser provoquera une résistance des tissus du patient, et créera une situation de lutte que l'un de vous deux devra gagner, si douce soit-elle.

Maintenir un point de contact détendu évite de mettre de la tension dans la zone travaillée, qui tenterait alors de vous résister, et vous permet également de rester beaucoup plus sensible aux variations dans le tissu myofascial. Moins vous avez de tonus dans le membre qui travaille, plus vous êtes apte à sentir les changements chez vos patients.

Vous y parviendrez en mettant une grande partie de votre force dans des muscles aussi distants que possible du point de contact. Par exemple, si vous utilisez l'extrémité de vos doigts, ils ne devraient conserver que la seule tension nécessaire pour passer à travers les couches. La force initiale vient du poids de votre corps penché au-dessus de la zone. À mesure que vous avez besoin d'atteindre des niveaux plus profonds, augmentez le poids de votre corps en modifiant l'angle de votre pied arrière. Poussez sur l'avant

de la plante du pied arrière (en n'oubliant pas d'engager la région abdominale), stabilisez votre ceinture scapulaire et votre bras, et immobilisez doucement votre coude et votre poignet. Ce n'est qu'en dernier ressort que vous pousserez avec vos doigts, ce qui peut donner l'impression de quelque chose de « pointu » et désagréable.

## Étape 2. Évaluation

À présent que vous êtes arrivé « quelque part », vous devez vérifier deux choses : premièrement, est-ce là où vous vouliez être ? Si, pour quelque raison, vous cherchiez les muscles fibulaires, comment savez-vous que vous êtes réellement dessus ? Deuxièmement, si vous êtes dessus, comment les sentez-vous ? De quel genre de travail ont-ils besoin, et quel genre d'outil devriez-vous utiliser ? Serait-ce mieux d'utiliser vos doigts, vos jointures ou vos coudes ?

C'est le moment de poser des questions et de recueillir des informations. En utilisant à la fois des mouvements passifs et actifs, vous pouvez obtenir une grande partie des informations qui vous sont nécessaires. Demander à votre patient de mettre le pied en inversion/éversion tandis que vous recherchez les muscles fibulaires peut vous aider à les différencier du soléaire. Sentir la qualité du mouvement vous permet d'évaluer quelles parties du muscle s'ouvrent trop ou pas du tout. Vous pouvez commencer à trouver les zones sur lesquelles vous devrez vous concentrer, mais comment allez-vous le faire ?

Pick (1999, cité dans Chaitow & Fritz, 2006) décrit trois niveaux de tissus : le niveau de surface, le niveau de travail et le niveau de rejet. Ces niveaux ne sont pas des couches spécifiques du corps : ils dépendent du niveau de dysfonction ou de sensibilité dans n'importe quelle région donnée. Le niveau de surface renvoie principalement à la peau ; le niveau de travail est celui où se dérouleront la plupart des interventions de travail corporel ; et le niveau de rejet est atteint quand une résistance, quelle qu'elle soit, est transgressée ou ignorée par le praticien et qu'il en découle de la douleur.

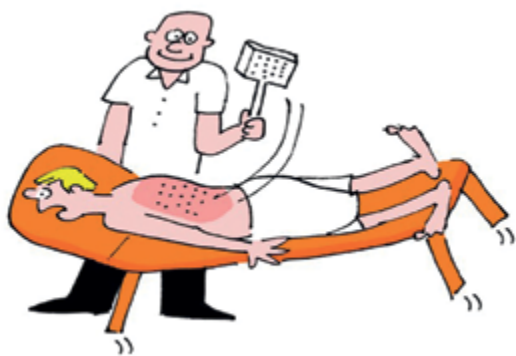
Le praticien doit décider auquel de ces niveaux il veut ou a besoin de travailler. Si c'est au niveau de rejet, il doit avoir l'accord du patient, et commencer de préférence au niveau d'un tissu plus superficiel afin de préparer la zone. La localisation de ces niveaux varie d'une

région à l'autre (en fonction des conditions tissulaires), d'un jour à l'autre (en fonction de l'alimentation et du stress) et, certainement, d'une personne à l'autre (ce qui est chez l'un le niveau de surface est chez l'autre le niveau de rejet). Soyez bien attentif dans votre évaluation afin d'identifier et de savoir où vous êtes en train de travailler par rapport à ces niveaux (figure 2.1).

