



Article publié dans : Conference Book Myopain Congress 2017
Breakthroughs in Muscular Pain. Research and Practice. Myopain 2017. Editors : D. Sharan, J. Samuel R.
Published by Recoup Neuromusculoskeletal Rehabilitation Centre. Bengaluru (India)
Accessible : <http://www.myopainindia.in/>

Fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB) et douleur : le point de vue des praticiens

Auteurs : Courraud Christian, Bertrand Isabelle, Dupuis Cyril, Bois Danis
Center of Research and Study in Perceptive Psychoeducation (CERAP), Fernando Pessoa University, Porto (Portugal)
email : christian.courraud@cerap.org

Abstract

La douleur est un phénomène multifactoriel impliquant la totalité de l'individu et rendant sa prise en charge complexe (aspects physiologiques, émotionnels, cognitifs, sociaux). Soulager la douleur est la priorité des praticiens et les thérapies manuelles sont utilisées par les physiothérapeutes pour leur action sur la modulation périphérique et centrale de la douleur. Dans un contexte d'émergence de nouveaux modèles thérapeutiques cherchant à expliquer les mécanismes d'action des thérapies manuelles, l'étude du système fascial et son traitement suscitent un intérêt croissant de la part des chercheurs et cliniciens. La fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB) par son approche ciblée sur le tonus fascial combinée à une dimension relationnelle du toucher contribue à la modélisation de ce nouveau paradigme. Cette enquête exploratoire menée auprès d'une population de physiothérapeutes français donne un aperçu de l'intérêt d'utiliser cette thérapie manuelle dans la prise en charge de la douleur.

1. Introduction

La douleur est la première cause de consultation et la demande du patient est toujours d'être soulagé. Toutefois, la douleur est multidimensionnelle (physiologique, psychologique et sociale) et son approche est rendue complexe. Des études montrent en effet que la douleur est liée à la taille du réseau social et peut donc être modulée par l'environnement social [1]. D'autre part, la sensibilisation centrale est aujourd'hui considérée comme une explication fondée sur des preuves pour de nombreux cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques « inexplicables » [2]. Enfin, la douleur fait partie des soins, sa diminution ou son augmentation sont liées à la qualité de la relation patient/soignant [3].

La prise en charge de la douleur et son traitement prennent en compte ces aspects multidimensionnels à travers le développement d'approches holistique et/ou d'orientation

biopsychosociale. Les thérapies manuelles suivent cette évolution et glissent d'un modèle biomédical et biomécanique vers un modèle plus neurophysiologique et biopsychosocial.

Dans ce contexte, certains auteurs considèrent que le fascia est le chaînon manquant permettant de comprendre l'action neurophysiologique et biomécanique des thérapies manuelles [4,5,6]. 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 [7]. Cette approche enseignée et pratiquée 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 patients¹.

- **Thérapie manuelle et douleur**

Si l'action des thérapies manuelles ou des techniques de massage sur la douleur est admise [8,9] leur efficacité semble reposer sur des facteurs multiples tant neurophysiologiques que relationnels. Des auteurs ont ainsi proposé un modèle compréhensif qui suggère que la thérapie manuelle agit comme une force mécanique qui déclenche une cascade de réponses neurophysiologiques du système nerveux périphérique et central responsable des résultats cliniques [10]. Ils suggèrent également que l'effet placebo (ou effet contextuel), partie prenante du traitement, constituerait le mécanisme commun à toutes les thérapies manuelles pouvant expliquer leur effet antalgique. Dans ce contexte, les attitudes du praticien (réassurance, confiance, alliance thérapeutique) et la qualité de la relation thérapeutique serait tout aussi importantes que l'excellence clinique (diagnostic, connaissances théoriques et maîtrise des techniques) [11] : « *Les thérapeutes manuels devraient continuer à poursuivre l'excellence clinique, tout en comprenant que les heures consacrées au perfectionnement des approches individuelles peuvent entraîner de meilleurs résultats non strictement liés à une application précise, mais plutôt à des facteurs contextuels améliorés liés à la réadmission, à la confiance et à l'alliance thérapeutique* » (Bialosky, 2017). Cet aspect du traitement est souligné par d'autres auteurs qui font 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 [8]. Enfin la dimension affective du toucher semble également pouvoir jouer un rôle primordial dans le soulagement des douleurs physiques et des souffrances psychiques par la stimulation de réseaux neuronaux spécifiques favorisant la modulation de la douleur et l'activation du bien-être [12,13].

