

Apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice de la physiothérapie : le point de vue des praticiens

Contribution of the use of fasciotherapy in physiotherapy practice : practitioner's point of view

CHRISTIAN COURRAUD (PT, PhD)¹, DANIS BOIS, (PhD)², ANNE LIEUTAUD, (PhD)³

- 1 Centre d'Étude et de Recherche en Psychopédagogie Perceptive, Département appui et soutien à la recherche (GADI), Université Fernando Pessoa (UFP), Porto (Portugal), Clermont-Ferrand (France)
- 2 Centre d'Étude et de Recherche en Psychopédagogie Perceptive, Département appui et soutien à la recherche (GADI), Université Fernando Pessoa (UFP), Porto (Portugal).
- 3 Centre d'Étude et de Recherche en Psychopédagogie Perceptive, Département appui et soutien à la recherche (GADI), Université Fernando Pessoa (UFP), Porto (Portugal), Montpellier (France)

Christian Courraud déclare être formateur à Thérapie Manuelle et Gestuelle des fascias, TMG Concept
Les auteurs attestent ne pas avoir de conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail

Keywords

Fascia, Fasciotherapy, physiotherapy, professional practice, professional identity, sociological survey

Mots clés

Fascia, fasciathérapie, physiothérapie, exercice professionnel, identité professionnelle, enquête sociologique

Abstract

Introduction: fasciotherapy is a manual and movement therapy of the fascia, which shares principles with non-manipulative osteopathy. The specific touch in use – called psychotonic touch – stimulates a self-regulatory mechanism that can be explained through the connective dimension of the fascia. This approach has been used by physiotherapists and osteopaths for more than 30 years.

Methods: few surveys investigate how manual therapies impact the skill development of physiotherapists and their clinical practice. This article presents some results of a questionnaire-based sociological survey completed by 238 French physiotherapists. It highlights how the practice of Danis Bois Method (DBM) Fasciotherapy enriched and improved their clinical practice.

Results: results show that DBM Fasciotherapy enriches the therapeutic, relational and educational dimensions of the treatment. Various sense-felt phenomena contribute to the physiotherapists feeling an improvement in their touch-perception as well as in

Résumé

Introduction: la fasciathérapie est une thérapie manuelle et gestuelle des fascias issue de l'ostéopathie non manipulative qui sollicite les processus d'auto-régulation à travers un toucher spécifique, appelé toucher psychotonique, en lien avec la dimension connectée du fascia. Cette approche est pratiquée depuis plus de 30 années par des physiothérapeutes et des ostéopathes.

Méthodes: peu d'enquêtes étudient les apports des formations en thérapies manuelles sur le développement des compétences et de la pratique clinique du physiothérapeute. Cet article issu d'une enquête sociologique par questionnaire menée auprès de 238 physiothérapeutes français met en évidence les apports de la pratique de la fasciathérapie méthode Danis Bois (MDB) sur l'enrichissement et l'amélioration de la pratique clinique.

Résultats: les résultats de cette enquête mettent en évidence que la fasciathérapie enrichit les dimensions thérapeutiques, relationnelles et éducatives du soin. Les apports en matière d'enrichissement de la perception du toucher et du corps du physio-

their own body-perception. These are: the sensation of depth of the touch, the perception of wholeness (somatic and somato-psychic) of the body of the patient and a particular type of bodily self-perception experienced by the therapist (inner experiencing, sense of existence, presence).

Discussion : clinical practice is seen to clearly improve alleviation of both physical pain and mental suffering. Therapeutic efficacy seems particularly improved on musculoskeletal pathologies, but also on pathologies which are less common in physiotherapy practice (headaches, visceral disorders) or more complex (stress, existential unease).

Conclusion : this article also offers to reflect on new potentials to be found in manual therapies, both in terms of research perspectives and physiotherapist continuing education.

thérapeute sont la sensation de profondeur du toucher, la perception de globalité (somatique et somato-psychique) du corps du patient et celle de perception de soi (intérieurité, sentiment d'existence, présence), caractéristique du vécu du corps du thérapeute.

Discussion : la pratique clinique est perçue comme nettement améliorée tant sur la prise en charge de la douleur que de la souffrance psychique. L'efficacité thérapeutique est renforcée principalement sur les pathologies musculo-squelettiques mais aussi sur des pathologies moins familières (maux de tête, troubles viscéraux) ou plus complexes (stress, mal-être).

Conclusion : cet article ouvre également une voie de réflexion et de recherche sur les apports des thérapies manuelles à la formation continue des masseurs-physiothérapeutes.



* Lexique des termes spécifiques de la fasciathérapie MDB

Psychotonus: terme qui désigne la réaction tensionnelle du fascia et de son environnement déclenchée suite à la mise en tension et au point d'appui manuel. Cette réaction tonique traduit une régulation simultanée du tonus corporel (myofascial) et du tonus psychique (émotionnel et cognitif).

Tissu connectif: notion qui n'est pas propre à la fasciathérapie et qui met en relief la fonction connective du fascia c'est-à-dire sa capacité à assurer la transmission d'informations sensorielles et biomécaniques à travers tout l'organisme et au système nerveux.

Toucher de relation et toucher psychotonique: termes qui désignent le dialogue tissulaire qui s'établit entre la main du praticien et le corps du patient, et qui permet d'écouter et de répondre à la demande non verbale du corps. Ce toucher sous-tend la réalisation du geste thérapeutique, et la modulation tonique constitue le substratum physiologique à travers lequel s'établit ce dialogue non verbal.

Corps sensible: terme qui désigne la dimension subjective et phénoménologique du corps et sur laquelle s'appuie la pratique de la fasciathérapie tant pour développer la perception du toucher du praticien que pour enrichir celle du corps du patient dans un projet thérapeutico-éducatif.

Introduction

Considéré comme un tissu de remplissage ou de soutien, le fascia a été longtemps le parent pauvre des sciences biomédicales. Depuis les années 2000, les publications sur le fascia ne cessent d'augmenter améliorant la compréhension de son rôle dans le fonctionnement de l'organisme et l'explication des mécanismes d'action des thérapies manuelles du fascia ⁽¹⁾. Les différentes définitions actuelles du fascia le présentent comme un véritable « organe » dont la particularité est d'être répandu et présent dans tout l'organisme, et comme un tissu « actif » et « sensible » qui participe au fonctionnement global du corps humain ^{(2),(3)}.

Certains auteurs avancent l'idée que le fascia pourrait constituer un nouveau paradigme scientifique pour les thérapies manuelles et la rééducation ⁽⁴⁾. La fasciathérapie Méthode *Danis Bois* (MDB), tout comme l'ostéopathie dont elle est héritière, fait partie de ces thérapies manuelles qui, bien avant que ne se développe ce champ de recherche, ont accordé une attention particulière à ce tissu ⁽⁵⁾. Cette approche enseignée et prati-

quée en France depuis plus de 30 ans par des physiothérapeutes a fait l'objet de plusieurs recherches au sein du CERAP (Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive de l'Université Fernando Pessoa), permettant de comprendre les effets spécifiques et non spécifiques sur les patients ⁽⁶⁾.

