

Présentation de la méthode



Massage Neural[®]
et Techniques Normoceptives

Formation pour kinésithérapeutes

Philippe DONZÉ

PRESENTATION DE LA METHODE
Philippe DONZÉ © copyright 02/2011

Les possibilités thérapeutiques du massage sont plutôt méconnues dans le cadre de la pathologie somatique. Le Massage Neural® a pour ambition de proposer de nouvelles options de thérapie manuelle principalement destinées au traitement des pathologies musculo-squelettiques en phases aiguës ou chroniques quelles que soient leurs causes (traumatique, sportive, posturale...). Il apporte également une aide précieuse dans le traitement de certaines affections fonctionnelles organiques et viscérales.

Il associe un corpus de techniques différentes permettant chacune de répondre à des situations pathologiques diversifiées :



-des techniques de massage ou de manipulation tissulaires à visée fonctionnelle ou réflexe pour traiter les problèmes récents en phase aiguë, ou aborder la part fonctionnelle des pathologies chroniques,

- des techniques de mobilisation et de recentrage visant à améliorer le rapport des surfaces articulaires dans un but d'harmonisation proprioceptive et de gain de mobilité,

-des techniques de massage structurel et défibrosant pour traiter les pathologies anciennes, chroniques ou ayant entraîné un profond remaniement tissulaire (ankylose, rétraction musculaire ou capsulaire, adhérences, fibrose cicatricielle, etc.)

A la croisée des chemins entre tradition et modernité, il allie des modalités techniques empiriques issues du plus lointain passé avec les connaissances scientifiques actuelles et s'enrichit de l'apport des thérapies manuelles plus récentes. Il repose sur une démarche diagnostique raisonnée.

Historique

Le Massage Neural est né d'une expérience des approches empiriques et traditionnelles telles que le massage chinois et certaines pratiques de reboutage non manipulatif. Ces techniques ancestrales, dont l'origine est immémoriale (on n'en connaît pas les auteurs), véhiculées au fil d'une transmission orale de maître à élève ou de lignée familiale, pratiquées le plus souvent par des non-médecins, se distinguaient par leur étonnante efficacité.

Ce véritable patrimoine opératif méritait d'entrer dans l'arsenal thérapeutique des professions de santé.

Il convenait cependant de sortir de l'empirisme et d'apporter à ces méthodes l'éclairage des connaissances anatomiques et physiologiques actuelles.

Il importait également de mettre au point une approche clinique et thérapeutique cohérente qui tienne compte de critères essentiels tels que la posture, la perte de mobilité segmentaire, l'influence des sphères viscérales thoraciques et abdominales et qui donne à la neurologie la place qui lui revient, celle de chef d'orchestre de l'organisme.

Au-delà de ses sources empiriques, le Massage Neural s'est donc enrichi d'un travail d'expérimentation, de création et de synthèse de plus de deux décennies.

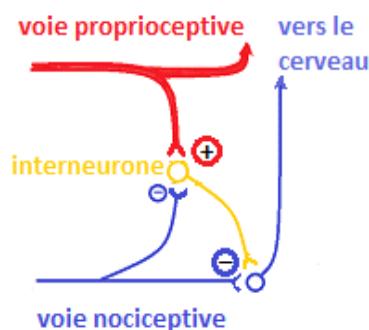
Pourquoi "Neural" ?

- Parce qu'en tant que technique réflexe, il vise les capteurs sensitifs de tous les tissus en dysfonction mais donne une place privilégiée au tissu nerveux périphérique qui constitue sa principale cible en raison de ses hautes propriétés réflexogènes.
- Parce qu'il permet la normalisation du tissu nerveux périphérique lorsque celui-ci est impliqué dans diverses pathologies douloureuses.
- Parce que son action se fonde en partie sur la **structure métamérique** du système nerveux.
- Parce qu'il utilise en les stimulant les propriétés physiologiques d'autorégulation du système nerveux.

Il permet un traitement efficace et durable des pathologies somatiques en déprogrammant la triade douleur-contraction-réaction neuro-végétative et par son action défibrosante.

Deux théories neurophysiologiques émises dans les années 65 à 70 ont attiré notre attention pour leur pertinence et l'éclairage qu'elles permettent d'apporter à nos techniques.