### Étape 3. Stratégie

Vous êtes là où vous voulez être, avec quelque chose qui demande à être travaillé – mais maintenant vous devez décider comment vous allez vous y prendre. Quelle direction aura le meilleur effet thérapeutique ? Quel mouvement demanderez-vous à votre patient d'effectuer afin d'aider votre action ? Quel outil (doigts, jointures, avant-bras, etc.) convient le mieux à la zone ? C'est le moment de transformer les informations recueillies en une stratégie cohérente.

Les praticiens sautent souvent les étapes de l'Évaluation et de la Stratégie ; ce ne sont pas des moments distincts dans le temps mais simplement des parties d'un processus mental, une prise de décision consciente garantissant que votre travail est spécifique aux besoins du patient, plutôt qu'un traitement appris par cœur. Bien sûr, une certaine dose de « recette » est nécessaire pour les praticiens débutants. Ceux d'entre nous qui ont commencé par les massages se sont vu donner une séquence de base au début de leur pratique, mais à mesure que nous sommes devenus plus à l'aise avec les techniques et plus conscients de leurs effets sur les différents patients et leurs tissus, nous avons appris à adapter ce modèle pour répondre aux besoins qui se présentaient. Avec



**Figure 2.1** : Il est parfois nécessaire d'atteindre le niveau de rejet, mais le patient ne l'accepte pas toujours facilement, en particulier s'il est surpris.

la TLF, cela peut et devrait être fait avec chaque pression glissée.

Ce sont également des étapes qui deviendront plus riches avec l'expérience. Chaque patient, chaque incursion dans les tissus est une occasion d'élaborer votre vocabulaire tactile. Chaque fois que vous établissez une stratégie, touchez et reconsidérez ce que vous faites, vous avez une expérience palpatoire de succès ou d'échec. Vous posez les bases pour comprendre quel style, quelle force ou autre variante du toucher marchera (ou échouera) dans chaque situation. Si vous ignorez l'étape de la stratégie, vous pouvez aisément tomber dans des routines de travail qui finiront par réduire votre vocabulaire et limiter vos facultés tactiles. Une pause pour définir une stratégie aide à construire une bibliothèque de référence profonde (et non verbale) – mais l'allure à laquelle vous créez cet outil dépendra de la façon dont vous procéderez à l'étape suivante, l'intervention.

### Étape 4. Intervention

Vous voici finalement parvenu à l'étape où le travail proprement dit doit être fait. Vous y êtes et vous avez contrôlé la zone sur laquelle vous travaillez, vous avez décidé comment la traiter, et maintenant vous pouvez le faire. Dans le cadre de votre stratégie, vous avez déjà choisi quel instrument utiliser. Vous maintenez votre prise au niveau et dans la zone où vous voulez être, et à présent vous glissez lentement et/ou demandez au patient de bouger. Cependant, ce qui importe le plus, à cette étape, n'est pas tant la manière dont vous effectuez la pression glissée, que l'effet de celle-ci. Le praticien doit constamment contrôler ce qui se passe en dessous et autour du point de contact. Le tissu se libère-t-il ? Est-ce la bonne zone qui est stimulée par le mouvement ? Le tissu se soulève-t-il ou bouge-t-il ? Le patient est-il capable de recevoir et traiter l'information que vous lui offrez ?

Tout au long de l'intervention, ou de la pression glissée, vous mettez en place une boucle de rétroaction permettant d'évaluer son efficacité. Quels changements pouvez-vous effectuer au cours du processus pour vous aider à atteindre les buts fixés ci-dessus ? À chaque changement, vous devez opérer une réévaluation (figure 2.2).