¹ Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive [Internet]. Portugal; 2016 [update 2016 May; cited 2016 May 20]. Available from : <http://www.cerap.org/>

- **Fascia, douleur et thérapie manuelle**

Le fascia est un tissu remarquable qui pourtant a longtemps été méconnu et ignoré par la recherche et la pratique médicale. Il est aujourd'hui remis à l'honneur et récemment une double définition du fascia a été proposée pour rendre compte de ses aspects morpho-anatomiques et fonctionnels (« a fascia » and « the fascial system »). Nous retenons pour cet article la définition du « système fascial » qui met en avant les fonctions du fascia et présente ce tissu comme un système intégré à tous les autres systèmes corporels (musculo-squelettique, respiratoire, cardio-vasculaire, digestif, neuro-endocrinien) favorisant leur fonctionnement et leur interaction réciproque [14].

Le champ de la médecine physique (physiatry) commence à intégrer ce tissu pour comprendre et améliorer le traitement des troubles musculo-squelettiques [15]. Les ostéopathes s'appuient également sur le fascia pour apporter un étayage scientifique à leur pratique. La « dysfonction somatique ostéopathique » est décrite en termes de modifications structurales (épaississement et densification) du fascia produisant des restrictions de glissement et des limitations articulaires [16] ou induisant des changements dans le système neuronal [17]. Les mécanismes d'action des différentes techniques ostéopathiques sont justifiés par les propriétés du système fascial (capacité à se contracter, à communiquer, rôle clé dans la transmission de la tension produite par les muscles et dans la gestion des fluides interstitiels, source d'information nociceptive et proprioceptive) [18].

D'autres auteurs s'appuient aussi sur cette interconnexion fascia/système nerveux central pour expliquer les processus d'autorégulation interne physiologiques (locales et globales somatiques) et psycho-émotionnels attribués aux thérapies manuelles des fascias [19,20,21].

Parmi ses principales fonctions, le fascia est considéré comme l'organe sensoriel le plus important de l'organisme en raison de sa répartition dans toutes les structures anatomiques (les récepteurs intrafasciaux sont localisés dans les muscles et les fascias articulaires, mais aussi dans le périoste, la dure-mère, le péritoine et l'intérieur de l'os). Il est donc à ce titre impliqué dans les mécanismes de la douleur, dans la chémoception, la thermorégulation, la proprioception et même l'intéroception. Des études récentes ont démontré l'existence de récepteurs nociceptifs dans le fascia et mises en évidence son implication dans la douleur. L'existence d'une douleur fasciale distincte de la douleur musculaire et cutanée a été objectivée [22]. Des terminaisons ont été découvertes dans le fascia thoraco-lombaire [23] et des études démontrent son implication dans les troubles musculo-squelettiques et notamment dans les lombalgies [24,25]. On parle également du rôle joué par le fascia dans les phénomènes de sensibilisation centrale comme dans le syndrome fibromyalgique [26,27]. D'autre part, la présence de récepteurs cannabinoïdes dans les fascias pourrait expliquer son rôle dans la génération de la douleur et fournir un support à l'efficacité de certaines thérapies des fascias [28].

Enfin, en raison de sa participation à l'intéroception, le fascia pourrait également être impliqué dans des pathologies complexes telles que les syndromes médicalement inexpliqués [20], l'anxiété, la dépression, le syndrome du côlon irritable [29].

- **Fasciathérapie MDB : psychotonus et toucher de relation**

Les thérapies dites fasciales ou myofasciales encore appelées « soft tissues therapies »

ont en commun 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 du fascia ou sa structure biophysique (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). La fasciathérapie MDB appartient à ce courant des thérapeutiques du fascia avec qui elle partage des points communs, comme le traitement des fascias mais aussi des spécificités comme le toucher de relation.

Élaborée dans les années 80, par D. Bois (ostéopathe et kinésithérapeute de formation puis docteur en sciences de l'éducation), à partir des idées maîtresses de l'ostéopathie (importance du fascia, de la vascularisation, sollicitation des capacités d'auto-régulation de l'organisme), la fasciathérapie MDB se définit comme une thérapie centrée sur le patient [30,31] par son approche globale somatique et psychique du patient et par l'intégration d'un toucher relationnel dans l'acte thérapeutique.