-Le Gate Control :



La théorie du gate-control a été émise en 1965 par deux chercheurs Québécois Ronald Melzack et Patrick Wall. Pour expliquer le fait que certaines douleurs peuvent être atténuées par le simple massage, ils ont émis l'hypothèse qu'il existe au niveau médullaire un équilibre permanent entre les signaux nociceptifs et les signaux proprioceptifs, chacun d'entre eux pouvant inhiber l'autre par le jeu d'un inter-neurone inhibiteur situé au niveau de la corne postérieure. L'inter-neurone médullaire excité par l'influx proprioceptif inhiberait le neurone qui véhiculerait l'information douloureuse vers le cerveau.

Cette théorie neurophysiologique donne une explication très plausible aux résultats constatés dans la pratique du Massage Neural en terme de relâchement du spasme

tissulaire et d'inhibition de la douleur. Il faut noter cependant que ce n'est pas seulement l'information douloureuse en direction du cerveau qui est inhibée par "le contrôle de la porte", mais également le réflexe médullaire qui induit les réactions de défenses (spasme musculaire, réactions neuro-trophiques...)

Les trois techniques spécifiques du Massage Neural (vibrations lentes, mise en tension-échappement et pressions glissées dirigées) provoquent un intense message proprioceptif qui induit un puissant effet d'inhibition du réflexe nociceptif. Il s'ensuit un effet de relâchement et de soulagement.

C'est la qualité du message proprioceptif induit par nos techniques qui est déterminante sur le résultat obtenu.

-La facilitation segmentaire :

Le Massage Neural trouve également un fondement plausible en s'appuyant sur les théories du neurophysiologiste Américain **Irvin M. Korr** selon lesquelles les pathologies somatiques sont caractérisées par l'existence sous-jacente de réflexes segmentaires auto-entretenus et auto-aggravants. Ces réflexes expliquent notamment les fréquentes manifestations segmentaires (dermalgies, contractures...) qui s'expriment localement et à distance d'une affection musculo-squelettique.

Pourquoi une thérapie réflexe globale ?

Les douleurs somatiques que ressentent nos patients ne sont que la partie émergée de l'iceberg car elles font partie d'un processus plus large, plus profond et souvent plus ancien que sa manifestation effective ne le laisse penser. Ainsi leur traitement, pour être vraiment efficace, impose une appréhension la plus globale et la plus proche des causes possible. Il importe notamment, tant dans la démarche diagnostique que dans le traitement de comprendre les relations sensitivomotrices sous-jacentes qui relient fonctionnellement différentes parties du corps entre elles et qui agissent de manière coordonnées et complexes dans le processus pathogénique.

Installation d'une boucle réflexe pathogène.

La plupart des pathologies du système locomoteur s'inscrivent en effet dans un mécanisme réflexe. Tout stress sensitif lié par exemple à un faux mouvement, une mauvaise posture, une affection viscérale passagère ou chronique génère un réflexe qui se traduit par un spasme musculaire et tissulaire. Ce spasme a probablement pour fonctions premières d'une part de protéger les structures trop sollicitées afin d'éviter leur dégradation et d'autre part de limiter ou contenir la douleur du traumatisme par le jeu d'une compensation posturale d'évitement.

Bien qu'elle soit la conséquence d'une réaction de défense, cette réaction réflexe peut s'inscrire paradoxalement dans une boucle d'auto-aggravation ou d'auto-entretien de la pathologie somatique : **le spasme entraîne à son tour une douleur qui génère un spasme, etc.**

Il importe donc de comprendre l'importance que tient le système nerveux dans la pathologie de l'appareil musculo-squelettique. Il n'y a en effet que la neurologie pour expliquer les manifestations tissulaires concomitantes de la plupart des dysfonctions rachidiennes ou somatiques : L'étude clinique des affections de l'appareil musculo-squelettique montre qu'elles s'expriment à la fois localement et à distance de la lésion d'origine sous la forme soit d'une douleur spontanée, soit d'une douleur provoquée par le mouvement extrême ou la palpation.

Ainsi, une dysfonction rachidienne peut se manifester par une hypersensibilité de l'apophyse épineuse correspondante, des ligaments inter-épineux, inter-transversaires, d'une ou des deux articulaires postérieures, des muscles para-vertébraux adjacents, mais aussi par des modifications tissulaires à distance sous la forme de troubles trophiques affectant la peau (dermalgies), les muscles (spasmes et contractures), les tendons, les nerfs périphériques (hyperesthésies, œdème intra-neural, etc.)... dont la distribution est le plus souvent métamérique. (*Korr, Maigne*)

Ces manifestations qu'un examen attentif permet de retrouver parfois très à distance de la lésion initiale ne se localisent pas au hasard. **Elles correspondent le plus souvent à un territoire métamérique précis.** La douleur est projetée à distance de son origine, on la qualifie alors de **douleur référée**.