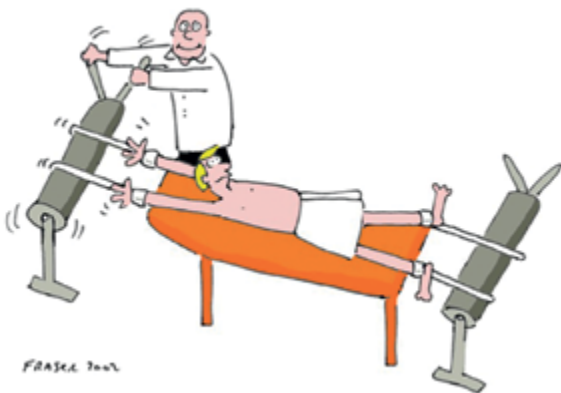
Maintenant, vous écoutez vraiment le patient et ses tissus, établissant ce qu'on appelle parfois



une « conversation entre deux systèmes intelligents ». Avec votre stratégie en tête, vous offrez de l'information au patient, demandant à son tissu s'il peut changer, et demandant au patient si votre travail a du sens pour lui. En écoutant la collection de systèmes qui se trouvent sous vos mains et en restant ouvert à leurs messages, vous serez capable d'intégrer les facultés du tissu du patient dans votre travail, à condition d'adapter votre oreille au langage que ce tissu utilise pour vous informer en réponse à votre contact.

Schwind (2006) nous encourage à utiliser au maximum les surfaces des mains qui ne sont pas activement engagées dans le travail pour assister cette communication. L'usage de la main de soutien comme main maternelle, dont le contact nourrit, ou comme main qui écoute, est courant dans de nombreuses traditions de travail corporel, mais il n'apporte le maximum de bienfaits que s'il participe à cette conversation. Il ne s'agit pas là seulement de procurer une sensation de confort et de bien-être, mais d'ajouter la troisième dimension à ce qui serait autrement une pression en deux dimensions. Deux mains œuvrant en coordination avec un mouvement du patient produisent de nombreuses fois le pouvoir thérapeutique de l'action d'une seule main.

Voilà comment accroître le vocabulaire de votre toucher, en expérimentant les nombreuses variables et en écoutant les changements qu'elles provoquent. Schleip (2003) nous a montré les nombreux types de mécanorécepteurs présents dans le tissu fascial, dont chacun répondra à différentes formes de tension dans les fibres environnantes. Nous devons donc apprendre comment parler à chacun d'entre eux, étant donné que leurs langages seront différents.



**Figure 2.2 :** Avec chaque augmentation d'intensité, le praticien devrait essayer de percevoir un léger feedback.

Il existe des variations parmi les patients, ainsi qu'entre les différentes zones d'un même patient. Il y aura des variations dans le type de dysfonction, aussi bien que dans les couches ou structures fasciales, régulières ou irrégulières, denses ou lâches, rigides ou hypermobiles. Chacune a un langage (ou au moins un dialecte) différent, de sorte que plus le vocabulaire de votre toucher sera étendu, plus la conversation sera claire.

## Étape 5. Fin

Comme vous avez commencé, vous devez finir. Si vous avez passé tout ce temps à prendre soin de votre patient, à vous enfoncer dans son tissu, à en sentir l'état et à l'écouter changer au fil de votre travail, alors honorez à la fois le patient et le travail en ressortant lentement. On a parfois l'impression que les thérapeutes oublient qu'ils travaillent avec une autre personne ; qu'ils sont si soulagés d'en avoir terminé qu'ils bondissent hors du tissu. Nous ne voulons pas dire que ce soit mal, peut-être juste un peu soudain et impoli vis-à-vis du patient. Faites revenir le poids de votre corps dans votre jambe arrière ; ne poussez pas sur le patient pour vous redresser brusquement. Une fois votre poids ramené dans vos jambes, sortez de la pression glissée en vous relevant et en laissant au tissu le temps de se repositionner tranquillement, plutôt que de revenir brutalement en arrière.