Cet article présente pour la première fois les apports de cette approche à l'exercice professionnel des physiothérapeutes. Il a été rédigé à partir des résultats d'une enquête sociologique réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat intitulée « Fasciathérapie et identité professionnelle – Étude des reconfigurations identitaires d'une population de masseurs-physiothérapeutes pratiquant la fasciathérapie » ⁽⁷⁾.

Les thérapies des fascias

Les thérapies fasciales regroupent les techniques et méthodes manuelles et gestuelles qui ciblent spécifiquement leur action thérapeutique ou éducative sur le fascia. Leur point commun est de ne pas agir directement sur les segments articulaires, mais sur les fascias, pour en rétablir les différentes fonctions (élasticité, glissement, plasticité, contractilité). Certaines sont plutôt mécaniques par leur action sur la modifiabilité ou la structure biophysique du fascia (manipulation fasciale, méthode Cyriax), d'autres visent le relâchement myofascial (myofascial release), alors que l'action de certaines est plutôt psychocorporelle par libération des tensions physiques, émotionnelles et psychiques (Rolfing, Intégration posturale), ou par la régulation du psychotonus* (fasciathérapie MDB) ⁽⁷⁾.



> Figure 1 : exemple de technique de toucher psychotonique – fasciathérapie MDB

Bien que certains auteurs considèrent qu'il n'existe pas de différence d'efficacité entre thérapies manuelles manipulatives (« joint based therapies ») et non manipulatives (« soft tissue therapies ») ⁽⁸⁾ d'autres au contraire estiment que la manière de toucher le corps et les fascias est susceptible de produire des effets et des résultats différents : « S'il aime notre toucher (le corps), il peut créer les changements que nous associons à la détente, relâchement de la tension, et peut diminuer la sensation de douleur. S'il se sent menacé par notre toucher, il fera le contraire. Comme thérapeutes manuels, nous essayons toujours de créer des changements qui aident le corps à se sentir à l'aise. » ⁽⁹⁾. Cette remarque implique que la manière de toucher et de traiter le fascia conditionne certains effets, et soulève l'importance de la dimension qualitative du toucher à laquelle la fasciathérapie accorde une grande importance.

La fasciathérapie Méthode Danis Bois

Au regard des données actuelles de la science et de la description des principes de la fasciathérapie rapportés dans la littérature ^(7, 10, 11), cette approche peut être considérée comme une thérapie du tissu connectif* et non du tissu conjonctif. En effet, depuis son origine, la fasciathérapie se décrit comme une approche globale du corps et comme une approche somato-psychique ^(5, 10). Cette combinaison somatique et psychique trouve son explication dans la découverte assez récente des fonctions connectives* et sensorielles du fascia ^(1, 4, 8, 9). Le fascia est ainsi largement impliqué dans les processus douloureux, la régulation des émotions, des grands systèmes, la conscience de soi, la perception corporelle. Certains auteurs considèrent ainsi que les thérapies des fascias sont indiquées autant dans le traitement des troubles du système musculo-squelettique que dans des perturbations somato-psychiques, tels que l'anxiété, la dépression ou des pathologies avec un fort impact du stress, tel que le syndrome du côlon irritable ⁽¹²⁾.

Concernant la technique elle-même (Figure 1), l'approche utilisée est dite « non-manipulative », et basée sur un toucher spécifique appelé toucher manuel de relation* ou toucher psychotonique*, dont l'action est ciblée sur le psychotonus*, qui combine les dimensions physiologiques (tonus musculaire, postural, vasculaire, fascial, tenségral) et psychologiques (émotion, relation, identité) du tonus ⁽¹³⁻¹⁶⁾. Cette qualité de toucher engendre toute une série d'effets sur la personne tant sur le plan somatique que psychique (récupération du sportif, anxiété, douleur et fibromyalgie) ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

L'approche proposée est également dite « centrée sur le patient » ^(13, 10), ce qui la rapproche du paradigme humaniste ⁽²⁰⁾ qui accorde une valeur thérapeutique à la qualité de la relation, en considérant que le patient a la réponse à sa problématique. Une relation efficace est basée sur la capacité du praticien à écouter, à avoir de l'empathie pour son patient, à le regarder comme une personne positive, et à être authentique et congruent. La fasciathérapie développe et/ou enrichit les capacités perceptives et relationnelles du toucher et du corps sensible*, dont la méthodologie pédagogique et les implications cognitives, affectives et existentielles ont également fait l'objet de publications ^(7, 21-23).

Formation continue et thérapie manuelle

La fasciathérapie est enseignée en France, dans le cadre de la formation continue en physiothérapie depuis 2000. Ce système

ayant pour objet de favoriser l'apprentissage des compétences et l'évaluation des pratiques professionnelles constitue un domaine de progrès, de dynamisation et d'enrichissement professionnel, mais aussi parfois une façon de réorienter l'exercice. Les publications sur le sujet donnent une idée des motifs d'implication dans la formation continue : insatisfaction de la formation initiale ne préparant pas suffisamment à l'exercice libéral ou aux pathologies les plus courantes comme le « mal de dos » ; pouvoir « faire face à un besoin identifié dans la patientèle » ; « élargir son spectre ou approfondir un domaine » ; s'engager dans une formation longue (comme l'ostéopathie) pour se déconventionner. Elle est largement reconnue comme un moyen de dynamiser son métier ⁽²⁴⁾.

Cette formation continue favorise l'acquisition de spécificités d'exercice en particulier dans le domaine de la thérapie manuelle. Une enquête menée en 2009 par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Physiothérapeutes (CNOMK) montrait ainsi que 74 % des physiothérapeutes enquêtés déclaraient avoir développé des « modalités particulières d'exercice » et 53 % d'entre eux préférentiellement dans le champ de la thérapie manuelle (drainage lymphatique manuel, microkinésithérapie, thérapie manuelle, fasciathérapie, ostéopathie et massages de bien-être) ^(7, 25).

L'approfondissement de ce champ de pratique constitue un axe prioritaire pour de nombreux physiothérapeutes qui considèrent le toucher comme la dimension « noble » de l'exercice, le moyen d'établir un contact relationnel avec le patient, l'occasion de privilégier le soin individuel et le temps passé avec le patient, ainsi que la possibilité de prendre en compte le lien corps-psychisme dans l'acte de soin ⁽²⁴⁾.

La problématique de l'évaluation des apports des thérapies manuelles à l'exercice de la physiothérapie

À ce jour, peu d'études ont étudié les apports des thérapies manuelles enseignées dans le cadre de la formation continue professionnelle, en particulier la fasciathérapie, sur l'exercice professionnel ⁽²⁶⁾.

Des études exploratoires ont mis en évidence la motivation des physiothérapeutes à se former à ce type de thérapie manuelle : manque de la formation initiale, attrait pour une approche plus globale du patient, besoin de s'éloigner du modèle « mécaniste biomédical », désir de cohérence avec des valeurs professionnelles et volonté de répondre à la demande des patients qui souhaitent bénéficier de ce type d'approche ^(27, 28).