Ces dysfonctions peuvent quelque fois revêtir une distribution tronculaire ou radiculaire correspondant au territoire d'un nerf périphérique lorsque celui-ci subit une compression sur son trajet. Ce type de **douleur** dite **rapportée** s'accompagne volontiers de signes neurologiques (déficit sensitif, quelquefois moteur dans les cas sérieux), tableau clinique qui ne contredit pas forcément la relation métamérique, le nerf périphérique faisant lui-même partie du territoire métamérique.

J.D'ornano définit l'**Unité Fonctionnelle Vertébrale (UFV)** comme un système biomécanique en équilibre fonctionnel dont les éléments constitutifs situés entre deux vertèbres contigües -segment articulaire disque articulaires postérieures, leur moyens d'union musculo-tendineux, ligamentaire et capsulaire, ainsi que les éléments vasculo-nerveux adjacents- sont reliés entre eux par une **solidarité fonctionnelle**.

D'après l'auteur, **une atteinte anatomique de l'un de ces éléments entraîne la perturbation de tous les autres éléments.**

C'est l'existence de boucles proprioceptives fermées qui assure la relation fonctionnelle à l'intérieur de l'U.F.V.

Le nerf spinal qui se rattache à l'U.F.V. assure son innervation ainsi que celle du métamère qui s'y rattache, ce qui explique l'existence de douleurs rapportées ou référées de distribution métamérique se rapportant à une dysfonction segmentaire vertébrale.

Il convient de mettre en relation les théories de J. D'Ornano, d'Irvin M. Korr, de Ronald Melzack et Patrick Wall :

Comme l'a démontré le neurophysiologiste Irvin M. Korr, ces troubles associés à une dysfonction vertébrale sont la conséquence de l'apparition d'une hyperactivité de la boucle sensitive et motrice (appelée facilitation segmentaire) consécutive à l'excitation aiguë ou chronique des récepteurs proprioceptifs tissulaires.

Une mauvaise posture, la répétition d'un geste traumatisant, un traumatisme, ou toute autre cause de stress tissulaire génère une source d'influx à partir des capteurs proprioceptifs située dans les muscles, les tendons, les ligaments, les structures articulaires. Ces influx afférents nociceptifs rejoignent le segment de moelle épinière par la corne postérieure. Il s'ensuit par le jeu des inter neurones un influx moteur réflexe en direction de tous les tissus innervés par le même segment médullaire. Cet influx efférent, moteur et neuro-végétatif se traduit par un spasme tissulaire et par des troubles neurotrophiques collatéraux décrits plus haut.

Toute structure tissulaire irritée, qu'elle soit superficielle ou profonde, somatique ou viscérale, peut constituer une source d'influx convergent vers la moelle épinière au niveau segmentaire correspondant. Le bombardement sensitif généré par le stress tissulaire abaisse le seuil d'excitabilité du segment médullaire et induit un influx moteur en direction

des tissus dépendant du même segment : ainsi, dermatome, myotome, sclérotome, viscérotome correspondants au segment facilité sont le siège de dysfonctions neurovégétatives, trophiques, inflammatoires cliniquement objectivables.

Nous pouvons penser que ces relations de « solidarité » fonctionnelle ne se limitent pas aux éléments anatomiques du **segment vertébral** comme le suggère J. D'Ornano, mais **incluent également les éléments anatomique (ligaments, muscles tendons) du métamère correspondant.**

Ainsi, nous pouvons penser que les relations neuro-trophiques qui sont classiquement considérées comme descendantes (segment vertébral vers périphérie), **peuvent également être ascendantes**, une pathologie périphérique « viscérale » au sens large – c'est à dire en provenance d'un viscère, d'un ligament, d'un tendon, etc - pouvant également entraîner une **dysfonction vertébrale**, l'ensemble des éléments anatomiques reliés par une innervation segmentaire commune étant en **interaction permanente par le jeu d'une facilitation segmentaire.**

La dysfonction articulaire ainsi comprise est un processus plus large et plus global :

Elle ne peut plus être simplement considérée comme un phénomène purement mécanique, mais plutôt comme une perturbation neurosensorielle et neuro-motrice globale, affectant de manière indissociable **le segment vertébral et l'ensemble des éléments anatomiques sous sa dépendance neurologique.**

Le tableau clinique relie alors des tissus entre eux localement et à distance, mais relie également des pathologies entre elles même lorsqu'elles sont distantes anatomiquement et temporellement :

Par exemple, nous avons pu observer qu'une sciatalgie peut être la conséquence tardive d'une fibrose cicatricielle ligamentaire d'une ancienne entorse de cheville (métamère L5). Dans ce cas, seul le traitement de la fibrose cicatricielle ligamentaire permettait le traitement durable de la sciatalgie. Autre exemple : une tendinite d'Achille peut être intimement liée à l'irritation chronique de la racine rachidienne S1.