Parfois, il peut être plus agréable pour le patient de mettre fin au contact par un mouvement spiralé (Aston, 2006), en détachant lentement votre peau de la sienne. C'est particulièrement vrai quand vous travaillez dans des zones où la peau peut être plus sensible, comme autour des aisselles ou des adducteurs de la cuisse.

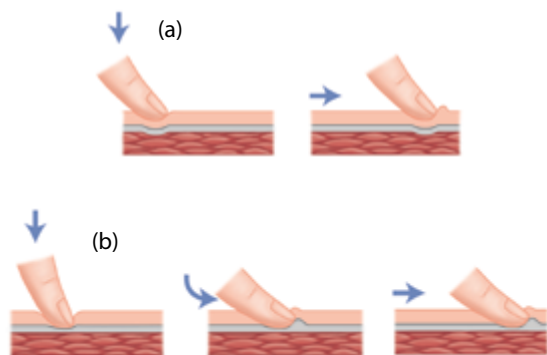
Ce n'est qu'une façon de faire parmi d'autres : rappelez-vous que la sortie fait partie de votre intention. Même donner un choc au tissu peut permettre d'obtenir la réaction souhaitée, soit en provoquant un effet recoil, soit en augmentant le tonus et la conscience dans la zone. Le point important est qu'il s'agit d'une décision consciente et cohérente avec votre intention de créer un changement chez le patient.

C'est le genre de petits détails dont le patient peut ne pas être conscient mais qui est susceptible de faire une grande différence dans son expérience du traitement. La libération fasciale peut

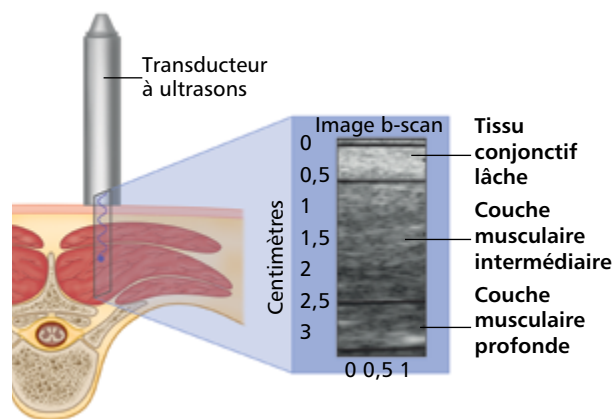
être un traitement éprouvant, et le plus confortable nous pouvons le rendre pour le patient, le plus ce dernier sera en mesure de l'accepter et d'en retirer les bienfaits.

Nous sommes pleinement conscients que ce modèle peut paraître convenu à beaucoup de praticiens qui se laissent guider par l'intuition ; cela est délibéré. Nous devons commencer à être explicites sur ce qui nous conduit mystérieusement à la « bonne » couche, nous informons de la direction dans laquelle travailler et avec quel outil. Avec une pratique attentive, nous pouvons développer l'« intuition » qui vient d'une compétence inconsciente, cette sensibilité accrue qui répond aux besoins du tissu grâce à une sympathie innée avec lui. Nos esprits s'habitueront progressivement avec le langage du tissu et parcourrons rapidement ces étapes avec très peu d'attention consciente de notre part.

DESIF n'est pas une technique, ni même un style de toucher, mais plutôt une façon de décrire le processus alors que nous interagissons avec les tissus de notre patient. En procédant ainsi, nous espérons apporter davantage de profondeur à la tridimensionnalité de notre travail. Nous cherchons à écouter le tissu à chaque étape et à donner, dès le début, une direction consciente à notre travail. Tandis que notre compétence s'accroît, nous laissons cela devenir un processus préconscient, et en aucun cas un traitement inconscient appris par cœur. Nous devrions toujours être conscients de la personne entière et de ses nombreux niveaux alors que nous la traitons, en étant réactifs aux besoins de chaque niveau et en réagissant de manière à développer une communication en trois dimensions grâce au toucher.



**Figure 2.3 :** Une pression glissée appliquant une compression (a) est très différente de notre connexion fasciale intentionnelle (b).