Elle envisage ainsi l'existence d'une interaction immédiate entre le fascia, le corps et le psychisme à travers le psychotonus [32,33,34]. L'existence d'un tonus fascial ainsi que son rôle physio-pathologique sont aujourd'hui relativement bien documentés [35,36] et des relations entre modification de ce tonus fascial, douleur physique et souffrance psychique sont souvent évoquées. Toutefois, le terme « psychotonus » recouvre plus largement les dimensions physiologiques (tonus musculaire, postural, vasculaire, fascial, tenségral) et psychologiques (émotion, relation, identité) du tonus.

Le toucher psychotonique a ainsi pour vocation de réaliser un « accordage somato-psychique » se traduisant par une modulation simultanée des tonus somatique et psychique lors d'une mise en tension manuelle globale et profonde du système fascial [37]. Il sert également de support au dialogue tissulaire qui s'établit entre la main du praticien et le corps du patient et qui fonde le toucher manuel de relation. Sur le plan épistémologique, la fasciathérapie se rapproche ainsi du paradigme humaniste qui accorde une valeur thérapeutique à la qualité de la relation et qui mobilise les ressources internes du patient [38].

Les recherches conduites sur le toucher psychotonique montrent son action sur le stress fascial et vasculaire [39]. Elles rapportent également que les patients témoignent d'une modification de la perception du corps et de soi, de changements d'état émotionnel et d'un sentiment d'existence [40,41,42]. Une étude récente a ainsi montré l'intérêt de cette approche dans la prise en charge de la douleur fibromyalgique [43] et une autre sur la diminution de l'anxiété [44].

Une étude qualitative menée auprès des praticiens [45] a révélé que la pratique de ce toucher mobilise des ressources perceptivo-cognitives (capacité à percevoir des informations internes et à les discriminer) et enrichit les capacités relationnelles (qualité de présence et d'attention à soi et à l'autre, justesse du toucher et capacité à répondre à la demande du corps).

En France, la fasciathérapie MDB fait partie du paysage de la masso-kinésithérapie depuis plus de 30 années. Bien qu'elle ait été citée dans certaines enquêtes comme une « modalité d'exercice spécifique » de la masso-kinésithérapie [46] et appliquée par les masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de pathologies complexes telle que la lombalgie [47] cette approche n'est pas reconnue par les instances

de la masso-kinésithérapie comme une spécificité, une spécialité ou un titre (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2012) car elle s'inscrit comme l'ostéopathie dont elle est héritière dans le paradigme des médecines complémentaires non conventionnelles.

Une enquête menée auprès de masseur-kinésithérapeutes [48,49] a toutefois permis de montrer l'impact qu'une telle pratique peut avoir sur l'exercice professionnel de cette population spécifique : découverte de la profondeur du toucher, amélioration des qualités relationnelles (présence, écoute et d'attention, capacité à être en relation avec autrui, plus grande conscience de soi) et de l'efficacité thérapeutique, développement d'une orientation plus globale et pédagogique du soin ainsi que d'une plus grande capacité à prendre en charge des pathologies complexes (pathologies chroniques, stress, qualité de vie), amélioration de la relation au travail (motivation, plaisir, satisfaction, valorisation).

2. Objectifs

Cet article issu de cette enquête a pour objectif de présenter plus particulièrement l'impact de l'utilisation de la fasciathérapie sur la prise en charge de la douleur en explorant de quelle manière les masseurs-kinésithérapeutes intègrent cette approche dans leur pratique quotidienne et dans quels domaines particuliers ils ont recours à cette approche. Cette étude contribue ainsi à mieux comprendre l'intérêt que peuvent avoir des masseurs-kinésithérapeutes à utiliser la fasciathérapie dans leur pratique quotidienne. Elle montre également la pertinence de s'intéresser au fascia et à son traitement manuel dans le contexte de l'évolution de la prise en charge de la douleur et de l'apparition de nouveaux paradigmes en thérapie manuelle.