Par ailleurs, il est souvent fait état d'un « effet physiothérapeute » susceptible d'influencer significativement le traitement de façon positive ou négative. La réputation, les attitudes positives ou négatives, la qualité de l'interaction patient-thérapeute ainsi que les caractéristiques du traitement (type de toucher et de prise en charge) sont ainsi envisagées comme des facteurs intervenant dans la qualité et l'efficacité des traitements de la douleur et du système musculo-squelettique ^(29, 30). Enfin, l'évolution vers un modèle de santé plus global du patient et le développement de l'éducation thérapeutique conduisent les physiothérapeutes à faire évoluer leurs compétences en

développant des qualités relationnelles et éducatives pour les intégrer et les combiner à leur démarche thérapeutique ^(31, 32).

Le projet de cet article est de proposer quelques éléments de réponse à cette interrogation, à partir des résultats d'une recherche doctorale conduite sur les mécanismes de reconfiguration identitaire des physiothérapeutes formés à la fasciathérapie. En effet, dans cette recherche, une vaste enquête sociologique exploratoire, construite sur mesure, a interrogé de très nombreuses variables, dont un ensemble concernant les apports de la formation à l'exercice professionnel. Au-delà du satisfecit prévisible des résultats, des nuances significatives ressortent, qui permettent une analyse compréhensive intéressante des effets de la formation, que nous avons rassemblés en trois registres d'amélioration pratique :

- Les secteurs professionnels (efficacité clinique, action pédagogique et relationnelle);
- Les domaines de prise en charge clinique et pathologique;
- Les aspects de la pratique du toucher et de la perception du corps.

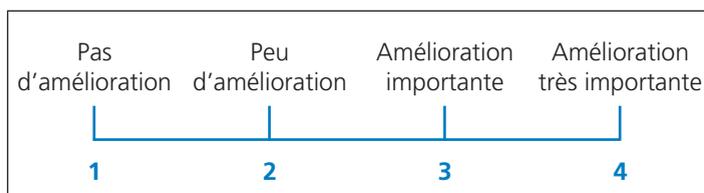
Méthodes

Nous avons conduit une enquête par questionnaire auprès d'une population de 446 physiothérapeutes français formés à la fasciathérapie ⁽⁷⁾. Le questionnaire construit « sur mesure » comprenait 72 questions (variables) interrogeant 4 dimensions de l'identité professionnelle : le profil professionnel, les changements de l'exercice professionnel, l'identification professionnelle et l'enrichissement de l'exercice professionnel.

Sept variables interrogent les apports de la pratique de la fasciathérapie. Comme indiqué plus haut, elles documentent deux natures d'apports différents :

- **l'amélioration de l'exercice professionnel** est renseignée par 3 variables : les secteurs professionnels (efficacité thérapeutique, relation avec le patient, compétences pédagogiques), les domaines de prise en charge (douleur, souffrance, pathologies aiguës et chroniques, qualité de vie) et les pathologies les plus fréquemment améliorées et non améliorées. Les secteurs professionnels et les domaines de prise en charge ont été interrogés par des questions fermées évaluant le degré d'amélioration à l'aide d'une échelle de *Likert* (de 1 à 4 allant de « pas amélioré » à « très amélioré ») (Figure 2), et celles portant sur les pathologies par deux questions ouvertes avec réponse libre.

Le terme de pathologie employé dans cette recherche, visait à inciter les répondants à citer clairement des domaines cou-



› Figure 2 : échelle de *Likert* à 4 points utilisée pour interroger les secteurs et domaines de prise en charge améliorés

rants de prise en charge en physiothérapie, tels que la lombalgie ou l'entorse, et éviter ainsi des réponses trop hétérogènes typiques de questions ouvertes insuffisamment cernées.

- **l'enrichissement de l'exercice professionnel** est renseigné par 4 variables : les qualités relationnelles enrichies (attention, écoute, profondeur, etc...), ainsi que les vécus du toucher et du corps du patient et du praticien les plus nouveaux et enrichissants pour la pratique professionnelle. Ces thématiques ont été renseignées à partir de questions fermées avec classement hiérarchique (choisir les 4 modalités les plus nouvelles et enrichissantes parmi les 9 modalités proposées, et les classer de la plus à la moins enrichie). Nous avons choisi de ne retenir que les modalités classées en premier choix (c'est-à-dire considérées comme étant les plus positivement impactées).

Les 446 physiothérapeutes interrogés forment un échantillon « empirique » ⁽³³⁾ en ce sens qu'il a été construit à partir des bases de données de l'Association Nationale des Physiothérapeutes-Fasciathérapeutes (ANKF) et de la société Point d'Appui (centre de formation à la fasciathérapie MDB), seules sources d'informations susceptibles de nous fournir un groupe de physiothérapeutes français formés à la fasciathérapie, partageant donc à la fois la même pratique et des conditions similaires d'expérience professionnelle de la fasciathérapie MDB. Ont été inclus dans cet échantillon les praticiens ayant réalisé au moins une année de formation de fasciathérapie. Au total, après avoir nettoyé les fichiers en enlevant les médecins et en éliminant les individus ne possédant pas d'adresse mail, et fusionné les deux bases pour éliminer les doublons, nous avons obtenu un échantillon de 446 individus à qui le questionnaire a été auto-administré (du 13 février au 15 avril 2013).

Ce type de procédure présente l'avantage de donner pleinement la parole à la personne enquêtée sans interférence directe de l'interviewer, et permet un remplissage du questionnaire selon les disponibilités des interrogés et par des personnes géographiquement dispersées. De plus, l'utilitaire employé (Limesurvey) permet de choisir une procédure d'anonymat total, qui garantit la confidentialité absolue des réponses (suppression à la source et du traçage des adresses IP).

D'un point de vue éthique, les répondants étaient informés préalablement à toute connexion au questionnaire, du thème de l'enquête, du contexte et de la recherche, de l'identité de son auteur. La garantie d'anonymat était indiquée dès le moment du recrutement des participants. Puis, lors de la connexion au questionnaire d'enquête, une mention devait être validée par le répondant pour pouvoir poursuivre, par laquelle il attestait avoir été suffisamment informé, se sentir libre de pouvoir répondre en toute honnêteté et accepter que ses réponses soient incluses dans ce travail de recherche doctorale.

Enfin, cette enquête interrogeant des praticiens sur leurs expériences et conditions d'exercice dans leur cadre habituel, et dans la mesure où les règles déontologiques habituelles aux enquêtes sociales ont été respectées (mode de recrutement, honnêteté de la collecte, transparence sur l'enquête et ses objectifs, sécurité des données), elle n'a pas été soumise à une commission d'éthique.

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Modalisa (Version 7.0, Kynos) et SPSS (Version 16.0, IBM statistics). L'enquête ayant produit les données avait une vocation exploratoire, les traitements sont donc conduits à l'aide de méthodes statistiques descriptives, basées sur l'analyse des distributions de fréquences (effectifs et pourcentages), qui sont exploitées principalement à travers le mode (pic d'abondance), la médiane (seuil de réponse correspondant à la moitié de l'effectif), et les fréquences cumulées des réponses les plus fortes et des réponses les plus faibles. Le test non paramétrique de *Kendall* est utilisé sur les échelles de *Likert* pour comparer les différents effets entre eux et notamment pour les hiérarchiser.