**Figure 2.4 :** On a montré, en utilisant un inducteur à ultrasons, que des forces de compression et de cisaillement pouvaient être créées dans les tissus profonds par des techniques manuelles. (D'après Engell et al., 2016.)

## Technique de libération fasciale

Après nous être concentrés sur la manière d'entrer et de sortir, nous devons maintenant étudier la mécanique de la TLF, parce que le style et l'intention y sont différents de ce qu'on trouve dans bien d'autres formes de travail corporel. Généralement, en pratiquant des techniques de massage, le thérapeute glisse par-dessus la couche supérieure du myofascia, en appliquant une compression sur le tissu de manière à stimuler la circulation des fluides et à agir sur la tension neuromusculaire (figure 2.3a).

Dans une ré-expérimentation récente, Engell et al. (2016) ont montré que les forces de compression et de cisaillement créées par un thérapeute peuvent traverser les tissus mous superficiels et créer une tension suivant les mêmes vecteurs dans les structures plus profondes. Utilisant les ultrasons (voir figure 2.4) pour étudier le préchargement des tissus mous avant un ajustement chiropratique, l'étude a conclu que « la transmission apparaît suffisante pour provoquer des déplacements biologiquement pertinents à la profondeur des tissus spinaux et sur une largeur de plusieurs centimètres ». Elle soutient l'idée que les forces de compression et de cisaillement peuvent être appliquées et communiquées à des couches plus profondes et que par conséquent utiliser le mouvement du patient sous la zone de compression créera d'autant plus de cisaillement entre les couches pour mobiliser le tissu aréolaire et, au-delà, stimuler les propriocepteurs appropriés.



**Figure 2.5a & b :** a) Notez comment le pied arrière est soulevé de manière à ce que le corps soit plus haut, au-dessus du point de contact, ce qui lui permet de s'enfoncer ; b) Le talon est ensuite abaissé pour créer l'angle avant de la pression glissée, en maintenant la prise au niveau de la couche correcte.

Travaillez avec votre poids plutôt qu'avec votre force. En un sens, la TLF est une forme « paresseuse » de travail corporel, parce qu'à la fois votre sensibilité et la sensation du patient dépendent de cette condition que vous déployiez un minimum d'effort dans votre intervention. Être à l'aise dans l'utilisation de votre corps est l'un des éléments essentiels pour rendre le travail agréable à recevoir, et pour prolonger votre aptitude à le faire et ainsi allonger la durée de votre carrière. Plus vous laisserez la gravité agir à votre place, moins vous aurez à mettre de tension dans votre point de contact. Cela vous rendra également plus sensible aux changements dans les tissus du patient, qui de son côté percevra le contact comme plus doux.

Un aspect important de cette question est l'usage de votre jambe arrière. Elle devrait être plus ou moins tendue, et votre talon devrait être légèrement soulevé au-dessus du sol. Beaucoup d'écoles semblent enseigner une approche avec le pied posé à plat, offrant un appui plus stable pour pousser. Néanmoins, notre expé-

rience montre qu'en soulevant le bassin (et, par conséquent, votre centre de gravité), vous aurez moins besoin de « pousser » et pourrez accomplir le mouvement en vous contentant de détendre la jambe avant, afin de laisser le poids de votre corps et la gravité faire le travail pour vous. Vous pouvez ensuite ajuster votre hauteur en soulevant ou abaissant le talon arrière, ce qui augmentera votre portée ou modifiera l'angle de votre contact, et vous aurez en outre l'avantage de pouvoir garder la colonne droite plutôt que de la courber par-dessus un mouvement plus important dans le sens de la longueur.

Comme nous l'avons dit précédemment, « crocheter » le tissu à votre point de contact est nécessaire pour maintenir votre prise. Vous pouvez y arriver aisément en ayant le talon surélevé alors que vous vous enfoncez dans le tissu, puis en le laissant retomber légèrement afin de modifier votre angle et d'avoir la vague devant votre main, votre coude ou votre avant-bras.