Nous avons fréquemment observé des cas d'entorses du membre inférieur qui généraient une dysfonction métamérique palpable et objectivable au niveau du segment vertébral correspondant avec une sensibilité de l'épineuse, de l'articulaire, du ligament inter-transverse homolatéral etc. La relation centripète est ici la plus probable étant donné le caractère primaire de la lésion traumatique du membre inférieur.

Nous pensons que ces relations, mises en évidence par l'expérience clinique, sont de nature réflexe plutôt que mécanique.

Une boucle réflexe auto-aggravante.

Le problème peut fréquemment s'auto entretenir du fait que ces réponses tissulaires sont à leur tour source d'influx nociceptifs réactivant le même réflexe de défense source de nouvelles réactions de tensions et d'inflammation.

Cette facilitation segmentaire peut expliquer l'apparition de pathologies aiguës hyperalgiques telles qu'un lumbago ou un torticolis suite à un mouvement anodin. Le segment facilité devenu hypersensible génère, par une réaction en chaîne « explosive », une pathologie aiguë impressionnante qui semble sans commune mesure avec le « traumatisme » minime qui l'a induite.

Une facilitation peut être latente et inactive pendant une phase de latence plus ou moins longue puis devenir soudainement active en répondant à un effet de seuil (suite à un faux mouvement, une mauvaise posture, un stress...), comme la goutte d'eau fait déborder le

vase. Mais elle peut aussi être la source de pathologies plus insidieuses, évoluant à bas bruit ou sous une forme intermittente caractéristique des affections chroniques.

La fibrose tissulaire source de chronicisation et d'approfondissement de la pathologie.

Ce mécanisme régresse le plus souvent spontanément en un temps variable. Mais il peut également laisser **une marque tissulaire** sous la forme d'une rétraction, d'une cicatrice, d'une fibrose agissant à leur tour comme des épines irritatives, sources d'activation permanente et durable de la boucle nociceptive et donc d'une chronicisation de la pathologie.

Une facilitation réflexe persistante entraîne des lésions chroniques (*Michaël Patterson*).

L'explication la plus probable de cette chronicisation est réflexe (nous l'avons dit plus haut) mais également vasculaire et mécanique. Une inflammation durable est source de fibrose. Une contracture durable entraîne également une fibrose musculaire parce qu'elle comprime le réseau micro-vasculaire entraînant une carence trophique des tissus. De plus, cette tension tissulaire limite l'amplitude de l'articulation sous-jacente dont les structures périphériques (capsule et ligaments) se rétractent à leur tour. Un schéma capsulaire peut à la longue s'installer, entraînant une augmentation des contraintes sur les cartilages et l'os qui se mettent en souffrance et deviennent à leur tour sources de nouvelles afférences nociceptives.

La boucle d'auto aggravation est bouclée ! Voici décrit le processus probable de l'arthrose.

Le Massage Neural adapte sa méthode en fonction du degré d'ancrage tissulaire de la pathologie et de la présence ou non d'une fibrose ou d'un schéma capsulaire. **Certaines techniques sont fonctionnelles, d'autres sont structurelles et défibrosantes.**

Ainsi au niveau vertébral, nous distinguons :

- 1° Les affections posturales de type ligamentaires qui sont purement fonctionnelles.
- 2° Les dysfonction articulaires postérieures ou discales, qui peuvent être fonctionnelles ou structurelles.
- 3° Les syndromes de type capsulaire qui sont presque toujours structurels.

Chacun de ces tableaux cliniques appelle une réponse thérapeutique spécifique.

Toute dysfonction articulaire vertébrale ou périphérique peut répondre à une classification similaire plus ou moins structurelle. Cette distinction clinique est importante dans la mesure où elle appelle des options thérapeutiques spécifiques.

En effet, lorsqu'une dysfonction est fonctionnelle, elle répondra favorablement à une thérapeutique de type réflexe telle que la mise en tension échappement ou les pressions glissées dirigées. Un nombre très limité de manœuvres sera en général suffisant pour obtenir le relâchement des tensions et la normalisation de la dysfonction.