3. Matériel et Méthode

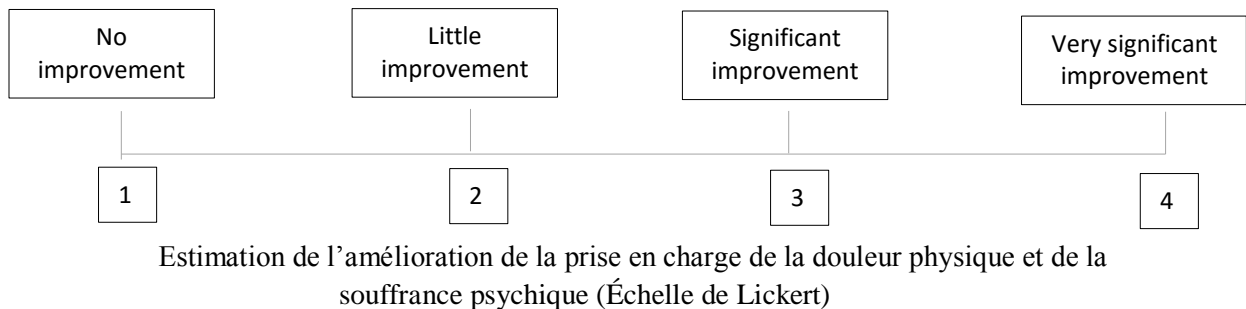
Cette étude est issue d'une enquête sociologique menée par questionnaire auto-administré auprès de 446 masseurs-kinésithérapeutes français formés à la fasciathérapie MDB [49]. L'échantillon a été construit à partir des bases de données de l'Association Nationale des Physiothérapeutes-Fasciathérapeutes (ANKF) et de la société Point d'Appui (centre de formation à la fasciathérapie MDB) seules sources susceptibles de fournir un groupe de physiothérapeutes français formés à la fasciathérapie MDB, partageant donc à la fois la même pratique et des conditions similaires de formation et d'expérience professionnelle de cette pratique. Les praticiens inclus devaient avoir réalisé au moins une année de formation de fasciathérapie MDB.

D'un point de vue éthique, les répondants étaient informés préalablement à toute connexion au questionnaire, du thème de l'enquête, du contexte de la recherche, de l'identité de son auteur. La garantie d'anonymat était indiquée dès ce 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.

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 recrutement, honnêteté de la collecte, transparence sur l'enquête et ses objectifs, sécurité des données), il n'a pas été jugé nécessaire de la soumettre à une commission d'éthique.

Le questionnaire comprenait 72 questions interrogeant 4 thématiques de l'identité professionnelle (le profil, les changements, l'identification et les enrichissements). Nous avons extrait, pour la réalisation de cet article, les questions qui interrogent spécifiquement la manière de pratiquer la fasciathérapie MDB, la motivation à se former à la fasciathérapie MDB et la perception de l'efficacité de la prise en charge de la douleur et des pathologies rencontrées dans le cabinet de masso-kinésithérapie :

- La motivation à réaliser la formation de fasciathérapie MDB est une question à choix multiple avec un maximum de 3 réponses possibles ;
- Le mode d'exercice de la fasciathérapie MDB est interrogé à travers le nombre de séances/jour (réponse unique), la durée de la séance (réponse unique) et la part de l'exercice consacré à la fasciathérapie (réponse unique) ;
- Le degré d'amélioration de la prise en charge de la douleur physique et de la souffrance psychique attribuée à la fasciathérapie MDB est interrogé à travers deux questions fermées (Échelle de Likert) ;



- Le type de douleur ou de pathologie ayant été le plus et le moins amélioré par la fasciathérapie MDB est interrogé par deux questions ouvertes (possibilité de donner au maximum 6 réponses avec proposition de répondre “aucune” pour chacune des deux questions).

Les données ont ensuite été analysées à l'aide des logiciels Modalisa [50]. 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. Les réponses textuelles aux questions ouvertes ont fait l'objet d'un recodage pour regrouper la diversité des réponses en grandes thématiques.

4. Résultats

238 (53%) questionnaires ont été complètement remplis et analysés par une méthode descriptive. La population enquêtée est largement plus féminine (n=154, 65%) que population de référence (49% source DRESS 2013). La tranche d'âge la plus représentée se situant entre 30 et 44 ans (n=105, 44%).

Notre échantillon est composé quasi-exclusivement de masseurs-kinésithérapeutes

exerçant sur le mode libéral (n=220, 92%) qui sont majoritairement conventionnés (n=149, 62,6%) même si une partie non négligeable d'entre eux développe une activité hors convention (n=51, 21,4%). Ce groupe possède une expérience importante de l'exercice conjoint de la masso-kinésithérapie (20 années en moyenne, +/- 11 ans) et de la fasciathérapie MDB (12 années en moyenne, +/- 8 ans). Par ailleurs la majorité de l'échantillon (n=208, 87,4%) possède une certification professionnelle en fasciathérapie MDB et peut être considéré comme possédant un haut niveau d'expertise.