Après que vous avez affermi votre prise dans le tissu, tout le haut de votre corps se sta-



bilise pour maintenir la forme correcte, mais il devrait le faire d'une manière qui paraît aller à l'encontre de votre instinct naturel. Beaucoup de thérapeutes novices veulent pousser sur les tissus aussi fort que possible et, par conséquent, bloquent leurs mains et donnent une sensation de dureté au patient. Mais si vous relâchez vos mains le plus possible et travaillez à partir de votre taille et du centre de gravité dans votre bassin, ou votre hara, alors vous pouvez maintenir un contact doux, dans lequel la force vient d'aussi loin du patient que possible. Vos cuisses, en particulier la cuisse avant, contrôleront une grande partie du poids.

Procéder ainsi n'est pas seulement beaucoup plus agréable pour le patient, cela vous permet également d'être beaucoup plus sensible à son tissu et à toute réponse qu'il pourrait donner à la suite de votre travail. Parce que la tension existant dans vos fuseaux musculaires affecte leur

réactivité à des changements de tension, le moins vous placez de tension à votre point de contact, le plus réceptif, et donc réactif, vous serez aux modifications subtiles.

### Utilisation de la main

La main entière, ou la partie inférieure de la paume, peut être un outil très utile pour travailler sur les grandes étendues de feuillet fascial. Un contact large autorise une prise englobante.

### Utilisation des doigts

Vos doigts sont, du point de vue neurologique, l'outil le plus sensible dont vous disposez mais, du point de vue mécanique, c'est aussi le plus fragile. Il est très important que vous gardiez vos doigts en position neutre, ou légèrement fléchis. Ne les laissez jamais s'étendre, ce qui risquerait



**Figure 2.6a & b :** a) Les mains, la partie inférieure des paumes en particulier, sont utiles pour déplacer les feuillets superficiels de fascia, ainsi que pour réchauffer et préparer les tissus avant un travail plus spécifique et profond ; b) L'angle sous les poignets doit être maintenu assez fermé de manière à minimiser la contrainte sur l'articulation et le tissu environnant, permettant à la force de se transmettre à travers les os du carpe depuis l'avant-bras.



**Figure 2.7a & b :** Remarquez non seulement le changement d'angle au point de contact entre (a) et (b), mais aussi comment les mains et les doigts restent légèrement fléchis ou tendus. Ne mettez jamais aucune des articulations en hyperextension.



d'endommager l'intégrité des ligaments et finalement les articulations elles-mêmes. (Ce genre d'hyperextension se produira inévitablement au début mais, s'il vous plaît, remplacez-la par une légère flexion aussi vite que possible.) Dans la figure 2.7, remarquez comment le poignet est également maintenu en position neutre. Toute la force du mouvement est transférée en ligne droite depuis vos coudes, à travers les os carpiens et métacarpiens, jusqu'aux phalanges. Les ajustements d'angle viennent des épaules et sont obtenus en soulevant ou laissant retomber votre pied arrière.

Les premières fois que vous pratiquerez ce genre de pression glissée, vous aurez peut-être la sensation que la peau est tirée depuis sous vos ongles. Cela vient d'un manque de pratique, et peut signifier que vous travaillez avec trop de force, ou avez besoin d'un peu d'eau ou de cire, la peau étant peut-être un peu sèche et offrant trop de résistance. Avec de la pratique, vous découvrirez que de subtils changements d'angle réduisent ce phénomène.

### Le conseil du praticien

Après avoir exploré les couches tissulaires dans l'exercice « Couche fasciale » ci-dessus, essayez, avant chaque pression glissée, d'entraîner le tissu superficiel dans la direction opposée à celle choisie pour votre intervention. En faisant glisser la peau et le tissu adipeux par-dessus le fascia profond :

1. Vous sentirez immédiatement la couche de tissu plus ferme qu'est le fascia profond, et apprendrez à reconnaître la qualité de sensation qui lui est associée.
2. Vous créez du « mou » dans les tissus en arrière de la direction de l'étirement et cela rendra votre intervention beaucoup plus agréable à recevoir, ainsi que plus appropriée au niveau des tissus ciblés.
3. Quand ils apprennent à se servir de la pulpe des doigts pour ce type de pression glissée, beaucoup de praticiens se plaignent de la tension que cela peut créer entre la peau et le dessous de leurs ongles. En entraînant les tissus du patient dans la direction opposée, le praticien entraîne également la chair de ses doigts un peu en avant, et cela peut aider à protéger sa peau jusqu'à ce qu'il se familiarise avec cette technique et apprenne à se détendre en la pratiquant.