A l'inverse, lorsque l'ancrage tissulaire de la dysfonction sera profond (pathologies anciennes ou chroniques ou ayant une composante dégénérative avec un syndrome capsulaire), nous aurons recours à une thérapeutique défibrosante. Cette thérapeutique nécessite en général un traitement plus profond, plus appuyé et un plus grand nombre de séances avec des techniques spécifiques (pressions glissées dirigées hyperhémiantes, vibrations lentes, techniques de recentrage et de coaptation) afin de stimuler une reconstruction tissulaire, permettre un dégrillage articulaire, un gain de mobilité, etc.

Dans toute pathologie somatique, nous sommes en présence à la fois d'un problème central et d'un problème périphérique.

Le problème central :

L'information douloureuse peut inhiber l'information proprioceptive. (Théorie du Gate control).

Exemple : l'instabilité articulaire en cas de douleur ligamentaire.

On attribue souvent à tort l'instabilité chronique à la présence d'une laxité ligamentaire. La laxité ligamentaire peut exister mais concerne plutôt les suites d'entorses graves (stades 2 et 3) qui ne sont pas les plus fréquentes. Nous pensons que l'instabilité à la suite d'entorses bénignes est plutôt la conséquence d'un phénomène d'inhibition réflexe : La théorie du Gate control montre que l'information douloureuse inhibe la qualité de l'influx proprioceptif. **C'est donc la douleur plus que la laxité qui crée l'instabilité.** L'expérience clinique nous a très fréquemment montré que tant que son ligament lésé est douloureux à la palpation, le patient garde une articulation instable. La fonction musculaire stabilisatrice semble inhibée par la nociception. Le patient ne souffre pas, mais son articulation se dérobe. A l'inverse, la normalisation sensitive du ligament lésé améliore très rapidement la réactivité proprioceptive et la stabilité de l'articulation.

Un patient peut garder son ligament douloureux (la douleur n'est pas forcément spontanée mais uniquement provoquée par la palpation), même après la cicatrisation de la lésion. Le processus de cicatrisation induit très fréquemment une fibrose cicatricielle qui peut rester indéfiniment douloureuse à la palpation. Nous avons été amené à maintes reprises à traiter des instabilités chroniques après entorses anciennes de plusieurs années ou même décennies. Lorsque le traitement réussit à normaliser la sensibilité profonde en faisant disparaître la douleur palpatoire, l'articulation retrouve une fonction normale et efficace.

Cette réflexion peut s'étendre à toute la pathologie sportive ou traumatique. Les processus d'inhibition de la fonction musculaire liés à une nociception sous-jacente connue ou méconnue sont extrêmement fréquents. Une douleur latente musculaire, tendineuse, ligamentaire limite, freine, entrave le mouvement, inhibe la force, la puissance et la réactivité du mouvement, diminue les performances, quelquefois sans que le patient en aie la moindre conscience.

L'approche clinique en Massage Neural et Techniques Normoceptives s'attache à diagnostiquer tous les "nœuds tissulaires" susceptibles de générer ces dysfonctions sensibles et motrices sources de dysfonctions articulaires d'origine neurosensorielle. La thérapeutique vise alors à normaliser la fonction sensitive (Techniques Normoceptives).

Le problème périphérique :

À l'inverse, le traitement tissulaire d'un ligament peut redonner une stabilité fonctionnelle car il permet de restituer la primauté de l'information proprioceptive sur celle de la douleur.

Il ne sert à rien de travailler la proprioception tant que la qualité tissulaire n'a pas été restituée. Celle-ci passe par une récupération du tissu lésé (défibrose cicatricielle), mais également par une récupération de tous les tissus en dysfonction dans l'unité fonctionnelle.

La méthode :

Le Massage Neural est le fruit d'une expérimentation clinique de plus de deux décennies. La méthode consiste en une démarche diagnostique destinée à rechercher et localiser les nœuds tissulaires liés à la dysfonction segmentaire pour les désensibiliser systématiquement afin de déprogrammer la boucle réflexe pathogène.

Il est né de ce constat clinique qu'un massage spécifique très précisément centré sur les structures hypersensibles d'une facilitation segmentaire, qu'elles soient locales ou à distance de la lésion d'origine, permet d'inhiber le réflexe nociceptif et d'obtenir à la fois une sédation de la douleur et un relâchement du spasme tissulaire.

Modalités d'action de la méthode :

1^{ère} hypothèse : l'inhibition des capteurs tissulaires.