Modalités	Typologie dominante	Groupe de référence (Données DRESS, CNOMK, FFMKR)
Sexe	Plutôt féminine (65 %)	(49 %)
Âge	30 à 44 ans (44 %)	(35,6 %)
Expérience de la kinésithérapie	20 années (+/- 11)	
Expérience de la fasciathérapie	12 années (+/- 8)	
Mode d'exercice	Libéral (92,4 %)	(79 %)
	Conventionné (62,6 %)	
	Non-conventionné (30 %)	
	Cabinet de Groupe (48 %)	(29 %)

› Tableau 1 : profil socio-professionnel de la population enquêtée et comparaison avec la population de référence

Résultats

238 questionnaires ont été complètement remplis (soit 53 % des interrogés), et les résultats présentés dans cet article sont issus de leur analyse.

Profil socio-professionnel de la population enquêtée

Les physiothérapeutes pratiquant la fasciathérapie sont plutôt de sexe féminin (n=154, 65 %, soit plus que dans la population de référence) et la tranche d'âge la plus représentée se situe entre 30 et 44 ans (n=105, 44 %). Ils exercent quasi exclusivement en libéral (n=220, 92 %) sur le mode conventionné (n=149, 62,6 %) avec une part d'exercice non conventionnée pour un tiers d'entre eux (n=71, 30 %). Ils exercent volontiers en cabinet de groupe (n=114, 48 %). Le [Tableau 1](#) permet de comparer ces caractéristiques avec celles de la population de référence des physiothérapeutes français.

L'échantillon possède une expérience moyenne de la physiothérapie de 20 années (+/- 11 ans) et une expérience moyenne de la fasciathérapie de 12 années (+/- 8 ans) ce qui lui confère une bonne expertise de la pratique conjointe des deux approches.

L'enquête permet également de se rendre compte que la pratique de la fasciathérapie s'articule aisément avec l'exercice quotidien de la physiothérapie, puisque la très grande majorité de la population (n=191, 80 %) estime facile à très facile d'intégrer la fasciathérapie dans la pratique de la physiothérapie.

Variables interrogées		Pas d'amélioration (1)		Peu d'amélioration (2)		Amélioration importante (3)		Amélioration très importante (4)		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Secteurs d'activité	Efficacité thérapeutique	0	0	12	5,0	125	52,5	101	42,4	238	100
	Relation avec le patient	3	1,3	36	15,1	122	51,3	77	32,4	238	100
	Compétence pédagogiques	8	3,4	41	17,2	122	51,3	67	28,2	238	100
Domaines de prise en charge	Douleurs physiques	0	0	10	4,2	144	60,5	84	35,3	238	100
	Souffrance psychique	2	0,8	36	15,1	105	44,1	95	39,9	238	100
	Pathologies aiguës	2	0,8	48	20,2	126	52,9	62	26,1	238	100
	Pathologies chroniques	1	0,4	28	11,8	138	58,0	71	29,8	238	100
	Bien-être et qualité de vie	2	0,8	19	8,0	122	51,3	95	39,9	238	100

› Tableau 2 : distribution de fréquence des réponses aux questions interrogeant les améliorations constatées dans les trois principaux secteurs d'activité et dans cinq grands domaines de prise en charge en kinésithérapie (réponses recueillies à partir d'une échelle de *Likert*: 1 pas d'amélioration, 2 peu d'amélioration, 3 amélioration importante, 4 amélioration très importante)

Améliorations de l'exercice professionnel

Les trois secteurs d'activité et les cinq domaines de prise en charge (Tableau 2) sont, sans surprise, tous nettement améliorés :

- Le mode des scores (effectif le plus élevé) est positionné sur le rang 3 (amélioration importante) et la médiane (50 % des effectifs) est également positionnée sur le rang 3, et ceci pour les 8 variables interrogées;
- Les fréquences cumulées des scores 3 et 4 pour chaque variable (somme des pourcentages de réponses des scores 3 et 4) sont comprises entre 79 % et 96 % soulignant le large plébiscite d'amélioration sur les variables interrogées.

Le test de *Kendall* a permis de mettre en évidence des nuances significatives dans les degrés d'appréciation données à ces différents items, indiquant que les réponses sont significativement différentes et ordonnées entre elles :

- Les trois secteurs d'activité sont distinctement appréciés ($W=0,081$, $T=38,763$, $p<0,05$), l'efficacité thérapeutique ayant le rang le plus élevé (rang moyen 2,22), la relation au patient le rang intermédiaire (rang moyen 1,95) et la compétence pédagogique le rang le plus bas (rang moyen 1,83).
- Les cinq domaines de prise en charge (PEC) de la douleur sont également significativement différentes et hiérarchisées ($W=0,042$, $T=40,349$, $p<0,05$). La PEC de la douleur physique est la plus fortement améliorée (rang moyen 3,22), devant la PEC du bien-être et qualité de vie (rang moyen 3,18), puis la PEC de la souffrance psychique (rang moyen 3,05), la PEC des pathologies chroniques (rang moyen 2,9) et en dernier la PEC des pathologies aiguës (rang moyen 2,64).

Les praticiens ont également été interrogés à l'aide de deux questions fermées (oui/non), sur l'existence ou l'absence d'amélioration de leur pratique, sur au moins une pathologie :

- La totalité des répondants indique avoir constaté une amélioration sur au moins une pathologie (seule une personne a répondu n'avoir constaté aucune amélioration);
- Lorsqu'ils sont interrogés sur l'absence d'amélioration, 54 % des répondants ($n=129$) déclarent ne pas avoir eu

d'amélioration sur au moins une pathologie. Les réponses négatives ($n=109$) indiquent que 46 % des répondants ont obtenu une amélioration sur toutes les pathologies auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne.

Enfin, les secteurs pathologiques, dans lesquels la pratique est la plus améliorée, sont des réponses libres (obligation de réponse avec possibilité de répondre « aucune »). Ils ont été regroupés en six grands domaines (Tableau 3). Les fréquences sont rapportées aux répondants, qui pouvaient en effet citer plusieurs secteurs pathologiques.

- Le secteur le plus cité spontanément est celui des pathologies musculo-squelettiques, regroupant les pathologies rachidiennes et non-rachidiennes. C'est aussi le secteur le plus courant dans la pratique de la physiothérapie. Notons que les pathologies rachidiennes sont deux fois plus souvent citées que les non-rachidiennes;
- Les pathologies crâniennes sont citées par près des deux tiers des répondants (62,6 %) mais avec beaucoup de diversité de réponses, qui se traduit par un effectif de citations élevé ($n=149$). Pour exemple, nous avons observé dans cette catégorie de pathologies, que les répondants citent spontanément plus de deux fois plus les céphalées ($n=88$, 37 %) que les migraines ($n=37$, 15,5 %);
- Les pathologies viscérales sont assez souvent citées également ($n=126$), mais par seulement la moitié de l'échantillon (53 %). On est ici dans un secteur de pratique moins fréquent dans le domaine de la physiothérapie. Dans cette catégorie, nous avons observé que ce sont les pathologies de la sphère abdominale qui sont le plus souvent citées ($n=104$, 44 %) tandis que celles de la région thoracique ou pelvienne sont seulement évoquées (respectivement 3 % $n=7$, et 6.3 % $n=15$);
- Les syndromes douloureux et le secteur du mal-être et du stress sont deux secteurs relativement moins cités mais avec une fréquence remarquable (respectivement $n=69$, 29 % et $n=56$, 23,5 %), puisque un quart des praticiens les mentionnent. Les citations regroupées sous le terme de syndromes douloureux regroupent principalement la fibromyalgie ($n=30$, 12,6 %) et la douleur ($n=28$, 11,8 %).