### Utilisation du poing

Votre poing est souvent sous-estimé en tant qu'outil et, lorsqu'il est utilisé, il véhicule facilement trop de tension et perd une bonne partie de son potentiel de sensibilité.



**Figure 2.8** : Même sur le tissu relativement fin du thorax latéral et en travaillant au-dessus de la zone sensible des côtes, un poing mou peut être un outil très utile. La main doit être appliquée contre le corps avec peu ou pas de tension, les doigts ouverts, non serrés dans le poing. C'est alors le corps du patient qui modèle le contact du praticien, plutôt que le contraire.

Là encore l'articulation du poignet est maintenue en position neutre, mais cette fois les changements d'angle seront obtenus par un mouvement venant de l'épaule et en fléchissant le coude, aussi bien qu'en modifiant la hauteur des épaules.

Les doigts formant le poing restent souples et sont dirigés vers l'extérieur de la paume, pas repliés à l'intérieur comme si vous vouliez donner un coup. Le poing peut ainsi s'adapter à la forme du patient, permettant au tissu de ce dernier de repousser vos doigts, plutôt que d'avoir ceux-ci fléchis et d'utiliser davantage de tension musculaire que nécessaire dans votre avant-bras et votre main.

Quand vous utilisez le poing, il importe de garder le pouce dirigé vers l'avant. L'erreur la plus courante consiste à se servir du poing avec les jointures en avant, ce qui crée beaucoup de tension dans les extenseurs du poignet. La pression, le poids ou la force est concentré sur la partie proximale de la phalange proximale, près de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index ou du majeur. Occasionnellement, avec des pressions glissées de type « ratissage », quand le corps du praticien passe par-dessus le point de

contact (comme dans les raies dans le dos, page 201), les paumes seront dirigées vers l'avant.

### Utilisation du coude et de l'avant-bras

L'avant-bras est un outil merveilleux pour les zones larges telles que le dos et les cuisses, où des feuillettes de tissu conjonctif et des groupes musculaires volumineux peuvent être déplacés et libérés.

Vous pouvez ajuster le point de contact sur les zones arrondies comme la cuisse en fléchissant ou tendant le coude pour effectuer un mouvement de balancement à travers la zone – comparable au mouvement d'un archet sur le manche d'un violon (figure 2.9a & b). Pour des zones de restriction plus spécifiques, la précision et une sensation de force naturelle peuvent être obtenues en utilisant n'importe quelle surface autour de la pointe du coude permettant d'établir un contact agréable et adapté au tissu que vous voulez atteindre (figure 2.9a).

Par contraste, la figure 2.9b montre l'utilisation de la pointe du coude. Les deux photographies illustrent les différentes utilisations de la main qui ne travaille pas, pour guider le mouvement du patient (figure 2.9a) et/ou pour guider la pointe du coude, assurant précision et stabilité (figure 2.9b). Dans les deux cas, le contact de la main qui ne travaille pas peut aider au confort du patient, mais elle agit également comme second récepteur d'information concernant l'expérience de celui-ci, en guettant tout tressaillement protecteur ou en étant à l'écoute de la sensation d'aise dans les tissus environnants.

Pour cette technique, il est important de garder les épaules en arrière de la pression glissée, vous enfonçant en elle plutôt que de la tirer à travers les tissus avec les muscles de l'épaule.



**Figure 2.9a & b :** Utilisation de l'avant-bras et du coude. Sur (a), remarquez comment la face du quadriceps traitée peut différer selon qu'on soulève ou laisse retomber le poignet droit pour changer l'angle du bras.