Nous pensons qu'une hypothèse plausible de ce phénomène de sédation de la douleur tient à une propriété des capteurs sensitifs : leur fatigabilité ! Les manœuvres spécifiques du Massage Neural, la « **mise en tension-échappement** », les « **vibrations lentes** » et les « **pressions glissées dirigées** » permettent d'obtenir une sédation de la douleur et un relâchement du spasme tissulaire en quelques dizaines de secondes. Cette sédation n'est pas progressive mais se produit de manière abrupte après une phase en plateau, après un certain temps de stimulation ou après un temps de repos de quelques secondes. Elle est perçue pendant la séance par le patient et est objectivable cliniquement par une amélioration des paramètres de mobilité.

Par ces modalités d'action spécifiques, le praticien sollicite les capteurs tissulaires de façon à induire leur inhibition. A partir de l'instant où les capteurs tissulaires cessent d'envoyer au système nerveux central l'information douloureuse, le réflexe nociceptif s'interrompt. Il en résulte une amélioration des douleurs et des paramètres fonctionnels.

2^{ème} hypothèse : l'inhibition centrale ou la théorie du Gate-control.

Tout se passe comme si corps donnait naturellement la priorité aux informations sensibles proprioceptives au détriment des informations douloureuses (ou inversement) lorsque celles-ci dépassent un certain seuil d'efficacité.

Toutes les stimulations proprioceptives ne sont pas d'un effet équivalent sur le gate control. Certaines sont beaucoup plus puissantes que d'autres. C'est le cas de ces techniques à impulsion ou point ressort connues et utilisées traditionnellement dans le reboutage. Ces techniques empiriques connues et utilisées dans toute l'Europe et l'Asie probablement depuis le plus lointain passé, qui consistent à faire vibrer comme une corde de guitare un tendon, un nerf, un relief osseux ou un cordon myalgique, induisent un effet antalgique souvent immédiat et spectaculaire que la théorie du gate control semble pouvoir éclairer et expliquer remarquablement. Le puissant influx proprioceptif qu'elles induisent inhibe la douleur et le spasme qui l'accompagne.

Dans le Massage Neural, la technique de « **mise en tension-échappement** » adapte et intègre un procédé d'impulsion proprioceptive qui offre des réponses rapides, souvent spectaculaires en phase aiguë. Cette technique est spécifique de la méthode dans sa modalité d'application, car il s'agit là d'une technique de **massage** et non pas d'une « manipulation » des tissus. Elle s'intègre au protocole de Massage Neural en association avec les autres modalités techniques de la méthode.

3^o hypothèse : L'amélioration de la qualité trophique des tissus contribue à la déprogrammation de la facilitation segmentaire.

En fonction des cas, les améliorations constatées peuvent être plus ou moins rapides à se manifester, principalement en fonction de l'ancienneté du problème et de la profondeur de son ancrage, d'où la nécessité de travailler plus structurellement par des techniques défibrosantes, dans les pathologies plus anciennes ou chroniques.

Fréquemment, l'amélioration, déjà objectivable dans le temps de la séance, se confirme au bout de quelques jours parfois après une réaction de courbature ou un effet rebond qui dure plus ou moins 48 heures. Un nombre de séances plus important et un temps de latence de quelques semaines peut être nécessaire pour constater l'amélioration tissulaire en cas de fibrose ou de syndrome capsulaire (délai nécessaire pour l'amélioration trophique des tissus fibrosés par une compression du réseau micro-vasculaire?). Mais lorsque l'amélioration est obtenue, elle peut s'avérer très durable.

Les modalités techniques :

Le Massage Neural utilise une technique relativement simple bien que très précise. Il dirige son action sur l'épicentre des tissus les plus sensibles et les plus pathogènes de la dysfonction somatique. Il met à l'œuvre des manœuvres spécifiques (mise en tension-échappement, vibrations lentes, pression glissées dirigées), techniques douces et fines, pratiquées au seuil de la douleur mais pas au-delà et qui permettent une sédation rapide de la douleur. Cette sédation qui survient après quelques passages de la main est ressentie par le praticien qui perçoit l'augmentation de la pénétrabilité tissulaire et conjointement par le patient qui sent la douleur s'atténuer.



Il s'adresse à tous les tissus lésés de la dysfonction segmentaire (peau, tendons, ligaments, muscles, aponévroses, périoste), mais donne une place privilégiée au tissu nerveux périphérique qui constitue de loin sa principale cible. En effet, tous les tissus du corps peuvent être le siège de réactions neuro-trophiques consécutives à une dysfonction. Mais certains tissus sont privilégiés dans l'application de la technique du Massage Neural en raison de leur qualité réflexogène. C'est le cas du tissu nerveux.

Un nerf périphérique est un tissu possédant son innervation propre, les *nervi nervorum*.