Enrichissement de l'exercice professionnel

Parmi les 8 qualités relationnelles proposées au choix des répondants (Figure 3), la présence ($n=70$, 29,4 %), l'écoute ($n=39$, 16,4 %), l'attention ($n=35$, 14,7 %) et la profondeur ($n=32$, 13,4 %) sont le plus souvent citées en choix 1, c'est-à-dire qu'elles sont considérées comme ayant été les plus enrichies au contact de l'exercice de la fasciathérapie. La confiance (8 %), la douceur (6,7 %), l'adaptabilité (6,3 %) et la stabilité (5 %) sont les moins souvent citées en choix 1. Les trois premières modalités, présence, écoute et attention, concernent assez directement une dimension de relation à autrui, tandis que les quatre dernières procèdent plus d'une relation que le praticien entretient avec lui-même.

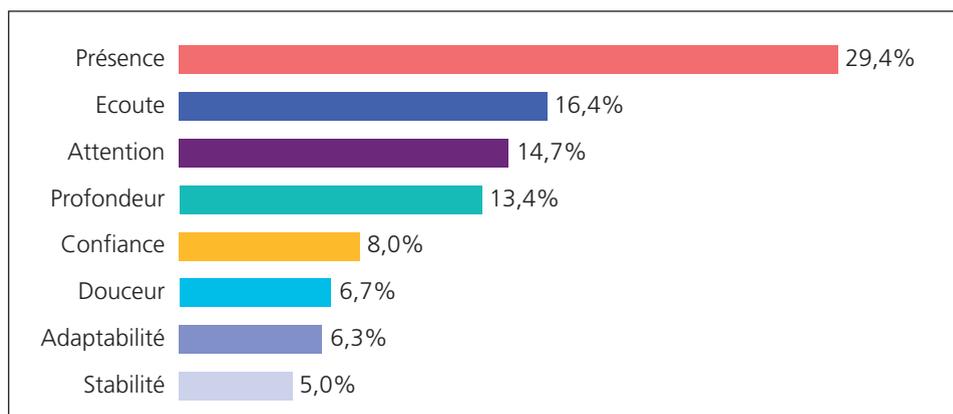
Ensuite, parmi les 10 dimensions du toucher proposées au choix des répondants (Figure 4), la profondeur est la dimen-

Pathologies	Améliorées		Non améliorées	
	n	%	n	%
Rachidiennes	183	76,9 %	33	13,9 %
Musculo-squelettiques non rachidiennes	99	64,3 %	62	26,1 %
Crâniennes	149	62,6 %	31	13 %
Viscérales	126	53 %	10	4,2 %
Syndromes douloureux	69	29 %	16	6,7 %
Mal-être et stress	56	23,5 %	11	4,6 %

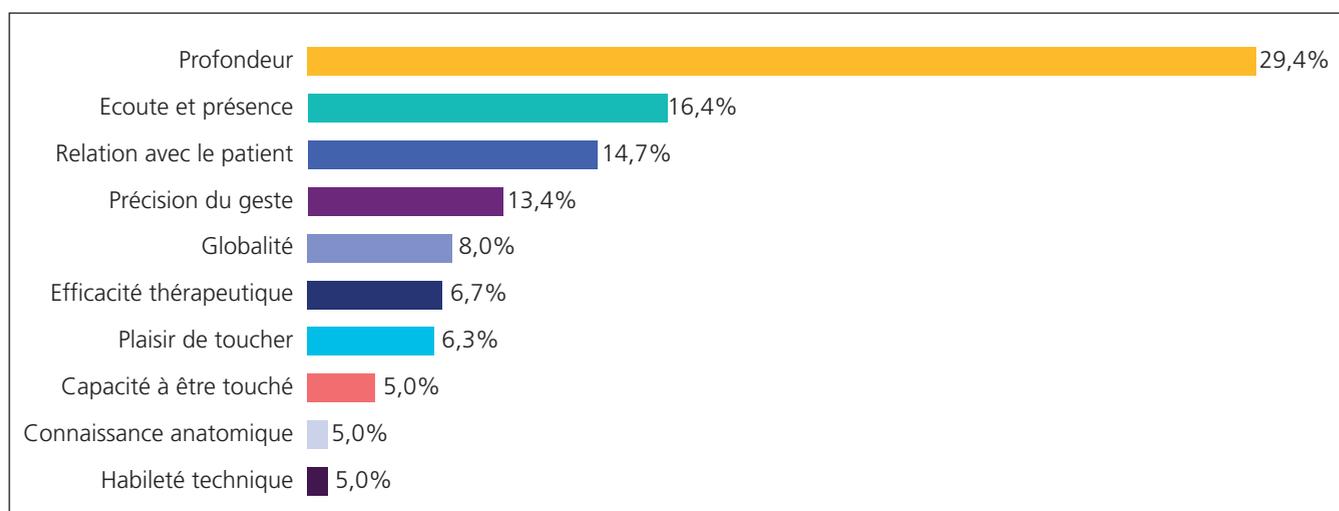
› Tableau 3 : nombre et fréquence de citation des secteurs pathologiques les plus améliorés et des secteurs pathologiques peu ou pas améliorés (pourcentage des répondants)

sion du toucher considérée comme la plus nouvelle et la plus enrichissante pour la pratique professionnelle (n=98, 41,2 %), largement devant la capacité d'écoute et de présence (n=37, 15,5 %), la capacité d'entrer en relation avec le patient (n=30, 12,6 %) ou la précision du geste thérapeutique (n=20, 8,4 %).