Cette population a une expérience importante d'autres approches thérapeutiques puisque la grande majorité est formée à d'autres approches complémentaires en kinésithérapie (n=144, 60,5%) et déclare exercer une ou plusieurs spécificités au sein de leur activité (n=193, 81,1%). Ce groupe est particulièrement expérimenté dans le domaine de la thérapie manuelle puisque la plus grande partie déclare être spécialisée (n=167, 70,2%). Ils recherchent à travers la fasciathérapie MDB à améliorer leur efficacité thérapeutique (n=183, 76,9%), leur prise en charge de l'unité corps-psychisme (n=125, 52,5%) et à développer la dimension relationnelle de leur toucher (n=118, 49,6%). La recherche d'une thérapie manuelle globale (n=93, 39,1%) et surtout d'une prise en charge de la psychologie du patient (n=16, 6,7%) semblent moins importantes.

- *Concernant la pratique et l'utilisation de la fasciathérapie MDB*

Notre population a recours de façon importante à la fasciathérapie MDB dans son exercice de la kinésithérapie. Ainsi, la majorité de l'échantillon (n=194, 81,5%) consacre plus de la moitié de son activité professionnelle à la fasciathérapie MDB. L'analyse du nombre de séances de fasciathérapie MDB réalisées quotidiennement donne un aperçu de cet exercice : plus de la moitié de la population (n=139, 58,4%) réalise de 5 à 10 voire plus de 10 séances/jour. Une partie moins importante (n=66, 27,7%) réalise entre 1 et 5 séances/jour alors qu'une faible proportion (n=33, 13,9%) ne réalise qu'1 voire moins de 1 séance/jour. La séance de fasciathérapie MDB dure le plus souvent plus de 30 minutes (n=189, 79,3%) avec une forte tendance à dépasser les 45 minutes (n=128, 53,7%). Enfin une forte majorité des praticiens (n=174, 73%) a tendance à exercer la fasciathérapie MDB de façon exclusive sans recours à d'autres techniques.

- *Amélioration de la douleur physique et de la souffrance psychique*

Les enquêtés expriment un fort sentiment d'amélioration de leur efficacité sur la douleur physique (n=228, 95,8%) mais également sur la souffrance psychique (n=200, 84%). Ils rapportent ainsi une « amélioration importante » (3) particulièrement sur la douleur physique (n=144, 60%) mais on observe qu'une partie significative d'entre eux déclarent une « amélioration très importante » (4) de leur prise en charge de la souffrance psychique (n=95, 40%). (Tableau 1)

Réponses	Douleur physique		Souffrance psychique	
	n	%	n	%
Pas d'amélioration (1)	0	0	2	0,8%
Peu d'amélioration (2)	10	4,2%	36	15,1%
Amélioration importante (3)	144	60,5%	105	44,1%
Amélioration très importante (4)	84	35,3%	95	39,9%
Total	238	100%	238	100%

Tableau 1 : Distribution de fréquence des réponses aux questions interrogeant les améliorations constatées sur la douleur physique et la souffrance psychique (réponses recueillies à partir d'une échelle de Likert : 1 pas d'amélioration, 2 peu d'amélioration, 3 amélioration importante, 4 amélioration très importante)

- *Douleurs et pathologies les plus et les moins améliorées*

Tous les enquêtés ont indiqué avoir obtenu une amélioration sur au moins une pathologie rencontrée dans leur cabinet. Plus de la moitié d'entre eux (n = 129, 51,5%) disent ne pas avoir obtenu d'amélioration sur au moins une pathologie. Nous pouvons ainsi estimer qu'une forte proportion d'entre eux (n = 109, 46%) déclare avoir une amélioration sur l'ensemble des pathologies auxquelles ils font face dans leur pratique quotidienne.

Les réponses ont été regroupées en six grands domaines qui correspondent à des régions du corps et des formes de douleurs (Tableau 2) :

- Le secteur le plus fréquemment cité est celui des pathologies musculo-squelettiques qui regroupent les pathologies rachidiennes (n=183, 76,9%) et non-rachidiennes (n=99, 64,3%) ;
- Les pathologies crâniennes (céphalées, migraines) sont également très souvent citées par près des deux tiers des répondants (n=149, 62,6%) ;
- Les pathologies viscérales sont relativement moins souvent citées mais le sont tout de même par plus de la moitié de l'échantillon (n=126, 53%) ;
- Enfin, les syndromes douloureux complexes (ex : fibromyalgie), tout comme le secteur du mal-être (anxiété, dépression) et du stress sont relativement moins cités (respectivement n=69, 29% et n=56, 23,5%).