Ainsi, les nerfs périphériques correspondant au niveau métamérique de la dysfonction sont très fréquemment le siège d'hyperalgie palpatoire ou spontanée. Nous émettons l'hypothèse que cette hypersensibilité du nerf n'est pas due le plus souvent à une lésion anatomique de celui-ci mais est plutôt liée au fait qu'il appartient lui aussi au segment facilité : il est donc lui aussi le siège de réactions neuro-trophiques qui se traduisent par une hyperalgie plus ou moins précise ou étendue, et quelquefois par des modifications tissulaires intra neurales (perte de mobilité, œdème, fibrose, etc.) (*Butler, Pommerol, Barral*). Nous remarquons que ces zones hyperalgiques du tissu nerveux se localisent préférentiellement dans les zones canalaires, zones de passage étroit qui sont source d'irritation ou de compression pour le nerf et qui deviennent, dans ces endroits précis, particulièrement sensibles, sortes de "haut-parleurs" de la dysfonction.

Enfin le Massage Neural localise ses gestes sur les croisements de lignes de forces dans le corps, c'est-à-dire aux endroits où se concentrent en plus grand nombre les mécanorécepteurs, les nocicepteurs et les propriocepteurs. Ces zones sont perçues comme étant les plus sensibles à la palpation. Elles représentent les zones les plus stratégiques car les plus efficaces dans les traitements manuels normoceptifs. Une cartographie détaillée et un protocole d'examen permettent d'optimiser en un temps limité leur recherche.

La pathologie somatique est une pathologie complexe, multifocale qui ne se limite pas à la mise en jeu de réflexes segmentaires. C'est pourquoi il est important d'élaborer un bilan diagnostique capable de rassembler et de mettre en cohérence nombre de paramètres médicaux, historiques, posturaux, cinétiques, palpatoires etc.

Diagnostic et Massage Neural.



La démarche diagnostique spécifique du Massage Neural est un préalable nécessaire à la réussite de son action thérapeutique. Elle repose principalement sur l'anamnèse, l'observation visuelle de la posture, l'analyse du mouvement et la palpation. Elle tient compte de l'analyse posturale du patient, car la posture est un élément essentiel du processus pathologique : En effet, la posture, phénomène complexe, est entre autres le reflet de la répartition des tensions dans les différents étages somatiques.

L'accumulation des tensions d'origines posturales constitue le point de départ fréquent d'un réflexe somatique pathogène. L'analyse posturale a donc une certaine valeur prédictive de nos affections. Elle permet au praticien de visualiser et de se diriger de façon plus pertinente vers la localisation préférentielle des dysfonctions musculo-squelettiques de son patient.

L'analyse de la mobilité, la palpation à la recherche des variations de la densité tissulaire, la recherche des nœuds tissulaires et des zones hyperalgiques constituent les autres étapes essentielles du diagnostic.

Bien que pouvant être conçu comme une approche analytique, cette méthode de massage repose sur une philosophie de globalité. Elle vise à rééquilibrer l'organisme entier de ses déséquilibres tensionnels, posturaux et neurovégétatifs. L'expérience pragmatique de la méthode tend à montrer une bien meilleure réussite des traitements globaux par rapport aux traitements analytiques pour un même type de pathologie. L'impact thérapeutique du Massage Neural est à la fois local et général, ce qui en fait une méthode thérapeutique de terrain, à la fois préventive et curative.

Indications :

Le Massage Neural s'adresse en premier lieu à toutes les pathologies douloureuses du système musculo-squelettique, qu'elles soient d'origine traumatique (entorses, suites de fractures, traumatologie musculaire, tendineuse) micro-traumatiques ou dégénératives, en phase aiguë ou chronique, (tendinites, périarthrites, discopathies, dysfonctions vertébrales articulaires postérieures, lumbago, torticolis, arthrose quelle que soit sa localisation, souffrances mécaniques du nerf périphérique telles que les névralgies d'origine discales ou canalaies, sciatiques, cruralgies, névralgies cervico-brachiales, névralgies intercostales, névralgies d'Arnold, etc.

Il s'adresse également aux problèmes liés à la posture à tous les âges de la vie et dans les circonstances qui perturbent la statique globale du corps (périodes de croissance, ménopause, grossesse.)

Enfin, le Massage Neural apporte une aide précieuse dans le traitement des pathologies fonctionnelles du système respiratoire (par exemple sinusites, encombrement bronchique, bronchiolites, asthme...), du système digestif (hernie hiatale, troubles du transit, colopathies fonctionnelles...) uro-génital (dysménorrhées, règles douloureuses, certaines incontinence...) circulatoire (jambes lourdes, œdèmes ...)