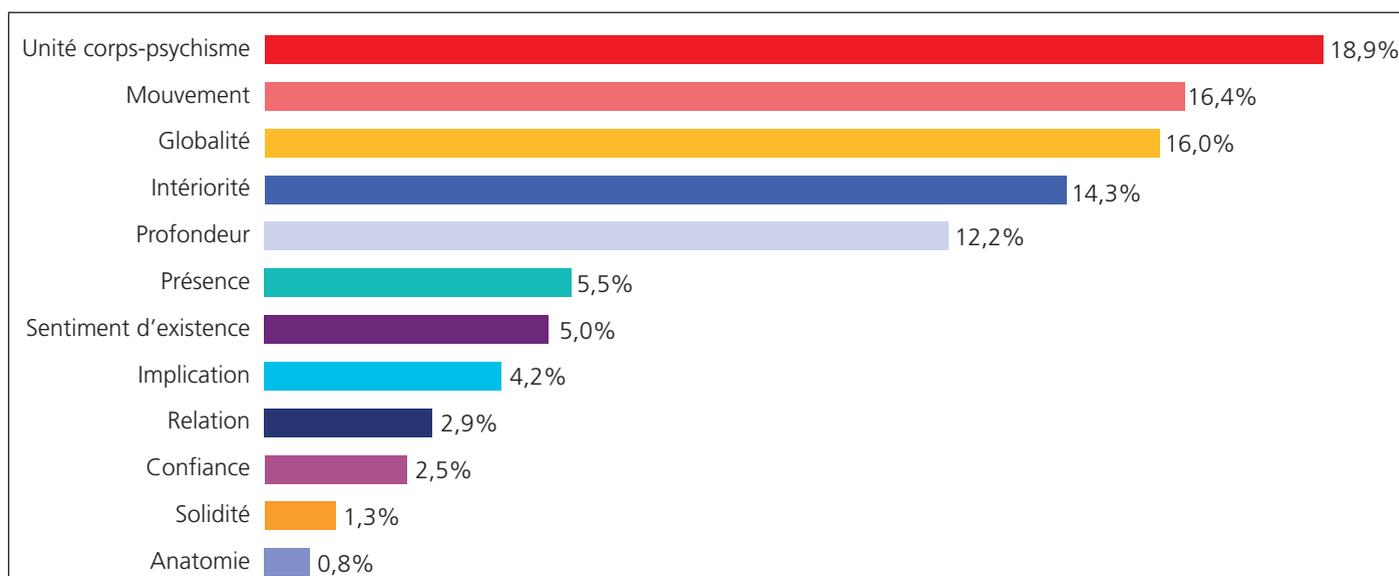
La perception des vécus du corps du patient par les praticiens a été estimée comme très enrichissante pour la pratique professionnelle (Figure 5). Les modalités les plus citées pour la décrire sont la « perception d'une unité corps/psychisme » (n=45, 18,9 %), la perception d'un « mouvement » (n=39, 16,4 %),



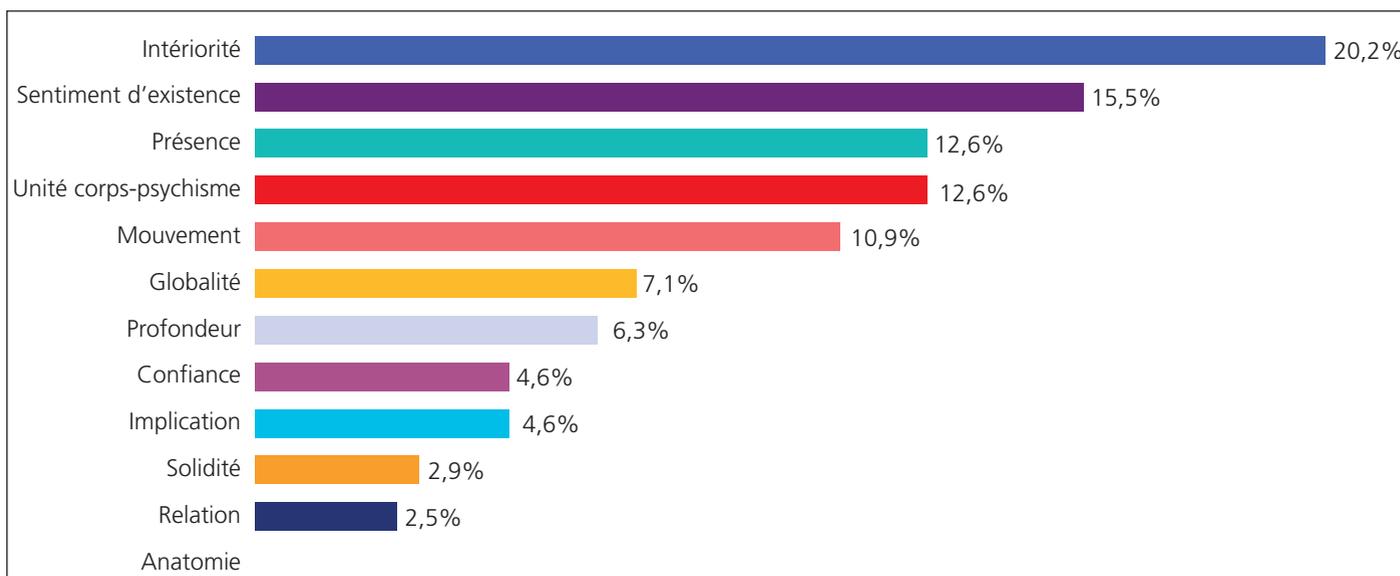
› Figure 3 : classement des qualités relationnelles acquises ou développées avec l'exercice de la fasciathérapie (Choix 1). Pourcentage des répondants



› Figure 4 : classements des modalités du toucher considérées comme les plus nouvelles et enrichissantes pour la pratique professionnelle (Choix 1). Pourcentage des répondants



› Figure 5 : classement des vécus du corps du patient considérés comme les plus nouveaux et enrichissants pour la pratique professionnelle (Choix 1). Pourcentage des répondants



› Figure 6 : classement des vécus du corps du praticien considérés comme les plus nouveaux et enrichissants pour la pratique professionnelle (Choix 1). Pourcentage des répondants

d'une « globalité » (n=38, 16 %) et d'une « intériorité » (n=34, 14,3 %). Le « vécu de la profondeur » est ici moins cité (n=29, 12,2 %). Ces modalités à consonance plutôt organiques et corporelles sont plus enrichies que les autres modalités interrogées (implication, présence, relation, confiance ...), qui procèdent plutôt d'une dynamique relationnelle avec le patient.

Concernant les vécus du corps du praticien, les résultats sont différents et plus disparates (Figure 6). La perception d'une intériorité est la plus fréquemment citée (n=48, 20,2 %), devant la découverte d'un sentiment d'existence (n=37, 15,5 %), d'une sensation de présence et d'unité corps-psychisme (n=30, 12,6 %) et de mouvement (n=26, 10,9 %). Ces modalités à consonance plutôt relationnelle sont cette fois-ci considérées comme plus nouvelles et plus enrichissantes pour la pratique professionnelle comparativement aux sensations organiques de globalité corporelle ou de profondeur.

Discussion

Notre enquête a permis de caractériser les apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice libéral de la physiothérapie de façon fiable et significative sur les trois domaines analysés.

On observe tout d'abord une amélioration des 3 secteurs professionnels interrogés (efficacité thérapeutique, relation avec le patient, compétences pédagogiques), l'efficacité thérapeutique faisant assez nettement l'unanimité des praticiens. La pratique de la fasciathérapie comportant une dimension pédagogique et relationnelle, il est raisonnable d'envisager que l'enrichissement des aspects relationnels et éducatifs qui lui sont attribués participent au renforcement de son efficacité thérapeutique revendiquée.

Ensuite, les améliorations significativement plus importantes de la prise en charge de la douleur physique, de la qualité de vie et de la souffrance psychique comparativement à la prise en charge des pathologies chroniques et aiguës tendent à montrer que la pratique de la fasciathérapie développe des capacités à se centrer sur le patient.