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 2 : Nombre et Fréquence de citation des secteurs pathologiques les plus améliorés et les moins améliorés (pourcentage des répondants)

5. Discussion

Cette enquête sur la fasciathérapie MDB confirme que le fascia et son traitement suscitent un réel intérêt pour un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes qui ont recours aux thérapies manuelles dans le traitement de la douleur.

Les praticiens interrogés considèrent que cette approche a très nettement amélioré leur efficacité thérapeutique tant dans la prise en charge des pathologies musculo-squelettiques (rachidiennes ou non-rachidiennes) qui sont le plus fréquemment rencontrées dans le cabinet de physiothérapie que dans celle de pathologies moins classiquement associées à l'exercice de la masso-kinésithérapie (céphalées, troubles digestifs, fibromyalgie ou stress). Il se confirme ainsi que le traitement du système fascial, omniprésent dans tous les systèmes fonctionnels du corps humain et impliqué dans la nociception contribue favorablement à la prise en charge de la douleur en masso-kinésithérapie.

La population enquêtée exprime également une forte amélioration conjointe de leur prise en charge de la douleur physique et de la souffrance psychique. Cet impact peut sans doute s'expliquer par l'action intéroceptive opérée par le traitement des fascias ou encore par la dimension affective du toucher favorisant le bien-être mais il est sans doute lié aussi à l'utilisation du toucher psychotonique qui en modulant l'ensemble des tonus tissulaires et psycho-émotionnels constitue une voie d'auto-régulation somato-psychique privilégiée. Ces résultats confirment que la fasciathérapie MDB s'inscrit dans le champ des thérapies manuelles holistiques de la douleur et favorise une approche multidimensionnelle de la douleur en masso-kinésithérapie.

Cette enquête éclaire également le rôle que les masseurs-kinésithérapeutes enquêtés attribuent à la dimension relationnelle du toucher dans la recherche d'amélioration de leur efficacité thérapeutique. En effet, les résultats indiquent clairement que la population, pourtant expérimentée dans le domaine de la thérapie manuelle, éprouve un manque concernant la dimension globale somato-psychique et relationnelle de leur toucher. Les améliorations cliniques rapportées par les praticiens doivent probablement être associées à l'enrichissement de ces deux dimensions et des qualités relationnelles du praticien acquises à travers la fasciathérapie MDB. Conformément à la littérature, il se confirme ainsi que l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de l'efficacité des thérapies manuelles ne peut se passer d'un développement de qualités individuelles prenant en compte la globalité du patient et la relation de soin. La fasciathérapie MDB telle qu'elle est perçue par les praticiens constitue une réelle voie de pratique et favorise cette orientation du soin en sollicitant le potentiel du toucher reste au centre de la thérapie.

Cette enquête montre enfin que les enquêtés pratiquent beaucoup et de façon quasi-exclusive la fasciathérapie MDB. Ces résultats montrent qu'ils ont intégré pleinement cette approche dans leur exercice de la masso-kinésithérapie et qu'ils l'appliquent indifféremment dans tous leurs domaines d'activité. Cela peut être interprété comme un indicateur de satisfaction professionnelle et d'apport à la pratique de la physiothérapie. Il se confirme que le champ du fascia intéresse de plus en plus de masseurs-kinésithérapeutes et que certains d'entre eux se reconnaissent dans la pratique de la fasciathérapie MDB et ont tendance à en faire leur pratique de référence.

6. Conclusion

L'intégration d'approches thérapeutiques manuelles holistiques ancrées dans un modèle biopsychosocial est pertinente dans la prise en charge de la douleur. Les thérapies manuelles centrées sur le fascia et développant les habiletés perceptives et relationnelles du toucher telles que la fasciathérapie MDB ont toute leur place dans ce nouveau paradigme et constituent une voie de recherche et de pratique pertinente. Du point de vue des physiothérapeutes, cette approche s'intègre parfaitement à leur pratique, agit autant sur la douleur physique que sur la souffrance psychique et améliore notablement leur efficacité sur la prise en charge des douleurs du système musculo-squelettiques. 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.