Mais aussi dans des pathologies aussi diverses que vertiges, acouphènes, impatiences des membres inférieurs, oppressions, céphalées, algies faciales, certaines dépressions insomnies etc. Une séquence de la formation est consacrée à l'accompagnement tensionnel de la femme enceinte, du nourrisson.

A propos de ces indications viscérales, il convient d'apporter quelques pistes de réflexion qui pourraient expliquer les résultats intéressants constatés avec le Massage Neural sur certaines pathologies fonctionnelles respiratoires, digestives ou uro-gynécologiques citées plus haut. La technique n'a pas que des effets réflexes. Elle permet en outre une action mécanique de libération du mouvement respiratoire (par le relâchement des muscles inspirateurs, intercostaux...), de relâchement et d'équilibration des tensions pariétales et péritonéales afin de soulager les hyperpressions abdominales, et permettre de ce fait d'obtenir un effet favorable par exemple sur les phénomènes compressifs et congestifs du petit bassin ou sur certaines pathologies fonctionnelles du tube digestif (*M. Caufriez*).

Certains auteurs tels que H. Head, H. Jarricot ont étudié les relations métamériques et les zones de projection pariétales des viscères. Une séquence de la formation est consacrée à leurs travaux. Il est possible qu'une facilitation segmentaire induise un déséquilibre pathogène de l'innervation neurovégétative viscérale via la chaîne ganglionnaire orthosympathique para vertébrale (*Korr*) et donc qu'à l'inverse, la normalisation d'une dysfonction segmentaire puisse avoir un effet thérapeutique sur celle-ci. Ceci dit, restons volontairement prudent sur ce registre. la formation en Massage Neural se limite au cadre légal de compétences du masseur-kinésithérapeute.

Le Massage Neural apporte une alternative thérapeutique non manipulative qui est conforme au domaine de compétence du kinésithérapeute. Sa pratique est douce et progressive, peu ou pas douloureuse, d'une très grande innocuité.

Son apprentissage est simple bien que son application nécessite une grande précision.

Cette technique innovante efficace tant sur des pathologies aiguës que chroniques, ne nécessitant que peu de temps pour sa mise en œuvre (séances de 20 à 30 mn en moyenne), contribue à donner une place nouvelle au massage thérapeutique dans la pratique quotidienne du kinésithérapeute.

La formation :

Elle est réservée aux titulaires d'un diplôme d'état de masso-kinésithérapie.

Elle se fait en 12 jours répartis en quatre modules de 3 jours.

Elle comporte une partie théorique consacrée à la présentation des bases physiologiques de la méthode, des notions neuro-anatomiques nécessaires à l'apprentissage du diagnostic et du traitement raisonné. Elle laisse une large place à la pratique.

Le massage tient une place centrale dans la pratique de la méthode. La formation apporte en complément l'apprentissage de techniques de recentrage articulaire spécifiques à la méthode afin de pouvoir répondre aux situations où le massage réflexe n'apporterait pas une réponse thérapeutique suffisante pour résoudre les cas complexes.

Quelques ouvrages de référence :

Les Chaînes Musculaires tomes 1 à 4 **L. Busquet** éd. Frison Roche 2000 à 2009

Techniques Hypopressives 2002 **M.Caufriez**

Manipulations des nerfs périphériques **J.P. Barral, A. Croibier** éd. Elsevier 2004

Mobilisation of the Nervous System **Butler D.S., Jones M.A.** Churchill Livingstone 1991

Osteopathie et Thérapie Manuelle du tissu neuro-méningé **Pascal Pommerol**

Sauramps Médical 2006

Bases physiologiques de l'osteopathie **Pr Irvin M. Korr** Ed Frison-Roche 1976,1982

Le Système Nerveux Périphérique **G.Lazorthes** Masson 1981

Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne **R. Maigne** Expansion Scientifique Française 1989

The Lumbar Spine Mechanical Diagnosis & Therapy **Robin McKenzie et Stephen May**
Orthopedic Physical Therapy Products (2006)

The Cervical And Thoracic Spine: Mechanical Diagnosis And Therapy
Orthopedic Physical Therapy Products 2nd Revised Edition **Robin McKenzie et S. May**

JARRICOT H. Sémiologie viscéro-cutanée Les dermalgies reflexes viscérales thoraco-abdominales Cahiers de Biothérapie 1971 sept n°31

HEAD Henry, the brain a journal of neurology 1893, 1902