L'amélioration importante de la prise en charge de la douleur et de la souffrance psychique nous permet de conforter l'hypothèse émise par Bois, en 1984 (5,10), que la pratique de la fasciathérapie sollicite des processus d'autorégulation mixtes somatique et psychique. Elle est aujourd'hui consolidée par les mises en évidence récentes de la dimension connectée du fascia (12).

Le sentiment d'amélioration exprimé est significativement plus important dans la prise en charge des pathologies chroniques que des pathologies aiguës. De plus, la prise en charge du bien-être du patient est renforcée (nous avons vu plus haut que le mal-être et le stress font partie des pathologies spontanément citées), et les compétences relationnelles et éducatives sont développées. Ceci paraît conforme aux caractéristiques humaines et relationnelles de la pratique de la fasciathérapie, mises en évidence plus haut.

Le sentiment d'amélioration de l'efficacité thérapeutique paraît nettement plus important sur la prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le cabinet de physiothérapie, telles que les pathologies musculo-squelettiques rachidiennes ou non-rachidiennes. Toutefois, l'amélioration rapportée par une partie de la population, sur la prise en charge de pathologies moins classiquement associées à la pratique de la physiothérapie (céphalées, troubles digestifs ou stress), indique que la fasciathérapie permettrait d'étendre le champ d'exercice du masseur-physiothérapeute.

Enfin, les apports de la pratique de la fasciathérapie sont identifiables sans ambiguïté sur l'enrichissement de la perception du toucher et du corps. Les physiothérapeutes (42 %) soulignent la profondeur du toucher en tant que nouveauté perceptive la plus enrichissante pour leur pratique professionnelle, au point que cette dimension pourrait constituer une spécificité de la fasciathérapie. Cette dimension de la profondeur du toucher se comprend en deux sens : elle peut évoquer la capacité du praticien à accéder aux fascias profonds (en particulier le traitement des cavités intrathoraciques, intrapelviennes ou intracrâniennes) et expliquer son action étendue à la continuité tissulaire en trois

dimensions. Elle peut également traduire la capacité du thérapeute à entrer en contact avec la profondeur du patient évoquant l'enrichissement de la dimension relationnelle du toucher.

Étant donné que les praticiens ont également souligné l'importance de l'enrichissement de leur écoute et de leur présence au patient, on peut émettre l'hypothèse d'une relation entre l'enrichissement des dimensions relationnelles du toucher et le développement ou l'acquisition de ces mêmes qualités relationnelles.

Les vécus du corps sont source d'enrichissement mais différent selon qu'il s'agit du corps du patient ou de celui du praticien. Les praticiens ont tendance à enrichir leur perception d'une unité somatique (globalité) et somato-psychique (unité-corps/psychisme) du corps du patient alors qu'ils développent une perception plus grande d'eux-mêmes (intérieurité, sentiment d'existence, présence) à travers leur propre corps. Les résultats de notre étude nous permettent d'envisager que ces deux types de vécu corporels distincts et complémentaires se potentialisent pour développer les dimensions relationnelles et perceptives du toucher.

Limites

Le questionnaire ayant été réalisé « sur mesure » sur le thème spécifique de la fasciathérapie et administré pour la première fois à une population de physiothérapeutes, ces résultats doivent être considérés comme exploratoires, circonscrits à cette population, devant conduire à des améliorations tant dans le type que dans la formulation des questions pour de futures investigations.

Ainsi, les résultats obtenus sur les améliorations dans les domaines de prise en charge et sur les types de pathologies améliorées, ne permettent pas de savoir de quelle manière et sur quels symptômes la fasciathérapie a été perçue comme source d'amélioration et serait éventuellement la plus indiquée.

De plus, dans le choix de cet article d'aborder les apports d'une formation à la pratique, nous avons sélectionné dans les données de l'enquête, les améliorations interrogées et non les difficultés rencontrées. Celles-ci n'apparaissent donc pas ici, bien qu'elles existent et aient été finement documentées ⁽⁷⁾.

Enfin, en choisissant d'interroger une population de praticiens formés à la fasciathérapie nous savions que notre échantillon serait sur-représenté par des physiothérapeutes ayant réussi avec une relative facilité l'intégration de la fasciathérapie dans leur pratique. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population des physiothérapeutes ayant été formés à la fasciathérapie. Par ailleurs, il est raisonnable de penser que le caractère globalement favorable à la fasciathérapie de ces résultats peut avoir été induit par la volonté des répondants de valoriser une formation dans laquelle ils se sont investis. Il peut également avoir été influencé par effet de reconnaissance ou d'allégeance au doctorant qui fut aussi le formateur de presque tous les répondants. Ce phénomène est connu dans le monde de l'enseignement et des enquêtes sociales, même lorsque l'anonymat et la confidentialité sont garantis.

En fait, si ces deux formes d'implication peuvent être considérées comme des facteurs de biais, elles portent aussi la garantie de qualité et de validité de la recherche. En effet la validité de l'enquête repose sur l'expertise des praticiens interrogés tant dans le champ de la fasciathérapie que de son application dans la physiothérapie, et sa qualité repose sur l'expertise du chercheur, praticien dans son domaine de recherche, pour assurer la pertinence du questionnaire d'enquête. C'est en tous cas, depuis cette posture assumée de praticien-chercheur ⁽³⁵⁾, que l'enquête doctorale et son analyse ont été réalisées.

Soulignons, pour conclure ces limites, que la thèse doctorale comprend une étude approfondie de toutes les réponses à l'enquête, qui a révélé des profils identitaires variés de praticiens variés mettant en évidence une diversité de réponses indicatrice de la liberté d'expression que les répondants semblent avoir pu s'autoriser ⁽⁷⁾. Enfin, quel que soit le plébiscite récolté, les résultats restent révélateurs d'une possibilité réelle et d'une pertinence pratique d'articuler fasciathérapie et physiothérapie.

Conclusion

Cette enquête témoigne de l'intérêt que portent les physiothérapeutes à la fasciathérapie et plus généralement au traitement des fascias, et montre l'impact que peut avoir une telle approche dans la prise en charge quotidienne en physiothérapie. Elle met surtout en évidence l'importance de l'enrichissement de la perception du toucher et du corps comme voie de développement des compétences relationnelles et pédagogiques, qui semblent indissociables de l'amélioration clinique et du sentiment d'efficacité thérapeutique. La fasciathérapie permet sans doute d'articuler et de tisser ensemble toutes ces dimensions dans une perspective thérapeutico-éducative.

Les améliorations cliniques diverses observées peuvent s'expliquer par l'action globale de la fasciathérapie qui s'adresse à tous les fascias de l'organisme et à la connexion corps-psychisme attribuée à ce tissu. On peut également suggérer que les améliorations de la relation avec le patient, des compétences pédagogiques ainsi que de la capacité à prendre en charge le mal-être, la souffrance psychique ou encore la qualité de vie, jouent un rôle majeur dans la compréhension de ces améliorations cliniques.

Cette enquête confirme que le traitement du fascia ouvre des perspectives innovantes dans la prise en charge physiothérapique des différentes pathologies rencontrées dans l'exercice quotidien. Elle met en évidence que la fasciathérapie MDB est une approche qui enrichit les dimensions perceptives et relationnelles du toucher et du corps du praticien pour aborder la dynamique vivante du fascia et construire une relation thérapeutique centrée sur le patient. Cet article souligne également l'importance et l'intérêt de mener des recherches sur les apports spécifiques, des différentes thérapies manuelles enseignées dans le cadre de la formation continue.