Keywords : fasciatherapy MDB, fascia, pain, enquête de pratique, physiotherapy

Références

- [1] Johnson Katerina VA, Dunbar Robin IM. Pain tolerance predicts human social network size: *Scientific Reports* | 6:25267 | (2016) DOI: 10.1038/srep25267
- [2] Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, Van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with “unexplained” chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Man Ther.* 2011 Oct;16(5):413-8. doi: 10.1016/j.math.2011.04.005. Epub 2011 May 31.
- [3] Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *Phys Ther* 2013; 93 (4): 470-478. doi: 10.2522/ptj.20120137
- [4] Simmonds N, Miller P, Gemmell H. (2010). A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2012 Jan;16(1):83-93.
- [5] Chaitow L. (2012). The Role of Fascia in Manipulative Treatment of Soft Tissues. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, Volume 16, Issue 3, 398-399.
- [6] Day JA, Copetti L, Rucli G. From clinical experience to a model for the human fascial system. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2012) 16, 372-380
- [7] Bois D. Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde. Paris (France): Éditions Maloine; 1984.
- [8] Vigotsky AD, Bruhns RP. The Role of Descending Modulation in Manual Therapy and Its Analgesic Implications. *Pain Research and Treatment*, Volume 2015, Article ID 292805 ; 1-11.
- [9] Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W and the Evidence for Massage Therapy (EMT) Working Group. The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations—A Systematic Review and Meta-Analysis of randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Medicine* 2016; 17: 1553–1568 doi: 10.1093/pm/pnw100
- [10] Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The Mechanisms of Manual Therapy in the Treatment of Musculoskeletal Pain: A Comprehensive Model. *Man Ther.* 2009 October ; 14(5): 531–538. doi:10.1016/j.math.2008.09.001.
- [11] Bialosky JE, Bishop MD, Penza CW. Placebo Mechanisms of Manual Therapy: A Sheep in Wolf’s Clothing? *J Orthop Sports Phys Ther* 2017;47(5):301-304. doi:10.2519/jospt.2017.0604
- [12] Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther.* 2016; Volume 24: 65–74
- Pawling R, Cannon PR., McGlone FP., Walker SC. C-tactile afferent stimulating touch carries a positive affective value. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0173457 March 10, 2017 1 /
- [13] McGlone F, Wessberg J, Olausson H. Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron.* 2014 May 21;82(4):737-55. doi: 10.1016/j.neuron.2014.05.001.
- [14] Adstrum S, Hedley G, Schleip R, Stecco C, Yucesoy CA., Defining the fascial system. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 21 (2017) 173-177
- [15] Kwong EH, Findley TW. Fascia-Current knowledge and future directions in physiatry : Narrative review. *The Journal of Rehabilitation Research and Development.* Volume 51. n° 6. 2014; 875-884.

- [16] Chaitow L. Somatic dysfunction and fascia's gliding- potential. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2014) 18; 1-3
- [17] Tozzi P. A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part I. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2015) 19; 310-326
- [18] Bordonni B, Zanier E. Understanding Fibroblasts in Order to Comprehend the Osteopathic Treatment of the Fascia. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:860934. doi: 10.1155/2015/860934. Epub 2015 Aug 19.
- [19] Schleip, R. Fascial plasticity. A new neurobiological explanation: Part 1, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Vol. 7, Issue 1. 2003; 11-19.
- [20] Calcius J, De Bie J, Hertogen R, Meesen R. Touching the Lived Body in Patients with Medically Unexplained Symptoms. How an Integration of Hands-on Bodywork and Body Awareness in Psychotherapy may Help People with Alexithymia. *Front. Psychol.* 7:253. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00253.
- [21] Bois, D. De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Réciprocités*, n°2, CERAP, 2008; 6-18.
- [22] Schilder A, Hoheisel U, Magerl W, Benrath J, Klein T, Treede RD. Sensory findings after stimulation of the thoracolumbar fascia with hypertonic saline suggest its contribution to low back pain. *Pain.* 2014 Feb;155(2):222-31. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.025. Epub 2013 Sep 26.
- [23] Mense S, Hoheisel U. Evidence for the existence of nociceptors in rat thoracolumbar fascia. *J Bodyw Mov Ther.* 2016 Jul;20(3):623-8. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.01.006. Epub 2016 Feb 4.
- [24] Langevin HM, Fox JR, Koptiuch C, Badger GJ, Greenan-Naumann AC, Bouffard NA, Konofagou EE, Lee WN, Triano JJ, Henry SM. Reduced thoracolumbar fascia shear strain in human chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12:203. DOI: 10.1186/1471-2474-12-203
- [25] Wilke J, Schleip R, Klingler W, Stecco C. The Lumbodorsal Fascia as a Potential Source of Low Back Pain: A Narrative Review. *Biomed Res Int.* 2017;2017:5349620. doi: 10.1155/2017/5349620. Epub 2017 May 11.
- [26] Segarra, K.B. (2015). A pilot study measuring outcomes of managing fascial health for individuals with fibromyalgia. Available : http://balinesetraditionalmassage.com/Balinese_Traditional_Massage_LLC/Blog/Entries/2015/2/27_A_Pilot_Study_Measuring_Outcomes_of_Fascial_Health_in_Fibromyalgia_files/SEGARRA%20IASI%202015%20-%20TO%20PRINT.pdf
- [27] Liptan GL. Fascia : a missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(1). 2010; 3-12.
- [28] Fede C, Albertin G, Petrelli L, Sfriso MM, Biz C, De Caro R, Stecco C. Expression of the endocannabinoid receptors in human fascial tissue. *European Journal of Histochemistry* 2016; volume 60:2643
- [29] Schleip R, Jäger H. Interoception. A new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion, and self recognition. *In: Schleip R, Chaitow L, Findley TW, Huijing P editors. Fascia : The Tensional Network of the Human Body; Churchill Livingstone Elsevier; 2012.*