Enfin, si cette enquête contribue à mieux cerner les caractéristiques et apports de la fasciathérapie, d'autres études comparant cette approche à d'autres techniques de thérapie manuelle ou de thérapie des fascias seraient nécessaires pour en identifier les bénéfices réellement spécifiques.

Implications pour la pratique

Cet article met en avant les apports de la pratique de la fasciathérapie MDB sur l'exercice de la physiothérapie. Il permet aux physiothérapeutes, ostéopathes et thérapeutes manuels de mieux connaître les spécificités de cette approche dans le champ des thérapies des fascias (centrée sur le patient, action somato-psychique) et montre de quelle manière elle contribue à enrichir leur perception manuelle et corporelle, à développer leurs habiletés relationnelles et pédagogiques et à améliorer leur pratique clinique.

Contact

Christian Courraud,
63 Boulevard Berthelot,
63000 Clermont-Ferrand (France)

E-mail : christiancourraud@gmail.com

Références

- Schleip R, Findley TW, Chaitow L, Huijing PA. Fascia: The tensional network of the human body. Londres: Churchill Livingstone Elsevier; 2012.
- Schleip R, Jäger H, Klingler W. What is « fascia »? A review of different nomenclatures. *J Bodyw Mov Ther.* 2012;16:496-502.
- Willard FH, Vleeming A, Schuenke MD, Danneels L, Schleip R. The thoracolumbar fascia: anatomy, function and clinical considerations. *J Anat.* 2012; Dec;221(6):507-36.
- Kwong EH, Findley TW. Fascia-Current knowledge and future directions in physiatry: Narrative review. *J Rehabil Res Dev.* 2014; 51(6):875-84.
- Bois D. Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde. Paris: Éditions Maloine; 1984.
- Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive [Internet]. Portugal; 2016 [updated 2016 May; cited 2016 August 13]. Available from: <http://www.cerap.org/>
- Courraud, C. Fasciathérapie et identité professionnelle. Étude des reconfigurations identitaires d'une population de masseurs-kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie. Thèse de Doctorat en Sciences Sociales – Spécialité psychologie. Université Fernando Pessoa. 2015. [cited 2016 August 13]. Available from: http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/doctorats/These_Christian_Courraud_2015_texte-seul_final.pdf
- Simmonds N, Miller P, Gemmill H. A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *J Bodyw Mov Ther.* 2012; 16:83-93.
- Chaitow L. We Have Much to Learn from Current Fascia Research. *Massage Today.* 2015; 15(07) [updated 2015 July; cited 2016 August 13]. Available from: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=15086>
- Bois D. De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie: analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Revue Réciprocités du CERAP.* 2008;2:6-18.
- Quéré N. La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques. Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa. 2010. [updated June 2015; cited 2016 August 13]. Available from: http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/mestrados/m_nadineq.pdf
- Schleip R, Heike J. Interoception. A new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion, and self recognition. In: Schleip R, Chaitow L, Findley TW, Huijing P. Fascia: The Tensional Network of the Human Body; Churchill Livingstone Elsevier; 2012.
- Courraud C. Fasciathérapie et relation d'aide. Le toucher psychotonique et son application sur la relation d'aide au patient en kinésithérapie. *Revue Mains Libres.* 2007; 4:151-58.
- Courraud C, Lieutaud A, Bois D. The psychotonic touch of Fasciotherapy DBM: practical methodology, perceptual and relational outcomes, and impacts on clinical practice. In: Wearing S, Schleip R, Chaitow L, Klingler W, Findley TW. Fascia Research IV; Kiener Éditions; 2015.
- Bois D. Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie. Paris: Éditions Point d'appui; 2006.
- Courraud C. L'entretien tissulaire: une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. In: Danis Bois D, Josso MC, Humpich M. Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie. Paris: Éditions Point d'appui; 2009.
- Payrau B, Quéré N, Payrau MC, Breton E. Faciotherapy and Reflexology, compared to Hypnosis and Music Therapy in stress management. In: Wearing S, Schleip R, Chaitow L, Klingler W, Findley TW. Fascia Research IV. Kiener Éditions; 2015.
- Rosier P. La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. Évaluation quantitative et qualitative auprès d'une population de sportifs de haut niveau. Thèse de doctorat en Sciences Sociales, spécialisation en Psychopédagogie perceptive, Faculté des Sciences sociales et humaines, Université Fernando Pessoa. 2013 [updated 2013 April; cited 2016 August 13]. Available from: <http://www.cerap.org/fasciath%C3%A9rapie-mdb/la-fasciath%C3%A9rapie-m%C3%A9thode-danis-bois-et-la-r%C3%A9cup%C3%A9ration-physique-mentale-et>
- Dupuis C. Étude exploratoire des effets de la fasciathérapie sur la douleur de patients fibromyalgiques. *Revue Mains Libre.* 2016; 1:49-55.
- Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. 14^e édition; Paris: ESF; 2005.
- Courraud C. Au carrefour de la kinésithérapie et de la fasciathérapie – Approche exploratoire des reconfigurations identitaires des kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie. *Revue Réciprocités du CERAP.* 2008; 6:20-35.
- Bourhis H. Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives. Mémoire de master II recherche: Éducation tout au long de la vie, Université Paris 8. 2007. Available from: http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/mestrados/m_hbourhis.pdf
- Bourhis H. Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle - Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues. Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Université Paris VIII. 2012. [updated June 2015; cited 2016 August 13]. Available from: http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/doctorats/these_helene-bourhis.pdf
- Matharan J, Micheau J, Rigal E. Étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute. Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); 2009.
- Éliane Conseil Santé sociale. Étude préalable aux États généraux de la profession. Rapport final; 2009. Commandé par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.
- Trudelle P. Lombalgie: enquête autour d'un consensus. *Kinésithérapie, Les annales.* 2003; 20-21:11-35.
- Tardivat M. De la motivation des masseurs-kinésithérapeutes à se former à l'ostéopathie. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme Cadre de Santé, CHU de Grenoble. 2002.
- Sevenier S. Image de la kinésithérapie vue par les praticiens. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme Cadre de Santé, CHU de Grenoble. 2004.
- Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther.* 2016; 24:65-74
- Vigotsky AD, Bruhns RP. The Role of Descending Modulation in Manual Therapy and Its Analgesic Implications: A Narrative Review, *Pain Res Treat.* 2015; Volume 2015; Article ID 292805, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/292805>
- Gatto F. Éduquer la santé. Paris: Éditions L'Harmattan; 2005.
- Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice renouvelés. Rapport à l'attention de Mme Roselyne Bachelot Ministre de la Santé et des Sports; 2010.
- Martin O. L'enquête et ses méthodes. L'analyse quantitative des données. 3^e édition. Paris: Éditions Armand Colin; 2012.
- Kohn R. La recherche par les praticiens: l'implication comme mode de production de connaissances. *Bulletin de psychologie.* 1986; 39(377):817-826.