- [30] Bois D. De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie : analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. *Revue Réciprocités du CERAP*. 2008; n°2: 6-18.
- [31] Courraud C. L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. *In: Bois D, Josso MC, Humpich M editors. Sujet sensible et le renouvellement du moi, contributions de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie; Éditions Paulus, Centre Universitaire de São Camilo (Brésil). 2008; 193-220*
- [32] Courraud C, Lieutaud A, Bois D. The psychotonic touch of Fasciatherapy DBM : practical methodology, perceptual and relational outcomes, and impacts on clinical practice. *In: Wearing S, Schleip R, Chaitow L, Klingler W, Findley TW editors. Fascia Research IV; Kiener Éditions; 2015; 327-328*
- [33] Bois D. Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie. Paris (France): Éditions Point d'appui; 2006.
- [34] Quéré N. (2010). La fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université Fernando Pessoa Porto (Portugal). 2010. http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/mestrados/m_nadineq.pdf
- [35] Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F. Active fascial contractility : Fascia may be able to contract in a smooth muscle like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. *Medical Hypotheses*. 2005; 65: 273-277.
- [36] Levin SP, Martin DM. Biotensegrity. The mechanics of fascias. *In: Schleip R, Chaitow L, Findley TW, Huijing P editors. Fascia : The Tensional Network of the Human Body; Churchill Livingstone Elsevier; 2012; 137-142*
- [37] 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; n°4: 151-58.
- [38] Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. 14ème édition; Paris (France): ESF; 2005.
- [39] Queré N, Noël E, Lieutaud A, D'Alessio P. Fasciatherapy combined with pulsology touch induces changes in blood turbulence potentially beneficial for vascular endothelium, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, Vol. 13, Issue 3, 2009; 239–245.
- [40] Bois D, Bourhis H. Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur face à l'épreuve du cancer. *Pratiques de formation et analyses*, 58-59, 2010; 229-246.
- [41] Angibaud A. Le mal être et la somatisation sous l'éclairage de la fasciathérapie. *Revue Réciprocités n°8. CERAP*, 2011 ; 26-35
- [42] Duval T. Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie. *Revue Réciprocités n°8. CERAP*, 2013; 45-55.
- [43] Dupuis C. Combinaison d'approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques. *Recherches qualitatives-Hors-série-numéro 20*-pp. 515-530. Prudence Empirique et Risque Interprétatif ISSN 1715-8702-<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

- [44] Payrau B, Quéré N, Payrau MC, MD, Breton E. Faciatherapy and Reflexology, compared to Hypnosis and Music Therapy in stress management. *In*: Wearing S, Schleip R, Chaitow L, Klingler W, Findley TW editors. *Fascia Research IV*; Kiener Éditions; 2015; 181-182.
- [45] 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). Université Paris VIII, Paris. Available http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/mestrados/m_hbourhis.pdf
- [46] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2009). Étude préalable aux États généraux de la profession. Rapport final. Réalisé par Éliane Conseil, Santé sociale. Edité par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.
- [47] Trudelle, P. Lombalgie : enquête autour d'un consensus. *Kinésithérapie, Les annales*. n° 20-21. Aout-septembre 2003: 11-35.
- [48] 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; n°6: 20-35.
- [49] 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. Available <http://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/doctorats/These Christian Courraud 2015 texte-seul final.pdf>
- [50] Kynos. Modalisa 7.0. Logiciel de traitement d'enquêtes par questionnaires et entretiens depuis 1987. Paris (France) : Édition Kynos; 2012.